



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

Análisis del marco conceptual de la Enfermería del
Trabajo: una propuesta en el contexto español.

Autor:

Juan Carlos Sánchez López

Directoras:

Dra. Doña. Paloma Echevarría Pérez

Dra. Doña. Maravillas Giménez Fernández

Murcia, enero de 2016



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

La Dra. D^a. Paloma Echevarría Pérez y la Dra. D^a. Maravillas Giménez Fernández como Directoras de la Tesis Doctoral titulada “Análisis del marco conceptual de la Enfermería del Trabajo: una propuesta en el contexto español” realizada por D. Juan Carlos Sánchez López en el Departamento de Enfermería, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 28 de abril de 2015.

Dra. D^a. Paloma Echevarría Pérez

Dra. D^a. Maravillas Giménez Fernández

Servicio de Doctorado. Vicerrectorado de Investigación
Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 88 22 • Fax (+34) 968 27 85 78 - C. e.: doctorado@ucam.edu

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el fruto del esfuerzo de muchas personas, quiero aprovechar estas líneas para mostrar mi gratitud hacia todos aquellos que han contribuido a que esta Tesis Doctoral sea una realidad.

En primer lugar, le doy gracias a mi directora Paloma Echevarría, cuando empezamos a trabajar en este proyecto me cautivó tu capacidad de trabajo y tu valía personal. Gracias por haber apostado por mí.

Gracias también a mi otra directora, Maravillas Giménez, gracias por brindarme tus conocimientos y por ser tan cálida conmigo.

Gracias a mi familia, a mis padres, José y Charo, por estar siempre ahí cuando los necesito, por escucharme y por darme sus consejos.

Gracias a mi esposa, Sara, eres la gran artífice de este trabajo, gracias por tu comprensión y por tu apoyo. No entiendo una vida en la que no estés tú.

Gracias a mis hijos, Ana y Carlos, cada día aprendo de ellos.

Por último, le doy gracias a Dios, como hago cada mañana, por haber puesto en mi camino a todos vosotros.

*"Los que se enamoran de la práctica sin la teoría
son como los pilotos sin timón ni brújula,
que nunca podrán saber a dónde van"*

Leonardo Da Vinci

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	17
1.1.- OBJETIVOS.....	21
1.2.- HIPÓTESIS / PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	23
2.1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.....	23
2.2.- LA TEORÍA ENFERMERA.....	27
2.2.1.- Etapas de desarrollo histórico de la teoría	28
2.2.1.1.- <i>Etapa educativa</i>	28
2.2.1.2.- <i>Etapa de investigación</i>	29
2.2.1.3.- <i>Etapa de la teoría</i>	29
2.2.2.- Estructura del conocimiento enfermero	30
2.2.3.- Clasificación de los modelos y teorías	38
2.3.- ANÁLISIS DE LA TEORÍA	44
2.4.- HISTORIA DE LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO.....	47
2.4.1.- Marco internacional.....	47
2.4.2.- Marco español	53
2.5.- COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO.....	59
2.6.- METODOLOGÍA ENFERMERA: INSTRUMENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA TEORÍA.....	66
2.6.1.- Proceso de Enfermería.	67
2.6.2.- Valoración de Enfermería a partir del prisma teórico.....	69
CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS	77
3.1.- METODOLOGÍA.....	77
3.2.- LA CREACIÓN DE UNA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO A PARTIR DE LA MIRADA CUALITATIVA.....	78
3.2.1.- La investigación cualitativa.....	80
3.2.2.- Análisis e interpretación	85
3.2.3.- El Informe cualitativo.....	86
3.3.- PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN.....	78
3.3.1.- Diseño del estudio.	87
3.3.2.- Búsqueda de fuentes.	88
3.4.- SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN.....	89
3.4.1.- Diseño del estudio.	90
3.4.2.- La selección de los entrevistados.....	92

3.4.3.- Acceso al campo.....	93
3.4.4.-Perfil de los entrevistados.	95
3.4.5.- Etapas del análisis de los datos.....	98
3.4.5.1.- Codificación.	99
3.4.5.1.1.- Características de la Categoría Central.	100
3.4.5.2.- La vertebración de la teoría a través de la integración de las categorías.	100
3.4.6.- Análisis de los datos recogidos en el campo.....	101
3.4.6.1.- Resultados de la codificación abierta.....	102
3.4.6.2.- Resultados de la codificación axial.....	106
3.4.6.3.- Resultados de la codificación selectiva.....	109
3.4.7.- Aspectos éticos.	110
CAPÍTULO 4: RESULTADOS / DISCUSIÓN	111
4.1.- RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN.....	111
4.1.1.- Búsqueda bibliográfica	111
4.1.2.- Modelos generalistas.....	116
4.1.2.1.- Callista Roy	116
4.1.2.2.- Dorothea E. Orem.....	122
4.1.2.3.- Betty Neuman.....	130
4.1.2.4.- Jean Watson	134
4.1.2.5.- Nola Pender	137
4.1.3.- Modelos sobre Enfermería del Trabajo.....	143
4.1.3.1.- La década de los 70 del siglo XX.....	143
4.1.3.1.1.- Shirley L. Baughn.....	143
4.1.3.1.2.- Catherine W. Tinkman	146
4.1.3.2.- La década de los 80 del siglo XX.....	147
4.1.3.2.1.- María C. Phaneuf	147
4.1.3.2.2.- Marion W. Gries.....	148
4.1.3.2.3.- Marla E. Salmon	151
4.1.3.2.4.- Janice Dees	153
4.1.3.2.5.- Alice J. Gifford y Clara D. Kimbro.....	157
4.1.3.2.6.- Linda I. Morris.....	158
4.1.3.2.7.- Susan A. Randolph	163
4.1.3.3.- La década de los 90 del siglo XX.....	166
4.1.3.3.1.- William E. Wilkinson.....	166
4.1.3.3.2.-Anne K. Widtfeldt.....	169
4.1.3.3.3.- Gwendolyn E. Lundberg	170
4.1.3.3.4.- Ruth Alston.....	173
4.1.3.3.5.- Mary E. Maciag	177
4.1.3.3.6.- Pei-Jang Chang	179
4.1.3.3.7.- Christina Ekeberg	180
4.1.3.3.8.- Marjorie W. Slagle.....	183

4.1.3.3.9.- Bonnie Rogers.....	186
4.1.3.4.- <i>A partir del año 2000</i>	187
4.1.3.4.1.- Lynn Skillen.....	189
4.1.3.4.2.- Maureen McBain.....	191
4.1.4.- Contextualización de los modelos.....	193
4.1.5.- ¿Por qué es necesario elaborar un modelo para nuestro entorno?	194
4.1.5.1.- <i>Argumentación Práctica</i>	195
4.1.5.2.- <i>Argumentación teórica</i>	198
4.2.- RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN.	201
4.2.1.- Análisis teórico de las categorías.....	201
4.2.1.1.- <i>Modelos de Enfermería</i>	201
4.2.1.2.- <i>Investigación enfermera</i>	206
4.2.1.3.- <i>Promoción de la Salud</i>	211
4.2.1.4.- <i>Rol</i>	216
4.2.1.5.- <i>Relaciones</i>	219
4.2.1.6.- <i>Trabajo en Equipo</i>	222
4.2.1.7.- <i>Metaparadigma</i>	226
4.3.- PROPUESTA DE UN MODELO TEÓRICO PARA LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO ADAPTADO AL CONTEXTO ESPAÑOL	230
4.4.- ¿POR QUÉ UN MODELO ENFERMERO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO?	239
4.5.- CRÍTICA AL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO.....	240
4.6.- VALORACIÓN ENFERMERA EN SALUD LABORAL.....	240
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	245
5.1.- LOGRO DE OBJETIVOS	245
5.2.- LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	245
BIBLIOGRAFÍA	249
ANEXOS	271
Anexo 1. Competencias profesionales, actividades y tareas de la Enfermería del Trabajo según González (2005).....	273
Anexo 2. Competencias profesionales, actividades y tareas de la Enfermería del Trabajo según Calderó et al. (2006).....	279
Anexo 3. Teorías de rango medio de rango medio publicadas en los últimos años	285
Anexo 4. Declaración de Luxemburgo	289

Anexo 5. Guía de valoración enfermera conforme a los patrones funcionales de Marjory Gordon (2006).....	291
Anexo 6. Hoja de registro basada en los patrones funcionales de salud de Gordon y adaptada al medio laboral (Frechoso, Ínsua, & Velázquez, 2014)	295
Anexo 7. Posibles diagnósticos enfermeros (NANDA I) adaptados a trabajadores (Frechoso, Ínsua, & Velázquez, 2014)	301

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICAS Y TABLAS.

FIGURAS.

Figura 1. Relación de la categoría central con el resto de categorías.....	109
Figura 2. Modelo de Roy.	118
Figura 3. Área de necesidad de Thompson.....	120
Figura 4. Diagrama de flujo del proceso enfermero de Thompson.....	121
Figura 5. Modelo de Orem	123
Figura 6. Modelo de Enfermería del Trabajo basado en la práctica	128
Figura 7. Modelo de Sistemas de Neuman	131
Figura 8. Modelo de Promoción de la Salud de Pender.....	140
Figura 9. Modelo de Enfermería de Baughn.....	145
Figura 10. Concepción de Gries del modelo de Callista Roy.	149
Figura 11. Modelo de Gries	150
Figura 12. El modelo de Marla Salmon	152
Figura 13. Modelo de Enfermería del Trabajo basado en la práctica	154
Figura 14. Modelo de administración de Gifford y Kimbro.....	158
Figura 15. Interacción enfermera-paciente para Morris.....	160
Figura 16. Modelo conceptual de Enfermería del Trabajo de Morris.	162
Figura 17. Calidad de los cuidados para la Enfermería del Trabajo	164
Figura 18. Modelo de molino de viento.	168
Figura 19. Modelo de Lundberg.....	172
Figura 20. Dimensiones de la educación continua según Alston	174
Figura 21. Modelo de Hanasaari	176
Figura 22. Diferencias entre el modelo individual y el grupal de Maciag	178
Figura 23. Modelo de Enfermería de Chang.....	180
Figura 24. Modelo de Ekeberg.....	182
Figura 25. Modelo de Enfermería Laboral de Slagle	184
Figura 26. Enfermería del Trabajo según Rogers	187
Figura 27. Modelo de la efectividad de Skillen	190
Figura 28. Modelo del CeNPRaD sobre la Enfermería laboral	192
Figura 29. Modelo de Promoción de la Salud en el Trabajo de Sánchez	237

GRÁFICAS.

Gráfica 1. Perfil profesional de los entrevistados.....	95
Gráfica 2. Distribución según el ámbito profesional	96
Gráfica 3. Distribución de los entrevistados por sexo	96
Gráfica 4. Distribución de los entrevistados por edad	97
Gráfica 5. Distribución de los entrevistados por Comunidades Autónomas	98
Gráfica 6. Dispersión de códigos según su peso específico	108

TABLAS.

Tabla 1. Clasificación de los modelos y teorías de Enfermería.	43
Tabla 2. Tipos de investigación cualitativa	84
Tabla 3. Relación inicial de cuestiones planteadas en las entrevistas	94
Tabla 4. Categorías descriptivas y sus códigos	104
Tabla 5. Registros en castellano para Enfermería del Trabajo.....	111
Tabla 6. Número de publicaciones internacionales que vinculan a la Enfermería del Trabajo con modelos teóricos	112
Tabla 7. Resultados según año de publicación, tipo de documento, revista publicada y autor principal	114

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AAOHN	American Association of Occupational Health Nurses
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
CECOVA	Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
CeNPRaD	Centre for Nurse Practice Research and Development
CIMT	Comisión Internacional de Medicina del Trabajo
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CNT	Confederación Nacional de Trabajadores
CSIC	Centro Superior de Investigaciones Científicas
CUA	Universidad Católica de América
DRAE	Diccionario de la Real Academia Española
EdT	Enfermería del Trabajo
EIR	Enfermero Interno Residente
ENB	English National Board
EWCV	European Working Conditions Survey
FOHNEU	Federation of Occupational Health Nurses within the European Union
FUDEN	Fundación para el Desarrollo de la Enfermería
ICYT	Índice de Ciencia y Tecnología
IME	Índice Médico Español
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
ISBN	International Standard Book Number
ISOC	Índice Ciencias Sociales y Humanas
ISSN	International Standard Serial Number
IT	Incapacidad Temporal
NANDA I	NANDA Internacional
NIC	Nursing Interventions Classification
NIOSH	The National Institute for Occupational Safety and Health
NOC	Nursing Outcomes Classification
OHN	Occupational Health Nursing
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSME	Organización de los Servicios Médicos de Empresa

PyMES	Pequeñas y Medianas Empresas
RAIS	Asociación Americana de Enfermeras Industriales
SPA	Servicio de Prevención Ajeno
SPP	Servicio de Prevención Propio
TESEO	Base de datos de Tesis Doctorales del Ministerio de Educación
UA	Universidad de Alicante
UBS	Unidad Básica de Salud
UGT	Unión General de Trabajadores
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia
UOC	Universitat Oberta de Catalunya
WOS	Web Of Science

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.

La evolución académica y profesional de la Enfermería en los últimos siglos ha dado lugar a la construcción de una base de conocimientos propia y exclusiva para la práctica enfermera¹, superando aquellas concepciones que circunscribían el conocimiento enfermero a las ciencias médicas o del comportamiento (Kozier, Berman, Snyder & Erb, 2008).

Asimismo, la catalogación de la Enfermería como profesión, para el desempeño de una disciplina científica, se sustenta sobre tres pilares. Estos tres elementos son, en primer lugar, la existencia de un objeto de estudio, que para la Enfermería es el cuidado. En segundo lugar, que tenga un marco conceptual propio. Y por último, que utilice una metodología científica, que en el caso de la Enfermería conocemos como *Proceso Enfermero*² (Hernández, De Maya, Díaz & Giménez, 2010).

Según Alligood y Marriner (2011) el desarrollo del marco conceptual propio de la Enfermería se da a partir de la segunda mitad del siglo XX,

¹ En el marco internacional se fija la aparición de la Enfermería Profesional a mediados del siglo XIX a partir del legado de Nigthingale. En el ámbito español se cumplen cien años de la publicación de la Orden del 7 de mayo de 1915 donde se reconoce, por primera vez en nuestro país, la titulación de Enfermería.

² El Proceso Enfermero es un método sistematizado cuyo fin es brindar unos cuidados centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Es sistemático porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), y es humanista ya que mientras brindamos los cuidados se consideran los intereses y deseos de la persona, la familia y la comunidad (Alfaro-LeFevre, 1999).

propiciando la formulación de teorías y modelos enfermeros. La importancia del análisis de los trabajos teóricos de la Enfermería y su papel en el desarrollo del conocimiento es un proceso esencial de reflexión crítica necesario para la adquisición de conocimiento.

Los modelos de Enfermería son representaciones de la realidad práctica. Simbolizan los factores implicados y la relación que éstos guardan entre sí (McFarlane, 1988). Los modelos conceptuales identifican y definen los factores o fenómenos que intervienen en una situación de Enfermería y describen su relación. Los modelos de Enfermería son la representación resultante de las diversas miradas enfermeras del proceso de cuidar. En este proceso se integran una serie de elementos, que Fawcett denomina Metaparadigma, y que cada mirada enfermera interpreta y describe de modo diferente (Fawcett, 1984).

Los modelos son el producto de la investigación acerca de ¿qué es la Enfermería?, ¿quién hace la Enfermería? o ¿qué aporta la enfermera al cuidado de la salud?

Los modelos de Enfermería tienen una doble significación, por una parte, son la representación de una realidad que se denomina hecho enfermero y, por otra parte, son propuestas para llevar a cabo dicho proceso. En este sentido se puede afirmar que los modelos nos muestran qué es la Enfermería, y al mismo tiempo, nos permiten desarrollar el contenido disciplinar enfermero.

Las ventajas que el uso de los modelos reportan a la Enfermería se resumen en cinco (Poletti, 1980):

- Señalan lo esencial en la actuación de la enfermera.
- Definen la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad.
- Identifican y clarifican la relación de la enfermera con el resto de profesionales de salud.
- Describen de manera teórica la intervención práctica de la enfermera.
- Facilitan la elaboración de guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia en Enfermería.

En este punto cabe distinguir entre lo que las autoras definen como modelo conceptual y modelo teórico.

- Un modelo conceptual identifica y define los factores o fenómenos que intervienen en una situación de Enfermería y describe su relación. Un modelo conceptual es preteórico y se deriva en gran medida de observaciones empíricas no sistematizadas y de la inducción (McFarlane, 1988).
- Un modelo teórico, por otra parte, representa la relación de teorías que han sido comprobadas empíricamente por la investigación. El modelo teórico se construye a partir de la investigación empírica y de teorías establecidas (Reilly, 1975).

A partir de la prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados emergen las teorías enfermeras, de forma que contribuyen a *“adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos”* (Marriner & Alligood, 2011).

Los modelos y su posible transformación en teorías tienen un significado clave en el desarrollo de la disciplina, y a su vez, forman parte de la práctica. La incorporación de un modelo de Enfermería a la práctica de la profesión deberá hacerse desde el análisis de la realidad donde vamos a implantarlo (McFarlane, 1988). Para la Enfermería en Salud Laboral dicho análisis ha de constatar la importancia de la prevención de enfermedades profesionales y accidentes laborales como mecanismo para mejorar la seguridad y salud de los trabajadores.

A lo largo de la historia enfermera el estudio de modelos y teorías *generalistas* se ha producido -como no podía ser de otra manera- antes que el desarrollo teórico de otros paradigmas que explican los cuidados de Enfermería especializados. Este es el caso de la Enfermería del Trabajo o Enfermería Laboral. En la actualidad no existe ningún modelo teórico en español que sirva para sistematizar y organizar la labor de los enfermeros del trabajo. El presente estudio pretende realizar una búsqueda y análisis pormenorizado de los modelos teóricos propuestos a nivel internacional sobre la Enfermería del Trabajo. Este análisis es el primer paso para la aplicación de trabajos teóricos enfermeros en la educación, la investigación, la administración y la práctica (Alligood & Marriner, 2011). Una vez realizado el mapa internacional del marco conceptual de la Enfermería del

Trabajo se propone un nuevo paradigma adaptado al contexto español.

En este primer capítulo del trabajo se aborda desde un plano introductorio la situación actual del tema de investigación y se establecen los objetivos que se desean alcanzar a lo largo de la tesis.

El capítulo segundo, Marco Conceptual, se inicia con una descripción de conceptos básicos y se continúa con un breve relato de la evolución histórica que han sufrido las teorías enfermeras. El capítulo continúa describiendo cómo ha de ser el análisis de la teoría enfermera, a continuación se realiza un relato de la evolución histórica de la Enfermería de Salud Laboral, tanto en el plano nacional como internacional, y por último se reflexiona sobre los elementos que componen la valoración enfermera.

En el tercer capítulo, Material y Métodos, se recoge la metodología a utilizar a lo largo de la investigación. Ésta se divide en dos partes, una primera fase de búsqueda bibliográfica sobre teorías y modelos de Enfermería aplicables a la Enfermería del Trabajo o creados específicamente para ser aplicados a la subdisciplina. Y una segunda fase de la investigación que se sirve del análisis cualitativo de los datos obtenidos a partir de entrevistas en profundidad a expertos en Enfermería Laboral y en Enfermería Fundamental. Dicho análisis se realiza mediante la utilización de Teoría Fundamentada para el análisis de datos obtenidos en el campo.

En el capítulo cuatro, Resultados / Discusión, se recogen las principales aportaciones sobre modelos aplicables a la Enfermería del Trabajo publicados desde la década de los 70 del siglo XX, hasta la actualidad. Se realiza un análisis pormenorizado y exhaustivo de la Categoría Central y su relación con el resto de categorías emergidas durante la investigación. Al tiempo se relacionan dichos conceptos emergidos con la investigación histórica y se desarrolla una propuesta de modelo teórico para la Enfermería del Trabajo adaptada al contexto español a partir de los resultados obtenidos en la investigación cualitativa y su análisis mediante Teoría Fundamentada. A continuación se describe la adecuación de los Patrones Funcionales de Gordon como herramienta para realizar una correcta recogida de datos durante la valoración de Enfermería en el marco de la Salud Laboral.

Este trabajo supone un ejercicio de adaptación al contexto español de las teorías enfermeras que describen a la Enfermería del Trabajo y que en la actualidad carecen de la relevancia que poseen. La sistematización en el estudio y clasificación de los paradigmas servirá de herramienta para el estudio de las siguientes generaciones de graduados y posgraduados en Enfermería.

Por otro lado, el desarrollo de un modelo propio, adaptado al contexto español, es un ambicioso reto, que debe suponer un antes y un después en los planes de estudios de grado y posgrado, y en los programas de especialización.

El desarrollo de la presente tesis doctoral parte de la necesidad de integrar mediante un abordaje teórico, la formación especializada en Enfermería del Trabajo del investigador y su experiencia laboral en este campo. Este tránsito parte desde la práctica laboral y va hacia la teoría. Si bien los resultados obtenidos se integran de nuevo a la práctica.

Esta tesis es el primer escalón de un trabajo que apuesta por abrir una puerta al futuro mediante el desarrollo y validación de un modelo teórico de Enfermería Laboral que sea útil para la práctica.

1.1.- OBJETIVOS.

Los objetivos científicos que se persiguen mediante la elaboración de esta tesis doctoral son los siguientes.

- Objetivo principal:

- Elaborar un modelo teórico para la Enfermería del Trabajo adaptado al contexto español.

- Objetivos secundarios:

- Realizar una revisión sistemática de los modelos aplicables a la Enfermería del Trabajo.
- Buscar interacciones y sinergias entre diferentes modelos.
- Analizar de manera crítica los modelos existentes valorando cuáles de éstos pueden adaptarse al marco español.
- Integrar la opinión de expertos españoles en cuanto a los elementos claves que debe contener un modelo aplicable a la Enfermería del Trabajo.

1.2.- HIPÓTESIS / PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

La hipótesis de una investigación se define como una 'proposición que implica una relación entre dos o más conceptos, que se coloca en un nivel inferior de abstracción y generalidad respecto a la teoría y que permite una traducción de la teoría en términos empíricamente controlables' (Corbetta, 2003). Debido a esto los autores defienden que su utilización en un ámbito cualitativo puede encorsetar en exceso el desarrollo de la investigación (Dávila, 1994; Doblas, 2005). Siendo conveniente iniciar este tipo de investigación mediante una pregunta de investigación, en lugar de una hipótesis (de la Cuesta, 2006).

Como no podía ser de otra manera, la pregunta de investigación que trata de dar respuesta este trabajo es conocer cuál es el marco conceptual que subyace tras la Enfermería del Trabajo y que puede adaptarse mejor al contexto español.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL.

2.1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

Un “concepto” es una etiqueta para comunicar un pensamiento, según Marriner y Alligood (2011), los conceptos ponen nombre a los fenómenos. Definir los conceptos nos ayuda a socializar su significado y así evitar problemas de comunicación entre los profesionales de Enfermería.

- Filosofía: la filosofía de una ciencia guía los valores que son la base del desarrollo de una disciplina (Kérouac, 1996). La filosofía explica el significado de los fenómenos de la Enfermería a través del análisis, el razonamiento y del argumento o exposición lógica (Alligood & Marriner, 2011). Según el diccionario de la Real Academia Española la Filosofía es un conjunto de saberes que busca establecer, de manera racional, los principios más generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad, así como el sentido del obrar humano (DRAE, 2014).

- Ciencia: conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales (DRAE, 2014).

- Ciencia enfermera: conjunto de saber empírico, estético, personal y ético, resultado de diferentes enfoques metodológicos utilizados para profundizar en el campo del estudio de la disciplina enfermera (Kérouac, 1996).

- **Disciplina:** campo de investigación marcado por una perspectiva única, es decir, una manera distinta de ver los fenómenos. Una disciplina profesional recomienda unas maneras de intervención para la práctica (Enfermería, Medicina, Ciencias Sociales, etc.) contrariamente a una disciplina teórica que describe o analiza los fenómenos a partir de modelos precisos (Filosofía, Sociología, etc.) sin intervenir (Kérouac, 1996).

- **Paradigma:** corriente de pensamiento y manera de ver o comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas (Kérouac, 1996). Un paradigma está constituido por los supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica (Kuhn, 1992).

- **Teoría:** conjunto de enunciados y proposiciones, formados por los conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. Las teorías enfermeras tienden a describir, explicar y predecir los fenómenos de interés para la disciplina (Kérouac, 1996). Para Riehl-Sisca (1992) es suficiente con estudiar una teoría para darnos cuenta de que no se trata de un “marco conceptual” ni de un “paradigma”. Según Riehl-Sisca una teoría “consiste en una serie de conceptos organizados de forma sistemática y conectada lógicamente para explicar su relación”. Chinn y Kramer (1999) describen a la teoría como “un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos”.

- **Modelo conceptual:** es aquél que proporciona un marco de referencia que explica cómo observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina (Fawcett, 2000). Es un diseño estructural compuesto de conceptos organizados y relacionados (Riehl-Sisca, 1992), es decir, una representación abstracta que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados. El modelo conceptual clarifica la contribución o razón de ser de las enfermeras y el objetivo del servicio que prestan a la población (Adam, 1991).

En ocasiones se utilizan los términos marco conceptual, marco teórico, modelo conceptual o modelo teórico de forma inespecífica, y son considerados como sinónimos (Riehl-Sisca, 1992). Según Chinn y Kramer (1999) el marco o

modelo conceptual hace referencia a una estructura formada por conceptos relacionados para formar 'un todo' y las proposiciones teóricas descriptivas pueden denominarse marcos o modelos. Donde sí existe un acuerdo es en reconocer qué elementos componen un modelo conceptual de Enfermería. Los autores identifican tres componentes de un modelo o marco conceptual: los supuestos, el sistema de valores y las unidades o elementos principales (Adam, 1982; Ryans, 1992; Glass, 1992; Kozier, 1993).

- Los supuestos o postulados: son premisas o suposiciones que se aceptan como base teórica fundamental para la conceptualización de la Enfermería, conformando el substrato teórico sobre el que descansa el proceso de cuidar en un modelo concreto. Pueden proceder de teorías científicas, de la práctica o de ambas, y son o pueden ser verificados (Pérez-Cañaveras, 2007). La mayoría se derivan de la práctica. La forma de desarrollar los supuestos caracteriza la naturaleza de la Enfermería como una disciplina diferenciada y proporciona una dirección para el desarrollo del conocimiento de Enfermería. Los supuestos son diferentes de un modelo a otro porque en su elección va a influir el paradigma predominante y por tanto las creencias, los valores, las teorías, las leyes y las metodologías predominantes. Estos postulados condicionan la manera en que relacionamos los conceptos implicados en el modelo permitiéndonos, describir y explicar otro de los componentes de los modelos: las unidades o elementos principales.
- Sistema de valores: son las creencias sobre las que se apoya la profesión. Generalmente son similares en todos los modelos (Pérez-Cañaveras, 2007). Los valores pueden aparecer de forma explícita en la descripción del modelo o formar parte del mismo implícitamente. Este componente de los modelos refleja las creencias que tiene la enfermera que describe el modelo sobre la profesión, y también, las creencias sociales del grupo donde se aplica el modelo. Algunos de estos valores son:
 - Los profesionales de Enfermería tienen una función

específica aunque compartan otras con los demás profesionales de la salud.

- La Enfermería es un servicio dirigido más a satisfacer las necesidades de las personas y la comunidad, que hacia aspectos concretos de las enfermedades.
 - La Enfermería utiliza métodos sistemáticos y racionales para hacer operativo su modelo conceptual, como por ejemplo el Proceso Enfermero.
 - Esta profesión lleva consigo una serie de relaciones interpersonales. La de mayor importancia es la que se da entre la enfermera y el paciente.
-
- Unidades o elementos principales: definen el marco conceptual y se conforman a partir de los supuestos y valores (Pérez-Cañaveras, 2007), nos muestran las categorías implicadas en el proceso de cuidar. Las siete unidades principales son:
 1. Meta de la Enfermería. La meta es el fin u objetivo, lo que se trata de lograr. Tiene que estar de acuerdo con los propósitos comunes a todos los profesionales de la salud: la promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, etcétera; sin embargo, cada profesional tiene un objetivo que le diferencia del resto y justifica su presencia en el equipo de salud.
 2. Paciente o cliente. Es la persona receptora de los cuidados, es decir, objeto de la acción del enfermero. Por paciente no se entiende sólo la parte del individuo que interesa a la enfermería, sino también sus características como persona y como grupo.
 3. Función del profesional o rol de la enfermera. Es el rol de la enfermera en la sociedad, ésta debe ser aceptada y reconocida por la sociedad.
 4. Origen de las dificultades. Hay que buscarlo en el paciente

y no en el profesional de Enfermería. En otras palabras, indican el origen probable o la causa de los problemas del paciente que pasan a ser competencia de Enfermería. Por ejemplo, en el modelo de Henderson el origen de los problemas reside en la falta de fuerza, voluntad o conocimientos; mientras que en el de Johnson, se trata de la tensión emocional o física del cliente.

5. El objetivo de las actuaciones. Se determina para cada modelo, indica el objetivo o centro de actuación de la Enfermería. Por ejemplo, en la Teoría General de Enfermería de Orem sería la incapacidad del paciente para cuidarse a sí mismo.

6. Formas de actuación. Suponen una planificación de la función de la enfermera. Están muy relacionadas con el objetivo de la actuación que explica las maneras concretas en las que se ayuda al enfermo.

7. Consecuencias de la actuación. Son los resultados esperados de las actividades realizadas y por tanto los resultados tienen que ser consecuentes de los objetivos establecidos. Además, deben predecir las consecuencias indeseables de nuestra actuación.

2.2.- LA TEORÍA ENFERMERA.

La historia de la Enfermería profesional empezó con Florence Nightingale (1820-1912). Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos (Alligood & Marriner, 2011). Nightingale fundó la primera escuela de Enfermería moderna en el Hospital de Santo Tomas de Londres en 1860, tras haber sido la jefa de Enfermería durante la guerra de Crimea (1853-1856). Florence Nightingale es considerada como la fundadora de la Enfermería moderna y como la primera teórica de Enfermería (Hernández, 2010). La actividad práctica de Nightingale y sus escritos

posteriores³ describiendo cómo debía ser la educación enfermera sirvieron de patrón para establecer las primeras escuelas de Enfermería en Estados Unidos a principios del siglo XX (Kalisch & Kalisch, 2003).

El estudio de los paradigmas, las concepciones y los principios que han guiado la profesión enfermera desde Florence Nightingale es esencial para la comprensión de la naturaleza de los cuidados enfermeros (Kérouac, 2007).

Desde hace décadas las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica, a través de la búsqueda de las palabras que describen de forma adecuada la tarea de los cuidados. Estas enfermeras, llamadas teorizadoras y metateóricas (Kérouac, 2007) pretenden delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Según Alligood y Marriner (2011), la Enfermería moderna que comienza el siglo XX con una gran vocación práctica, se puede dividir en tres grandes períodos históricos: la etapa educativa, la etapa de investigación y la etapa de la teoría.

2.2.1.- Etapas de desarrollo histórico de la teoría.

2.2.1.1.- Etapa educativa.

La pregunta que dio lugar a esta primera etapa curricular era saber qué se debía estudiar para ejercer como enfermero, es por esto que el mayor énfasis se puso en los cursos que se debían realizar para alcanzar un currículo estandarizado (Alligood & Marriner, 2011). A mediados de la década de los 30, del siglo XX, ya se había publicado un currículo estandarizado. Por otro lado, surge la idea de trasladar la formación de las enfermeras desde el ámbito hospitalario hasta la Universidad. Pero esto no se materializó en muchos países hasta cincuenta años después (Kalisch & Kalisch, 2003). En el caso español la Enfermería no llega a la universidad hasta 1977.

³ Entre sus obras destacan “Notas de Enfermería” y “Notas sobre Hospitales” ambas publicadas en 1859.

2.2.1.2.- Etapa de investigación.

Conforme la Enfermería avanzaba hacia una educación superior, comenzó a emerger una nueva etapa vinculada con la investigación. Ésta llega cuando las enfermeras que ya poseen educación superior asumen e interiorizan que la investigación es el camino hacia el nuevo conocimiento enfermero. Dando lugar a la inclusión de cursos de investigación en los programas formativos (Alligood & Marriner, 2011). Las etapas de investigación y de educación superior se desarrollan paralelamente en el ámbito anglosajón según iba avanzando el siglo XX, dando origen al desarrollo de postgrados que incluían formación investigadora. En el ámbito español la evolución hacia esa etapa de investigación se ha visto lastrada durante décadas por su tardía incorporación a la formación superior, no es hasta la instauración del Espacio Europeo de Educación Superior durante la primera década del siglo XXI que la Enfermería logra alcanzar sus máximas cotas académicas.

2.2.1.3.- Etapa de la teoría.

La etapa de la teoría fue una evolución natural tras la etapa investigadora y de educación superior. Conforme se incrementaba el desarrollo de la investigación y el conocimiento, resultaba obvio que eran la investigación y la teoría juntas las que creaban ciencia enfermera (Batey, 1977).

Por este motivo, en los primeros años de la etapa de la teoría prosperó la educación de posgrado en Enfermería centrada en el desarrollo de la teoría.

La etapa de la teoría coincide con la conciencia de la Enfermería como profesión y disciplina académica por sí misma, y ésta surgió de los debates y las discusiones de la década de los 60 sobre la dirección adecuada y la disciplina correcta para el desarrollo del conocimiento enfermero (Alligood & Marriner, 2011). En la década de los 70, la Enfermería continuó haciendo su transición desde la vocación a la profesión a medida que las enfermeras se preguntaban sobre si la Enfermería se basaba en otra disciplina o en ella misma. Según Alligood y Marriner, la historia ha respondido a esta pregunta en cuanto ha quedado demostrado que la práctica enfermera debe basarse en la ciencia de la Enfermería.

Durante la segunda mitad del siglo XX surgen la mayor parte de teorías, modelos conceptuales y filosofías vinculadas a la Enfermería (a excepción de la propuesta en el siglo XIX por Nightingale). Peplau en 1952, Henderson en 1955, Orem en 1959 y un largo etcétera así lo ponen de manifiesto. No obstante, esta evolución natural por etapas que hemos descrito anteriormente, no se da en el ámbito español. En el año 1977 la Enfermería aterriza en la universidad española con un currículo enfocado eminentemente a la práctica, carente de formación investigadora, y con escasa sensibilidad teórica. En la adopción de tales materias, no como una evolución natural -como en el caso anglosajón-, sino como una imposición académica, radica el rechazo que muchos estudiantes y profesionales demuestran ante estos temas. En este sentido en el año 1994 Rosa Cañaveras, profesora de la Universidad de Alicante, realizó un estudio para valorar la importancia que los alumnos otorgaban a sus asignaturas. Cuatro de las materias peor valoradas fueron: la Bioestadística, la Historia de la Enfermería, el Inglés y la Informática. Como se puede apreciar, las dos primeras conforman la médula espinal de la investigación y la teoría enfermera. Las otras dos, la informática y el inglés, en la actualidad son fundamentales para el desarrollo académico y profesional en cualquier ámbito, y demuestran cómo el paso del tiempo puede hacernos cambiar de opinión.

En el caso de la Enfermería del Trabajo la situación incluso es peor ya que el estudio de la teoría enfermera aplicada al ámbito laboral ni tan siquiera se ha incluido en los planes de especialización⁴.

2.2.2.- Estructura del conocimiento enfermero.

Al objeto de enmarcar la propuesta de marco conceptual debemos comenzar por describir cuál es la estructura del conocimiento enfermero. La elaboración de un modelo de cuidado posee las mismas propiedades y necesidades que las de la construcción del conocimiento. Por lo tanto, necesitamos, en primer lugar, comprender cómo se adquiere un conocimiento,

⁴ Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Ministerio de Sanidad y Política Social.

para después poder entender el proceso de construcción de un modelo (Kuerten & Lenise, 2008).

La estructura jerárquica del conocimiento enfermero propuesto por Fawcett (1984) se organiza en cuanto a su grado de abstracción de mayor a menor; siendo el metaparadigma el componente de mayor abstracción, seguido por la Filosofía, los modelos conceptuales y las teorías.

METAPARADIGMA

Como hemos indicado, el metaparadigma representa el mayor grado de abstracción. Proporciona los parámetros generales o conceptos globales del campo de la disciplina para dirigir su desarrollo. Estableciendo los puntos comunes de la disciplina de enfermería para explicar, explorar o establecer las relaciones entre los fenómenos de su competencia (Vega, 2006).

Según Fawcett todos los modelos conceptuales se encuentran vinculados entre sí a través de cuatro conceptos identificados como: Persona, Entorno, Salud, y Cuidado de enfermería; siendo éstos conceptualizados de manera específica por enfermeras teorizadoras para dar lugar al llamado modelo conceptual.

Conforme a la manera concreta con la que las enfermeras abordan la relación entre cuidado, persona, salud y entorno se clarifica el campo de la disciplina enfermera (Kérouac, 2007). Estos conceptos forman una estructura de base a partir de la cual el conocimiento enfermero puede evolucionar (Chick & Meleis, 1986). Sin embargo, estos conceptos aislados no son suficientes para precisar la contribución de la enfermera en los cuidados de salud. La relación particular entre los conceptos 'cuidado', 'persona', 'salud' y 'entorno' constituye el núcleo de la disciplina enfermera (Kérouac, 2007).

En este sentido, otras autoras inciden en que un modelo no sólo define los cuatro conceptos del metaparadigma, sino que también, a su vez, los relaciona entre sí (Kershaw, 1988).

Por otra parte, Fawcett, al describir los modelos conceptuales en 1984, señala que éstos presentan diversas visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero representan sólo una aproximación o simplificación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento.

La concepción de estos cuatro fenómenos no ha permanecido estática en las diversas concepciones teóricas propuestas por las autoras, sino al contrario, son conceptos dinámicos que han ido completándose con el tiempo en función de las influencias científicas, sociales, políticas, económicas y culturales.

Para Fawcett (1984) los conceptos del metaparadigma aglutinan estas funciones:

1. Identifican un dominio que se diferencia del de otras disciplinas.
2. Encapsulan todos los fenómenos de interés de la disciplina de una forma parsimoniosa.
3. Proponen una perspectiva neutral. Los conceptos no reflejan una perspectiva filosófica predeterminada.
4. Son internacionales en sustancia y amplitud. Los cuales se logran solo si los conceptos y proposiciones no reflejan propuestas nacionales, étnicas, o tienen orientaciones valorativas o culturales.

FILOSOFÍA

Corresponde al segundo componente en la estructura jerárquica del conocimiento. Riehl-Sisca (1992) concibe a la Filosofía como la búsqueda para la comprensión de la naturaleza humana, con sus realidades, significados, valores y normas de conductas en la medida en que éstos se relacionen con la naturaleza de las sociedades y la educación.

La epistemología y la ética son áreas de estudio que abarcan la Filosofía las cuales se centran en la búsqueda de la verdad, en la comprensión y significado de los fenómenos observados a través de análisis, razonamiento, argumentación lógica, y no de métodos empíricos (Vega, 2006).

En el área de la ciencia de enfermería se han identificado tres corrientes filosóficas o paradigmas imperantes en el momento histórico en que vieron. El paradigma de categorización, el paradigma de integración y el paradigma de transformación (Kérouac, 1996).

Esta clasificación permite abordar las teorías y modelos desde la perspectiva de las grandes corrientes del pensamiento o maneras comprender el mundo, lo que permite integrar el desarrollo del pensamiento de enfermería en el desarrollo del pensamiento científico (Bello, 2006).

Paradigma de la categorización. Según el paradigma de la categorización los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables (Kérouac, 1996). Un cambio es un fenómeno como consecuencia de condiciones anteriores; asimismo los elementos y las manifestaciones conservan entre sí la relación lineal y causal. Bajo el ángulo de este paradigma el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión de enfermería: una orientación central en la salud pública, que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad. Otra orientación centrada en la enfermedad y muy unida a la práctica médica.

- Centrada en la salud pública. Esta orientación se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX, y está caracterizada por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios (Kérouac, 1996). Desde la línea que marca este paradigma se puede comprender el interés por el control del medio ambiente demostrado por Florence Nightingale en sus escritos y la importancia que da a la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

- Centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica. Surge cuando comienzan a controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. Unida al control de estas enfermedades se produce una mejora de las técnicas quirúrgicas, comienza la aplicación de los antisépticos y la enfermedad física es considerada al margen del entorno, de la cultura y de la sociedad. La salud se define como la ausencia de enfermedad y se afirma que el origen de dicha enfermedad es unicausal (Bello, 2006).

Paradigma de la integración. Kérouac (1996) sitúa temporalmente este paradigma a partir de la segunda mitad del s. XX. Los modelos y las teorías de enfermería ponen de manifiesto un interés por la persona, de manera que ésta se convierte en el centro de la práctica enfermera. Es una prolongación del paradigma de la categorización al reconocer los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrar el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

La evolución que se produce en estos momentos marca profundamente los modelos y teorías de enfermería y comienzan a aparecer las diferencias entre la disciplina enfermera y la disciplina médica. Los trabajos de enfermeras como Henderson, Peplau u Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Paradigma de la transformación. El paradigma de transformación se puede situar temporalmente a mediados de los años 70, representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de equilibrio, la interacción de fenómenos complejos se percibe como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja; se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Desde la perspectiva de este paradigma, un fenómeno es único y, por tanto, no puede parecerse totalmente a otro, algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente, de manera que cada fenómeno puede ser definido por una estructura única en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea (Kérouac, 1996). El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia de Enfermería hacia el mundo; ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina de Enfermería; los trabajos de Newman, Parse, Rogers o Watson quedan enmarcados dentro de este paradigma.

MODELOS CONCEPTUALES

Comprenden el tercer componente de la jerarquía del conocimiento. Son sinónimos de estructura conceptual, sistema conceptual, paradigma, y matriz disciplinaria. Resultan menos abstractos que el metaparadigma, pero, a su vez, más complejos y generales que las teorías.

Los modelos conceptuales hacen referencia a imágenes mentales vinculadas a los fenómenos de interés de una disciplina que se expresan mediante palabras o términos descriptivos y proporcionan características para objetos, personas o acontecimientos. Orientando la práctica de la enfermera y facilitando una descripción de su meta, su rol o de las actividades de cuidado (Vega, 2006).

Según Fawcett (1984) los modelos representan visiones de ciertos fenómenos del mundo pero simbolizan únicamente una aproximación a aquellos conceptos

considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Los modelos conceptuales de enfermería son representaciones de la realidad práctica y constituyen los factores implícitos y la relación que guardan entre sí.

El nexo de unión entre los diferentes modelos de enfermería son los elementos que los integran (Rodrigo, Navarro, & Fernández-Ferrín, 1998):

1. Asunciones científicas o postulados. Son afirmaciones teóricas sobre la persona, entorno, la salud y el rol de enfermería y simbolizan 'el cómo' sobre el que descansa el proceso de cuidar en un modelo concreto.
2. Asunciones filosóficas o valores. Refleja las creencias, que sobre la naturaleza del mundo del ser humano, de la salud, y las metas profesionales tienen sus seguidores, y simbolizan 'el porqué' del modelo teórico.
3. Elementos. Describen las categorías implicadas en el proceso de cuidar. Corresponde al 'qué' del modelo y en cada uno de ellos se hacen orientaciones específicas que orientan la adopción en la práctica. Los elementos de un modelo son:
 - La meta o el fin de los cuidados, es decir, el objetivo que se persigue en el proceso de cuidar.
 - El sujeto, la persona, el cliente o grupo que participa en el proceso de cuidar.
 - Foco de la intervención de enfermería; consecuencias y resultados en el acto de cuidar.

Según Marriner (2011) se clasifican como modelos enfermeros los trabajos de Rogers, Levine, Orem, King, Roy, Johnson, etc.

TEORIAS DE ENFERMERÍA

Las teorías enfermeras constituyen el cuarto componente del conocimiento contemporáneo de enfermería, de manera que son menos abstractas que los modelos conceptuales, pero a su vez, más complejos que los indicadores empíricos. Simbolizan el conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan un punto de vista sistemático acerca de los fenómenos, indicando interacciones específicas entre los conceptos (Chinn, & Kramer, 2004).

Para enfermería la adopción de una teoría representa según plantean Chinn y Kramer (2004) la eliminación los azares del ejercicio basado en las conveniencias del

momento, ayudando a fundamentar las bases adecuadas para la continua descripción, explicación y predicción de los fenómenos propios de la disciplina y la práctica.

Según Marriner (2011) se clasifican como teorías enfermeras los trabajos de Orlando, Pender, Leininger, Newman, Parse o Erickson, entre otras.

La teoría se componen de diversos elementos: las metas, los conceptos, las definiciones, las relaciones, las estructuras y los supuestos (Vega, 2006):

- Meta: son los propósitos generales para los cuales se crea la teoría y propone los límites de los eventos a los cuales aplica.
- Conceptos: se identifican buscando términos o grupos de términos que representan objetos, propiedades o eventos dentro de la teoría.
- Definiciones: vistos como cualquier intento explícito o implícito para clarificar el sentido de un concepto.
- Relaciones: Proveen una visión de los enlaces o vínculos entre los conceptos y pueden tomar diferentes formas.
- Estructura: permite apreciar una forma general de las relaciones conceptuales de la teoría.
- Supuestos: son aquellas verdades aceptadas y básicas que fundamentan el razonamiento teórico.

Clasificación de las teorías.

Podemos clasificar las teorías enfermeras en función de su alcance al abordar fenómenos específicos que varían en cuanto a su nivel de especificidad y concreción de conceptos. Diferenciamos tres niveles (Agama, Cruz, & Ostiguín, 2011):

- a) Teoría del alcance amplio: Esquema estructural para las grandes ideas, con propuestas verdaderas o demostrables para la disciplina. Para Enfermería, dicho esquema está formado por constructos sistémicos que hacen referencia a la naturaleza, la misión y las metas del cuidado (López-Parra, et al., 2006). Los fenómenos que explora la teorías de alcance amplio son: la persona, el entorno, la salud, la enfermería y su relación con el cuidado (Higgins, 2000).

- b) Teoría del alcance medio: Compuestas por conceptos teóricos que describen fenómenos o conceptos específicos que surgen y reflejan los componentes de la práctica del cuidado de enfermería en diferentes campos y situaciones (Durán, 2002). De acuerdo con Merton (1966) esta categoría presenta ideas relativamente simples, que proponen aspectos 'funcionantes' de la disciplina. Comprende la información acerca de la situación de salud, el grupo de población o edad del paciente la ubicación o intervención de enfermería, así como la medición entre la interacción de la persona y el ambiente (López-Parra, 2006).
- c) Microteoría: Menos compleja y más específica se ha definido como conjunto de enunciados teóricos por lo general hipótesis relativas a fenómenos muy concretos. Se reducen a explicar un problema específico de la práctica de enfermería (Durán, 2002). Circunscribiéndose sólo a problemas de la práctica, como por ejemplo: dolor, disnea, fatiga, náuseas, etc. (Lenz, 1995).

En 1985 Meleis se posiciona con claridad sobre la necesidad que tiene la Enfermería de desarrollar teorías sustantivas que generen fundamentos para la práctica enfermera. Si bien por una parte, Meleis (1985) describe la importancia de desarrollar teorías de amplio rango para generar parámetros generales de la práctica, al mismo tiempo, apuesta por el desarrollo de otro tipo de teorías, las de alcance medio, que servirán de guía específica para la práctica y que serán útiles para hacer avanzar la disciplina enfermera.

De ahí que, a partir de la década de los noventa del siglo XX, se hayan visto incrementando el desarrollo de las teorías de rango medio. Las teorías de rango medio son propuestas articuladas que requieren refinamiento, el cual debe lograrse a través de la investigación y la práctica. Su gran ventaja radica en que trabajan aspectos vividos del ejercicio profesional y de las características singulares de la práctica de la enfermería, dentro de un contexto mucho más objetivo, pero que de ninguna forma proponen estereotipos o prácticas inmodificables. De igual manera, estos planteamientos teóricos no señalan específicamente las intervenciones de cuidado que las enfermeras deben generar al utilizarlas como marcos de su quehacer. Por lo tanto, es al utilizarlas sistemáticamente, en la práctica, que se podrán proponer intervenciones de

cuidado, de acuerdo con la creatividad de las enfermeras y de su propia característica para enfocar y explicar un fenómeno determinado (Durán, 2002).

La utilidad de la teoría intermedia para explicar conceptos teóricos y específicos de la práctica explican por qué resulta conveniente apostar por un análisis del marco conceptual para la Enfermería del Trabajo mediante análisis cualitativo al utilizar Teoría Fundamentada haga emerger una teoría de grado medio que explique las particularidades de la subdisciplina. Como sostiene Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo y Gordo (2010) la Teoría Fundamentada contribuye al desarrollo del conocimiento enfermero, y con ello a dar respuestas a los pacientes y familiares ante una situación de salud o enfermedad; y esto se da porque dicho análisis está en la esencia de lo que es la enfermería: tratar de llegar a la gente, escuchar lo que tienen que decir, y luego utilizar ese conocimiento para favorecer un cambio en sus vidas (Morse, 2009).

2.2.3.- Clasificación de los modelos y teorías.

Si partimos de la premisa que dice que buscar y seleccionar un único modelo conceptual como el paradigma para la Enfermería sería un grave error (Nelson, 1992), necesitaremos no sólo conocer cuáles son tales modelos sino también cómo se pueden clasificar. La primera manifestación escrita del pensamiento enfermero la localizamos en la obra de Florence Nightingale *Notas de Enfermería* escrita en 1859. Desde ese hito hasta la actualidad destacan dos tendencias; por una parte, el mayor número de modelos y teorías se concentra en el ámbito anglosajón, especialmente en Reino Unido, EEUU y Canadá. Por otro lado, se observa que la reaparición de los modelos, tras los trabajos de Nightingale, se concentra entre 1950 y 1980. La proliferación de modelos en el ámbito norteamericano está en consonancia con el desarrollo sociocultural del país. Cuando las enfermeras españolas comienzan a hablar de Enfermería como disciplina en los años 70, en Canadá y EEUU ya se habían publicado más de veinte modelos y teorías.

Algunas enfermeras han clasificado los modelos y las teorías de Enfermería con el objetivo de organizarlos y hacerlos más operativos. Como punto de partida para esta misión encontramos un hilo conductor entre todos ellos, que sería el

metaparadigma de Fawcett, como ya se ha descrito, el metaparadigma está compuesto por unos conceptos comunes a partir de los cuales se desarrollará cada modelo o teoría (persona, entorno, salud y cuidado). Además del metaparadigma, los modelos y teorías presentan otros aspectos comunes que pueden identificarse a partir del análisis comparativo de sus propuestas. Estos elementos comunes o tendencias nos facilitan la misión de agruparlos y ordenarlos.

Beck (1976) propuso agrupar los modelos en cuatro categorías o tendencias. Beck guía su análisis en la relación que existe entre el modelo de salud con el resto de elementos que constituyen el metaparadigma. Las cuatro categorías resultante son:

- *Tendencia ecologista*. Existen modelos que establecen una relación entre la salud y la naturaleza, de manera que esta relación influye en el proceso de cuidar. En este grupo se encuentra el modelo de Florence Nightingale.
- *Tendencia existencialista*. Aquí se engloban los modelos que establecen una relación entre la salud y las características del individuo (fundamentalmente psicológicas). Como referentes de esta categoría se encuentran Hildegard Peplau, Myra Levine, Nancy Roper, Callista Roy e Imogene King.
- *Tendencia cósmica*. Se concentran los modelos que muestran una interacción entre la salud y el medio ambiente que rodea a la persona. Se entiende al medio ambiente como un sistema abierto que interacciona con el sujeto al cual puede influir, a la vez que éste influye en el medio ambiente. En este apartado encontramos el modelo de Martha Rogers.
- *Tendencia sociológica*. Esta categoría aglutina a los modelos que vinculan la salud y con la dinámica social. Orem y Meleis son para Beck representantes de este grupo.

La Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED, 1981) publicó el texto *Conceptos de Enfermería* donde se recoge una propuesta de organización en tres categorías. El criterio que sigue esta clasificación es determinar cuál es el papel de la enfermera en el proceso de cuidar. Las tres tendencias son:

- *Tendencia naturalista*. Se refiere a aquellos modelos donde la enfermera

favorece que se den las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre el paciente. El modelo de referencia es el de Florence Nightingale.

- *Tendencia de suplencia y ayuda.* La enfermera, en estos modelos, tiene como misión sustituir al sujeto, y al mismo tiempo lograr el máximo nivel de independencia posible. Aquí se encuadran las tesis de Henderson y Orem.

- *Tendencia de interrelación.* Son aquellos modelos en los que el papel de la enfermera se define como el de un profesional que establece una relación con la persona receptora de cuidados, dando lugar a una relación simbiótica que beneficia a ambos. Se encuadran los modelos de Peplau, Rogers y Roy.

Marriner y Alligood (2011) recogen en su libro sobre modelos y teorías una clasificación de los modelos en cuatro categorías. Dicha clasificación atiende al significado que se le da a la Enfermería para cada uno de los modelos. Así considera que existe:

- *Tendencia humanista.* Se define a la Enfermería como un arte y una ciencia. Incluye en este grupo a los modelos de Nightingale, Henderson, Abdellah, Hall, Orem, Leininger y Watson.

- *Tendencia de relaciones interpersonales.* Se agrupan aquellos modelos que definen la Enfermería como una relación interpersonal, siendo ésta el elemento clave en el proceso de cuidar. Aquí se encuentran los modelos de Roy y Travelbee.

- *Tendencia de sistemas.* Se explica el proceso del cuidado desde la Teoría de Sistemas. Se incluyen en esta tendencia los modelos de Neuman y Johnson.

- *Tendencia de campos energéticos.* Se refiere al modelo que define la Enfermería en términos de intercambio y conservación de la energía. En esta categoría se incluye el trabajo de Martha Rogers.

La propia Ann Marriner, junto a Raile Alligood (1994), agrupa los modelos

en tres grandes categorías: *Filosofías*, *Modelos conceptuales* y *Teorías de Enfermería*⁵.

- *Filosofías*: son aquellos modelos basados en el “análisis, razonamiento y argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos” (Marriner & Alligood, 1999). Las filosofías muestran a la Enfermería como una combinación de arte y ciencia. Aquí se incluyen los textos de Nightingale, Henderson, Wiedenbach, Abdellah, Lydia Hall, Watson y Benner.

- *Modelos conceptuales*: son todos los trabajos en los se definen los conceptos relacionados con el proceso de cuidar, y su relación entre ellos. Al mismo tiempo, dejan la vía abierta para el desarrollo de teorías. Bajo esta denominación Ann Marriner agrupa las propuestas de Orem, Levine, Rogers, Johnson, Roy, Neuman y King.

- *Teorías de Enfermería*: los modelos en los que se muestran las relaciones entre los conceptos implicados en el proceso de cuidar “desarrollando enunciados teóricos que responden a las preguntas planteadas en el campo de la Enfermería” (Marriner & Alligood, 1999). En este grupo se incluyen las tesis Peplau, Orlando, Travelbee, Riehl-Sisca, Erickson, Tomlin-Swain, Mercer, Barnard, Leininger, Parse Rizzo, Fitzpatrick, Adam y Pender.

En 2007 ambas autoras reeditan esta clasificación, añadiendo una cuarta categoría: las *Teorías Intermedias*.

- *Teorías Intermedias*: tienen un centro de atención más específico y un menor nivel de abstracción que el de las teorías de Enfermería (Chinn & Kramer, 2008), de manera que resultan más concretas, centrándose en contestar a cuestiones particulares de la práctica enfermera. La inclusión de las teorías intermedias en esta clasificación pone en relieve su importancia para explicar el pensamiento y la acción de la práctica enfermera (Alligood & Marriner, 2011). La especificidad y concreción de este tipo de teorías son útiles para encuadrar la propuesta teórica que se desarrolla en esta investigación para la Enfermería del Trabajo.

⁵ Dicha clasificación coincide con la revisada en el apartado *Estructura del conocimiento enfermero*.

Kérouac (1996) analiza los modelos y teorías de Enfermería reconociendo en ellos la presencia de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías. La clasificación resultante agrupa los modelos en tres paradigmas: de categorización, de integración y de transformación que ya vimos en el capítulo anterior al hablar sobre las Filosofías de Enfermería.

Por otra parte, según se ponga el acento en unos aspectos u otros de los conceptos del metaparadigma, Kérouac (1996) define seis tipos de escuelas de pensamiento: escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados, de la promoción de la salud, las escuelas del ser humano unitario y el *caring*.

- *Escuela de necesidades*. Los modelos que pertenecen a esta escuela describen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o sus capacidades para el autocuidado. Los modelos que presentan esta característica son los de Henderson, Orem y Abdellah.
- *Escuela de la interacción*. A esta escuela pertenecen los modelos que se centran en la interacción entre la enfermera y el paciente. Como representantes de esta escuela se incluyen Peplau, Paterson, Orlando, Travelbee, Wiedenbach y King.
- *Escuela de los efectos deseables*. Se agrupan aquellos modelos interesados en concretar los resultados que se esperan obtener. Según Kérouac en este conjunto se incluyen los trabajos de Johnson, Hall, Levine, Roy y Neuman.
- *Escuela de la promoción de la salud*. Se incluyen aquellos modelos que tienen una raíz comunitaria, destacando el papel que los cuidados de Enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia. Allen es la representante de esta escuela.
- *Escuela del ser humano unitario*. A esta escuela pertenecen los modelos que definen quién es y cómo es el receptor de los cuidados de Enfermería. Aquí se enmarcan los trabajos de Rogers, Neuman y Parse.
- *Escuela del caring*. La característica fundamental de esta escuela es el interés por la cultura y lo que Kérouac ha denominado *caring*. Ésta implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Como ejemplos de *caring* encontramos a Leininger y Watson.

En 2001, Benavent, Francisco y Ferrer, presentan de manera esquemática las diferentes propuestas de clasificación anteriormente descritas (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de los modelos y teorías de Enfermería.

Beck (1976)	UNED (Alberdi et al., 1981)	Marriner (1989)	Marriner y Alligood (1994 y 2007)	Kérouac ⁶	Kérouac ⁷
Tendencia ecologista	Tendencia naturalista	Tendencia humanista	Filosofías (1994/2007)	Paradigma de categorización	Escuela de las necesidades
Tendencia existencialista	Tendencia de suplencia y ayuda	Tendencia de relaciones interpersonales	Modelos conceptuales (1994) Modelos enfermeros (2007)	Paradigma de integración	Escuela de la interacción
Tendencia cósmica	Tendencia de interrelación	Tendencia de sistemas	Teorías de nivel medio (1994) Teorías enfermeras (2007)	Paradigma de transformación	Escuela de los efectos deseables
Tendencia sociológica		Tendencia de campos energéticos	Teorías intermedias (2007)		Escuela de la promoción de la salud
					Escuela del ser humano unitario
					Escuela del <i>caring</i>

Fuente: Benavent, Francisco y Ferrer (2001).

⁶ Si bien la fuente de la que se han obtenido los datos es Kérouac (1996), las autoras señalan que según la fuente citada la identificación de paradigmas ya estuvo recogida por Fitzpatrick (1989) y Fawcett (1995).

⁷ Si bien la fuente de la que se han obtenido los datos es Kérouac (1996) las autoras señalan que según la fuente citada la clasificación por escuelas ya fue recogida por Meleis (1991).

2.3.- ANÁLISIS DE LA TEORÍA.

El análisis es un proceso importante que constituye un paso crucial en la preparación del uso de trabajos teóricos enfermeros en educación, investigación, gestión o práctica asistencial. Mediante el análisis de la teoría enfermera se sientan las bases para aprender, desarrollar proyectos de investigación y los trabajos teóricos de la Enfermería del futuro (Alligood & Marriner, 2011).

Fawcett describe el análisis de la teoría como la forma objetiva y sistemática de examinar su contenido y estructura, de manera que se excluyen los juicios de valor subjetivos acerca de las teorías (Fawcett, 1997). Las directrices para el análisis que define Fawcett deben responder a estas cuestiones:

- ¿Cuál es el alcance de la teoría?
- ¿Cómo se relaciona con el metaparadigma enfermero?
- ¿Qué afirmaciones filosóficas son reflejadas por la teoría?
- ¿Desde qué modelo conceptual se deriva la teoría?
- ¿Qué conocimientos de otras disciplinas utiliza la teoría?
- ¿Cuáles son los conceptos de la teoría?
- ¿Cuáles son las propuestas de la teoría?

Asimismo, Fawcett establece el marco para la evaluación de las teorías enfermeras mediante estas preguntas:

- ¿Es una teoría significativa?
- ¿Es una teoría con coherencia interna?
- ¿Es una teoría “parsimoniosa”?
- ¿Es una teoría comprobable?
- ¿Es una teoría empíricamente demostrable?
- ¿Es una teoría adecuada para la práctica?

Barnum (1998) propone criterios analíticos de contenido, proceso, contexto y objetivos. Sus criterios internos de evaluación: claridad, coherencia, adecuación, desarrollo lógico y el nivel de desarrollo de la teoría. Sus criterios externos de evaluación incluyen: la convergencia, la utilidad, la importancia y la complejidad.

Fitzpatrick y Whall (1989) también proponen directrices para el análisis y la evaluación, que incluyen el análisis de los conceptos básicos del paradigma y sus definiciones, así como el análisis y la evaluación interna y externa.

Chinn y Kramer (2004) ofrecen una funcional guía para la reflexión crítica de la teoría. Donde se consideran los siguientes cinco criterios: claridad, simplicidad, generalidad, precisión empírica y consecuencias deducibles:

- Claridad: hemos de preguntarnos si es suficientemente clara la teoría, es decir, si los argumentos que explican la teoría se ordenan de manera coherente e inequívoca.

- Simplicidad: tenemos que cuestionarnos acerca de la simplicidad de la teoría, es decir si una teoría es suficientemente comprensible y presentada en un nivel de abstracción útil para ser utilizada de guía. Según Chinn y Kramer la teoría debe ser simple para que sea útil en la práctica.

- Generalidad: para determinar la generalidad de una teoría se examina la gama de conceptos y de metas que dicha teoría contiene. Cuanto más limitados sean los conceptos y las metas, menos general es la teoría, y por el contrario, cuanto más general es una teoría el grado de abstracción de sus conceptos es mayor (Alligood & Marriner, 2011). Las autoras discrepan sobre el grado de generalidad que debe tener una teoría. Si bien Ellis (1968) afirma que cuanto mayor es el campo de aplicación, mayor es la importancia de la teoría, otras como Stevens (1994) sugieren que, la complejidad o sencillez de una teoría debería ser determinada por la complejidad del tema estudiado.

- Precisión empírica: es una condición ligada a la posibilidad de verificación práctica y al empleo final de una teoría, se fundamenta en que los conceptos definidos se relacionan con una realidad observable (Chinn & Kramer, 2004).

- Consecuencias deducibles: si tenemos en cuenta que la investigación, la teoría y la práctica se relacionan significativamente, la teoría enfermera debería orientarse hacia la comprobación de la investigación, y ésta debería llevar al conocimiento que guía la práctica (Chinn & Kramer, 2004).

El análisis de la teoría que proponen las autoras es fundamental para implementar una propuesta de marco conceptual para la Enfermería. Para la consecución de tal fin Wright (1988) expone dos premisas que se han de cumplir a la hora de formular un modelo de Enfermería. Estas premisas son:

- Los modelos se deben construir, describir y usar en un lenguaje que sea accesible a todos los niveles de la Enfermería.
- Un modelo de Enfermería que se centre únicamente en las necesidades del paciente y olvide o subestime a los profesionales, el entorno social y la comunidad será de poco valor.

Hickman (2002) hace una exhaustiva revisión sobre las preguntas que deben guiar la crítica de la teoría enfermera. Estas cuestiones se agrupan en los siguientes diez bloques:

- ¿Cuál es el contexto histórico de la teoría? ¿Se basa en una filosofía específica, otra teoría de Enfermería o una disciplina relacionada? ¿Son necesarios estudios o información adicional para entender los supuestos? ¿Dónde encaja esta teoría en la historia de la teoría de Enfermería? ¿Contempla los elementos del metaparadigma enfermero?

- ¿Cuáles son los conceptos básicos y las relaciones que presenta la teoría? ¿Los conceptos que incluye la teoría se definen y utilizan de forma coherente? ¿Son lógicas las relaciones entre conceptos y supuestos? ¿Son los conceptos y relaciones claras para el lector?

- ¿Cómo se presentan los principales fenómenos? ¿Aparte de los fenómenos propios del metaparadigma, contempla otros?

- ¿A quién se aplica esta teoría? ¿En qué situaciones? ¿De qué manera? ¿Cuál es el alcance de la teoría? ¿Se aplica a todos los receptores de la atención de Enfermería en todas las situaciones posibles? Si no es así, ¿a quién se aplica? y ¿dónde se aplica?

- ¿Cómo se puede probar esta teoría? ¿Se pueden observar los conceptos y las relaciones de esta teoría? ¿Se ha producido evidencias prácticas de esta teoría? ¿Qué resultados se han presentado en la literatura?

- ¿Esta teoría favorece el pensamiento crítico en la práctica de Enfermería? ¿De qué manera la teoría puede favorecer el pensamiento crítico en la práctica?

- ¿Esta teoría dirige las intervenciones terapéuticas de Enfermería? ¿De qué manera estas intervenciones afectan a la teoría? ¿Esta teoría ha sido probada por la investigación?

- ¿Se relaciona la teoría con la práctica enfermera? ¿Cómo se relaciona la teoría con la práctica?

- ¿La aplicación de la teoría da lugar a resultados favorables? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué situaciones?

- ¿La teoría se propaga? ¿Quién utiliza esta teoría? ¿En qué contexto? ¿Esta teoría dirige la práctica de Enfermería, la educación en Enfermería, y/o la administración?

Por último, cabe señalar que el estudio y comprensión de la Teoría Enfermera debe abordarse desde un enfoque que integre a la Historia de la disciplina de manera que sirva para comprender y contextualizar su importancia.

2.4.- HISTORIA DE LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO.

2.4.1.- Marco internacional.

La aparición de la Enfermería Laboral, antes llamada Enfermería Industrial, comienza a finales del siglo XIX, de forma paralela a la revolución industrial (Rogers, 1998). El desarrollo industrial ocasionó enfermedades y lesiones que, en gran medida, eran consecuencia de los nuevos riesgos aparecidos en el medio ambiente laboral. Esto dio lugar a un importante desarrollo práctico de la profesión. Si bien podemos datar a finales del siglo XIX la institucionalización de la Enfermería Laboral, a lo largo de la Historia de la Enfermería se describen ciertos episodios íntimamente ligados a la Salud Laboral. Algunos de estos hitos son los siguientes:

- Existen referencias del derrumbamiento en el Neolítico de una galería subterránea de la cantera de sílice situada a orillas del río Mosa, donde hoy se encuentra Bélgica. Ésta es la primera referencia conocida de un accidente laboral.
- En Mesopotamia, sobre el año 2200 a.C., el rey de Babilonia Hammunarabi

mandó elaborar un código donde se recogían prescripciones derivadas de daños sufridos por los trabajadores (Santos, 2014).

- En el siglo V a.C. destaca la labor de Hipócrates, éste se encontraba sensibilizado con la Salud Laboral al considerar los factores ambientales y las condiciones laborales en sus diagnósticos. En este sentido, existen referencias donde se refiere al envenenamiento de un colectivo de mineros (Verrall, 1997). A su vez, también describió la impotencia para jinetes que cabalgaban cada día durante horas.
- Platón (429-347 a.C.) describe deformaciones en esqueletos de algunos trabajadores dedicados a trabajos peligrosos.
- Aristóteles (384-322 a.C.) describe ciertas enfermedades sufridas por atletas.
- En el 286 a.C. la *Lex Aquilia* establece indemnizaciones para los dueños de esclavos que sufrieran daños.
- En Eclesiásticos XXXVIII, que data de la segunda mitad del siglo II a.C., se describen los efectos nocivos de ciertas ocupaciones como herreros, alfareros y obreros (Felton, 1985).
- Marcial, en el 68 d.C., analiza los efectos negativos del azufre en los herreros.
- Plinio en los principios de nuestra era (siglo I d. C.) describe algunos elementos de protección personal, como máscaras hechas con vejigas de animales, que se utilizaban para evitar la inhalación de polvos de *minium* (plomo rojo), siendo éste el primer esbozo de una medida de prevención de riesgos de trabajo que registra la historia de la salud en el trabajo.
- Durante el período de esplendor de los musulmanes destacan las aportaciones hechas por dos médicos; Avicena (980-1037) que relaciona los cólicos saturninos con el empleo de pinturas que contienen sales de plomo, y Averroes (1126-1198) que escribe en su obra múltiples interacciones sobre los aspectos físicos y la salud (Santos, 2014).
- A lo largo de la Edad Media aparecen las órdenes militares de Enfermería, éstas se construyeron en grandes recintos hospitalarios donde los caballeros cuidaban a los enfermos, cuando éstos no estaban en la batalla,

ayudaban a cuidar enfermos y atendían a viajeros. A su vez, se formaron importantes órdenes de carácter religioso denominadas *Hospitalarios*. Algunas de éstas eran: los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Caballeros Teutónicos o los Caballeros de San Lázaro (Santos, 2014).

- En 1473 un médico alemán llamado Ulrich Ellembog elaboró un breve folleto de ocho páginas donde se describían los síntomas de envenenamiento por plomo y mercurio de los mineros (Restrepo, 2005).
- En 1517, durante el reinado de Felipe II, se crea el Hospital de Laborantes en San Lorenzo de El Escorial (Madrid). Ésta será la primera institución en toda Europa dedicada a la atención especializada por accidente de trabajo (Santos, 2014).
- En el siglo XVI, el alquimista Georgius Agricola (1494-1555) hace referencia en su obra *De Res Metallica* a la elevada tasa de fallecimientos de los mineros de Sajonia por enfermedades respiratorias (Cahall, 1981).
- A finales del siglo XVII aparece un estudio sistemático de las enfermedades de origen profesional, su autor fue el médico italiano Bernardino Ramazzini, el cual es considerado como padre de la Medicina del Trabajo. La obra de Ramazzini titulada *De Morbis Artificum Diatriba* es considerada como el primer tratado en enfermedades profesionales.
- Los trabajos de Florence Nightingale en Crimea como enfermera militar y sus enseñanzas sobre la promoción de la salud son, sin duda, un referente para la Enfermería del Trabajo.

El reconocimiento de la Enfermería Laboral institucionalizada se relaciona con la evolución temporal de la propia Revolución Industrial que comienza en el Reino Unido a mediados del siglo XVIII y después se extiende a otros países (Harrison, 2005). No es hasta el siglo XIX cuando aparecen registros escritos de actividad enfermera relacionada con el trabajo. Los primeros textos que hacen referencia a una Enfermería Laboral institucionalizada provienen del ámbito anglosajón (Santos, 2014). En 1833 la Cámara de los Comunes inglesa aprueba la Ley de Fábricas cuya función principal era regular el trabajo de los menores estableciendo un límite de horas de trabajo diarias. En esta norma también se

encuentran las primeras pautas legislativas de seguridad y salud para los trabajadores (Harrison, 2005).

La primera evidencia registrada de una enfermera contratada por una empresa fue en 1878 en Inglaterra, cuando Philippa Flowerday fue contratada por la compañía de mostaza *Colmen* para visitar en sus propios hogares a los empleados enfermos, y para ayudar al médico en el dispensario. En EEUU, la primera enfermera laboral fue Ada Mayo Stewart, que comenzó a trabajar en 1895 en la empresa extractiva *Marble Company Vermont*, allí realizaba visitas domiciliarias a los empleados enfermos y heridos. El propietario de la compañía de mármol de Vermont, Redfield Proctor, aparte de empresario y político -llegó a ser gobernador del Estado-, fue un humanista implicado y sensibilizado con la salud de sus trabajadores. Esto supuso un buen acicate para el desarrollo de la Salud Laboral.

Si bien el desarrollo profesional de la Enfermería Laboral había comenzado en Inglaterra, de la misma manera que había ocurrido con la Revolución Industrial, a principios del siglo XX eran los EEUU quienes comenzaron a emplear de manera cada vez más importante a las primeras enfermeras industriales (Parker-Konrad, 1988). Las empresas estadounidenses que comenzaron a contratar enfermeras fueron:

- En 1900, los grandes almacenes *The Emporium* de San Francisco ya contaban con una enfermera en su plantilla.
- En 1901 la empresa manufacturera de cables y cuerdas *The Plymouth Cordage Co.* en Massachusetts y la *Anaconda Mining Company*, empresa dedicada a la industria extractiva de plata en Montana.
- En 1902 la cadena de tiendas *The Broadway Store* en Los Ángeles y la metalúrgica *The Chase Metal Works* en Connecticut.
- En 1903 los grandes almacenes *The Hale Bros.* en San Francisco.
- En 1904 los grandes almacenes *Filene's* en Boston y *Carson Scott* en Chicago.
- En 1905 la industria de plásticos y bolsas *Fulton Cotton Mills* en Georgia.
- En 1906 los grandes almacenes *Bullock's* en Los Angeles.

Fue en 1914, al inicio de la Primera Guerra Mundial, cuando el número de

empresas estadounidenses que contaban con una enfermera en plantilla ascendía a 60. Si bien, cuatro años más tarde, al finalizar la contienda internacional había empleadas, sólo en EEUU, 1213 enfermeras en 871 empresas. El número de enfermeras industriales se mantuvo estable hasta el inicio de la segunda Guerra Mundial donde volvió a aumentar, en 1943 había 12838 registradas. Con el advenimiento de la segunda Guerra Mundial, la industria creció y, por consiguiente, la demanda de enfermeras industriales también.

El desarrollo legislativo, la propagación de enfermedades transmisibles y las dos Guerras Mundiales dieron lugar a una rápida proliferación de la Salud Laboral y de la especialización enfermera. Si bien, en las primeras décadas del siglo XX las funciones de las enfermeras industriales se limitaban a la atención de emergencias y al tratamiento de lesiones relacionadas con el trabajo.

En 1942 se creó con 300 miembros la Asociación Americana de Enfermeras Industriales (RAIS). La RAIS se reconocía como la asociación profesional para las enfermeras industriales cuya finalidad era mejorar la práctica de la Enfermería, la educación, la colaboración multidisciplinar y actuar como portavoz de las enfermeras industriales. En 1977 la RAIS cambió su nombre por el de Asociación Americana de Enfermería del Trabajo (AAOHN). Otras organizaciones de carácter multidisciplinar también reconocieron la labor de la enfermera industrial. Éste es el caso de la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (CIMT), ésta es una sociedad internacional fundada en 1906 en la ciudad italiana de Milán por un grupo de médicos europeos con experiencia en Salud Laboral. En 1948, tras la segunda Guerra Mundial, tuvo lugar en Londres el primer Congreso de la CIMT. En este conclave las enfermeras industriales gozaron de reconocimiento oficial dentro de la organización pudiendo celebrar sesiones específicas para la Enfermería. Sin embargo, no fue hasta el Congreso de 1966, en Viena, donde la Comisión acordó establecer un subcomité de Enfermería para establecer la contribución de las enfermeras en la Salud Laboral. Dicho subcomité se reunió por primera vez entre el 21 y el 26 de octubre de 1968 en Londres, su objetivo consistió en buscar información sobre la formación y experiencia propias de las enfermeras especializadas por todo el mundo. Al año siguiente vio la luz el primer informe publicado por el subcomité que se convirtió en un referente internacional. En 1972, los miembros del subcomité volvieron a reunirse, esta vez

para elaborar un segundo informe sobre la educación de la enfermera, este trabajo también tuvo repercusión internacional, siendo concebido como un punto de partida para el desarrollo de cursos para las enfermeras especialistas (Randolph, 2012).

El objetivo general del subcomité de Enfermería Laboral es fomentar el progreso científico, el conocimiento, y el desarrollo de la Enfermería en Salud Ocupacional a nivel internacional. A lo largo de casi su medio siglo de historia el subcomité ha publicado diez importantes documentos:

- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores en 1969.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *Educación de la Enfermera* en 1973.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *La salud y seguridad de las mujeres trabajadoras* en 1981.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *Evaluación y control del medio ambiente de trabajo* en 1983.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *Enfermería del trabajo en 1980* publicada en 1984.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *Nuevas tecnologías y su influencia en la salud en el trabajo* en 1987.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *Perspectivas internacionales en la salud ocupacional* en 1988.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *Enfermería del trabajo - una parte integral de la Atención Primaria* en 1990.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *Educación y formación de las Enfermeras de salud ocupacional* en 1996.
- La contribución de la Enfermería a la salud de los trabajadores: *Enfermería del trabajo en el 2000; Una perspectiva internacional* publicada en 2005.

En los años 70, la educación y la práctica de la Enfermería se encontraba en una etapa de transición, la Ley americana de salud de 1970 y la creación del Instituto Nacional de Seguridad Ocupacional (NIOSH) apuntalaban dicha transición.

Bonnie Rogers (1988) sienta las bases para la evolución profesional de la disciplina en su artículo *Perspectivas de la Enfermería del Trabajo*, para dicha evolución, la Enfermería Laboral debe ser abanderada de las siguientes funciones:

- Identificación activa de sustancias potencialmente peligrosas mediante pruebas de cribado y medidas toxicológicas.
- Identificación de riesgos laborales y la población sujeta a dicho riesgos.
- Determinación de métodos epidemiológicos para investigar correlaciones causales.
- Determinación de indicadores y patrones de conductas abusivas.
- Diseño de intervenciones para la salud.
- Diseño y promoción de entornos de trabajo saludables.
- Control y seguimiento de los riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores.
- Información continua y educación para la salud en relación con la salud y seguridad de los trabajadores.

2.4.2.- Marco español.

Se puede establecer el origen de la Salud Laboral con el comienzo de la industrialización, a principios del siglo XIX. La industria española de la época se caracterizaba por la explotación y las malas condiciones de trabajo: hacinamiento, insalubridad, jornadas de larga duración, trabajos duros, desplazamientos largos y sueldos bajos. Todo ello provocó un aumento de las cifras de morbilidad y mortalidad. Esta situación favorece la agrupación de trabajadores, surgiendo así las primeras agrupaciones sindicales. La primera fue en 1840, el sindicato de tejedores del algodón español. Más tarde, en 1888, se crea la Unión General de Trabajadores (UGT), y en 1910 nace la Confederación Nacional del Trabajo (CNT). Estas organizaciones se crearon con el fin de movilizar a los trabajadores para reivindicar mejoras en las condiciones de trabajo, reducción de jornada, subida de sueldos, etc.

La Salud Laboral se institucionalizó en España entre finales del Siglo XIX y principios del XX, mediante la creación de la Comisión de Reformas Sociales en

1887 que promulgó algunas importantes normativas como la relativa a industrias peligrosas, el trabajo de mujeres y niños, el descanso dominical y la regulación de la jornada laboral. En este sentido, la primera legislación de protección en el trabajo para mujeres y niños se publicó en 1873 (Robles, 2014).

La España del siglo XIX destaca por ser una época oscura para el conocimiento científico y en la que encontramos una estructura sanitaria prácticamente inexistente. El farmacéutico, el veterinario y el médico son profesionales sanitarios claves al hablar de la sanidad española de ese siglo, el resto de profesiones sanitarias quedan relegadas a un segundo plano y su desarrollo profesional será posterior (Moreno, 2014).

La publicación en 1900 de la Ley de Accidentes de Trabajo introdujo la responsabilidad del riesgo profesional y los accidentes de trabajo a los empresarios, éstos debían hacerse cargo de los gastos médicos, farmacéuticos, así como de una indemnización conforme al daño producido. A raíz de esta ley, los patronos comienzan a contratar pólizas y a agruparse entre ellos, surgiendo lo que hoy conocemos como Mutuas de Trabajo y Enfermedad Profesional. La norma de 1900 se complementó tres años más tarde con el Reglamento de Incapacidades que establecía la cuantía de las indemnizaciones que los trabajadores que habían sufrido algún accidente de trabajo debían percibir.

Como complemento a estas normas se publica en 1906 el Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que marca la creación de un cuerpo técnico de inspectores de trabajo cuya función es la vigilancia y cumplimiento de la normativa.

Durante las primeras décadas del siglo XX se siguen poniendo en marcha nuevas medidas enfocadas hacia la protección del trabajador como: el seguro de accidentes de trabajo, el retiro obrero obligatorio, el seguro obligatorio de maternidad o la Ley de Enfermedades Profesionales.

Desde 1923 se comenzó a formar específicamente a los médicos a través de un curso de posgrado de Medicina Laboral. En 1924 el médico madrileño Antonio Oller Martínez crea el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo y pone en marcha el primer curso médico específico sobre accidentes de trabajo en España que se celebraría en 1928 (Bartolomé, 1988). Los enfermeros deberán esperar hasta 1959 para poder optar a formación específica.

La Ley de Accidentes de 1922 y el Reglamento que la desarrolló establecían la obligación de crear servicios sanitarios en las empresas que estuvieran expuestas a grandes riesgos. Esta ley también creó el Instituto de Rehabilitación Profesional cuya tarea era procurar atención a víctimas de accidentes de trabajo. Posteriormente, la Ley de accidentes de 1932, cambió la orientación de la atención, poniendo el acento más en la prevención primaria de accidentes que en su tratamiento (Moreno, 2014).

En 1934 se crea la sección de inspección de Medicina del Trabajo, dependiente de la Dirección General de Sanidad. A este organismo se le asigna la función de “prevención y evitación en los obreros de todo trastorno patológico que pudiera derivarse del ejercicio de su profesión”. En 1936 se aprueba la primera Ley de Enfermedades Profesionales que contemplaba el reconocimiento de 22 patologías cuyo origen era laboral (Robles, 2014). La importancia de dicha norma no radica en el número de enfermedades reconocidas como profesionales, que es relativamente bajo, sino en la orientación del texto. Dicha regulación reconoce la responsabilidad del empresario en el desarrollo de estas enfermedades (Carmona, 1989).

Con la Guerra Civil, la institucionalización de la Salud Laboral se vio pospuesta en un principio, pero el interés de algunos hizo que siguiera avanzando (Cano, 2004). En esta nueva etapa cambia su orientación, la tendencia que predomina es limitar la Medicina Laboral a aspectos puramente asistenciales. En este sentido se crea en 1944 el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo (INMSHT), que se divide en dos grandes departamentos, por un lado el de Seguridad Profesional e Industrial y, por otro, el de Medicina del Trabajo.

En 1956 se refunda la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo que había sido fundada en 1935 como Sociedad Española de Medicina del Trabajo. Este mismo año se crearon los Servicios Médicos de Empresa. Poco más adelante, en 1959 se crea la Organización de Servicios Médicos de Empresa (OSME)⁸. La Orden, de 21 de noviembre de 1959, establece que “la condición de

⁸ Orden de 21 de noviembre de 1959, del Ministerio de Trabajo por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa.

médico de empresa, de ayudante técnico sanitario de empresa y de enfermera de empresa se reconocerá a los profesionales facultativos o auxiliares en posesión del correspondiente diploma de aptitud expedido por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo". La formación necesaria para trabajar era el título de ATS (Ayudantes Técnicos Sanitarios) de empresa que era una diplomatura específica, creada por el mismo Decreto e impartida por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (Robles, 2014).

Un año más tarde, en 1960, ve la luz el Decreto de la profesión enfermera⁹, en el que se podía ver claramente que la función de la Enfermería estaba totalmente subordinada al médico. Esta norma establece que la Enfermería desarrolla un trabajo subordinado a las órdenes médicas, sin autonomía en sus funciones y tareas. Dicho Decreto establece en su primer artículo que:

"Los ayudantes técnicos sanitarios, así como los auxiliares sanitarios, son títulos de Practicante, Matrona o Enfermera. Podrán ejercer sus funciones tanto en centros oficiales, instituciones sanitarias, sanatorios y clínicas públicas o privadas como en el trabajo profesional libre, siempre que su actuación se realicen bajo la dirección o indicación de un médico y que estén inscritos en los respectivos Colegios Profesionales".

Es su segundo artículo el Decreto de 1960 determinada que:

"Los Ayudantes Técnicos Sanitarios serán habilitados para realizar las siguientes funciones: auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades. Prestar asistencia inmediata en casos urgentes, hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habrán de llamar perentoriamente".

Es lógico pensar, al igual que los enfermeros generalistas, los primeros ATS de empresa de los años sesenta realizaban sus funciones de manera subordinada al médico (Moya, 2008).

⁹ Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras.

El Instituto Nacional de Seguridad Higiene en el Trabajo público en 1969 un documento específico sobre las funciones de los ATS de empresa. En dicho trabajo ya se fija la necesidad de dotar a los servicios médicos con un médico de empresa y un ATS de empresa. Se determina que esta unidad es indivisible, y se establecen las funciones propias de cada profesional. Según señala este documento al ATS corresponde "lo fácil, lo simple y lo objetivo", y añade que "todo lo que en el ATS de empresa pueda hacer, no debe hacerlo el médico". En cuanto a la investigación se establece que "es patrimonio del médico de empresa".

Según esta norma de 1969, las funciones del ATS de empresa, que se realizarán siempre bajo la estricta supervisión y control del Médico de Empresa, se agrupan en cinco categorías (Robles, 2014):

- Funciones de carácter médico,
- Funciones de carácter fisiológico,
- Funciones de carácter psicológico,
- Funciones sanitarias, y
- Funciones de carácter formativo.

En 1971 cambia el enfoque de la Salud Laboral, a raíz de cambios sociales y el aumento de la siniestralidad laboral, dicho enfoque se reconduce hacia aspectos preventivos. Con ello comienza una remodelación de estructuras que desemboca en la situación actual, que viene marcada por la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 y el Reglamento de los Servicios de Prevención de 1997. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales unificó toda la legislación en materia de prevención de riesgos en el trabajo, siguiendo los preceptos de la Directiva Europea 89/391/CEE. A su vez reorganizó los servicios médicos de empresa, que pasaron a denominarse servicios de prevención. El Reglamento de los Servicios de Prevención reconoce las disposiciones mínimas de seguridad y salud, define las especialidades preventivas en Salud Laboral y establece que el equipo de prevención de riesgos laborales debe contar con una Unidad Básica de Salud (UBS), constituida por un médico de empresa y por un enfermero de empresa. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha supuesto un antes y un después en el cambio conceptual de la Salud Laboral. En su artículo 22 se establece el protocolo de vigilancia de la salud específica, a través de los reconocimientos médicos periódicos. Según la Ley

de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 y el Reglamento de los Servicios de Prevención de 1997, que desarrolla dicha ley, se establece que los reconocimientos médicos han de estar enfocados hacia la prevención de riesgos laborales, debiendo estar adaptados a los riesgos presentes para cada tipo de trabajo. Hasta el momento los reconocimientos periódicos no eran selectivos, y se practicaban de manera universal y rígida, sin tener en cuenta los riesgos específicos presentes en cada puesto de trabajo.

El título de ATS de empresa creado en 1959 se impartió durante casi cincuenta años, hasta que en 2005 se promulgó el Real Decreto 450/2005, de especialidades de Enfermería, que reconoció a la especialidad de Enfermería del Trabajo y estableció una formación de dos años, así como unas pasarelas para los antiguos ATS de empresa. Esta norma regula en la actualidad los estudios de Enfermería del Trabajo mediante la superación de una formación de Enfermero Interno Resiente (EIR). Por otra parte, la Disposición Transitoria Segunda de dicho Real Decreto se establecía el acceso excepcional al título de Enfermería del Trabajo a través de dos supuestos:

- Reconocimiento directo del título: para aquellos enfermeros que se encuentren en posesión del Diploma de ATS/DUE de empresa y que posean una experiencia profesional de al menos cuatro años en dicho ámbito.
- Reconocimiento del título mediante la superación de una prueba de evaluación de la competencia¹⁰: para aquellos profesionales que, encontrándose en posesión del título de ATS de empresa (o formación equivalente en prevención de riesgos laborales) tengan una experiencia laboral relacionada de entre dos y cuatro años.

Por otra parte, en la primera década del siglo XXI, conforme a la normativa de adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, se establecen tres niveles universitarios (como señala el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, y que será complementado por reales decretos posteriores): el Grado, el Máster y el Doctorado. De manera que la antigua diplomatura en Enfermería pasa a

¹⁰ El Ministerio de Sanidad celebró dicha prueba en la primavera de 2011.

convertirse en grado en Enfermería, a su vez surgen nuevos programas de postgrado que incluyen Máster y Doctorado, que facilitan el acceso a las más altas cotas de formación e investigación para la Enfermería. Estas nuevas titulaciones universitarias permiten al profesional dotarse de una serie de competencias transversales y específicas que aumentan la independencia profesional de la Enfermería y que nos alejan de aquellas legislaciones del siglo XX, en la que se consideraba a los enfermeros como personal al servicio médico.

El objetivo de estas titulaciones es múltiple (Moya, 2008):

- Discutir las bases históricas, teóricas y filosóficas de la ciencia de Enfermería.
- Diseñar y ejecutar la planificación, actuaciones y evaluación en el campo de los cuidados de Enfermería contemplando diferentes demandas de salud según problemas, edad y contexto social.
- Capacitar al alumno de máster para gestionar los recursos a su alcance en cualquier empresa sociosanitaria y en cualquier nivel de organigrama.
- Capacitar a los estudiantes que acceden al programa para aplicar los métodos y técnicas necesarias para el ejercicio de la docencia de pregrado y posgrado.
- Promover el desarrollo de líneas de investigación orientadas al ejercicio profesional y que sirva como punto de partida para la realización de la tesis doctoral.

2.5.- COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), y el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) que lo desarrolla, encuadran las actuaciones de la Enfermería del Trabajo en su actividad profesional. Tanto la Ley como el Reglamento conciben a la prevención y la protección de la salud del trabajador desde una mentalidad proactiva (Calderó, 2006). La prevención de riesgos laborales es la resultante de una acción integrada a partir de distintas disciplinas: Seguridad, Higiene Industrial, Medicina del Trabajo, Enfermería del Trabajo, Ergonomía y Psicología aplicada (González, 2010).

Como paso previo a la descripción de las competencias profesionales del Enfermero del trabajo conviene definir los criterios de competencia, funciones y actividades. Según Calderó (2006) estas definiciones son:

Competencias: Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que un profesional desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias. Esta definición se estructura en tres grandes dimensiones: conceptuales o pensamiento crítico (conocimientos, toma de decisiones, etc.), interpersonales (actitud y valores) y técnicas (destreza y habilidades).

Funciones: Son el conjunto de actividades que realiza la enfermería del trabajo formando parte de un equipo multidisciplinar, colaborando con el resto del equipo para evitar o disminuir los riesgos que afectan a la salud de los trabajadores cuyo origen sea por causa del trabajo. Para ello, dentro del equipo la enfermería desarrolla un conjunto de actividades que tienen como funciones principales: La vigilancia de la salud, la asistencia sanitaria, la prevención, la promoción de la salud, la gestión, y la formación.

Actividades: Son el conjunto de tareas que realiza la enfermería para la ejecución de una función en concreto, ya sea de vigilancia de la salud, asistencia sanitaria, prevención, promoción, gestión y formación.

González (2005) establece cinco ámbitos de actuación donde algunas son estrictamente sanitarias y otras se realizan conjuntamente y de forma coordinada con otros profesionales del servicio de prevención: vigilancia de la salud, asistencia sanitaria, aspectos relativos a la prevención y la promoción, formación continuada e investigación, y finalmente, gestión. Las actividades concretas y las tareas que González (2005) concreta pueden consultarse en el Anexo 1.

A su vez, en 2006, Calderó et al., agrupa las competencias de la enfermería del trabajo en siete áreas funcionales: Vigilancia de la salud, Asistencia sanitaria, Prevención de los riesgos para la salud, Promoción de la salud, Gestión y planificación, Formación y docencia, por último, Investigación. Las actividades concretas y las tareas que Calderó (2006) concreta pueden consultarse en el Anexo 2.

En 2009, en la Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo se establecieron las competencias profesionales que deben adquirir los enfermeros especialistas en enfermería del trabajo, agrupándose en cinco grandes áreas: Preventiva, asistencial, legal y pericial, de gestión y docente e investigadora. Estas competencias específicas reconocen un listado de capacidades que un enfermero del trabajo debe poseer una vez finalizada su formación:

- Área preventiva:
 - Incrementar el nivel de salud de la población trabajadora, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de riesgos derivados del trabajo, protección de la salud, y formación de los trabajadores.
 - Detectar precozmente los factores de riesgo derivados del trabajo, así como cualquier alteración que pueda presentarse en la población trabajadora tanto sanos como enfermos, llevando a cabo las actividades necesarias para el control y seguimiento de los mismos, profundizando en la población especialmente sensible.
 - Promover la participación activa del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos a los que están expuestos en su trabajo, fomentando la responsabilidad laboral en materia de salud y seguridad, promoviendo la participación de la población trabajadora en planes de emergencia.
 - Colaborar, participar, y en su caso dirigir las actividades de planificación y dirección relativas a la implantación de los planes de emergencia.
 - Realizar campañas de promoción de la salud y fomentar una cultura de salud en el ámbito de su competencia.
 - Asesorar a los órganos de dirección de las empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
 - Interactuar con los distintos agentes sociales: organizaciones sindicales y sociedades científicas para el desarrollo de más recursos

y nuevas iniciativas para la mejora de la salud y la seguridad de los trabajadores.

- Área asistencial:
 - Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales.
 - Proporcionar una atención integral a los trabajadores, ayudándoles en la recuperación de la salud y en la reincorporación al trabajo, ante todo tipo de proceso con especial incidencia en las alteraciones de origen laboral.
 - Manejar correctamente medicamentos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral, con el nivel de competencia fijado por la legislación vigente.
 - Proponer e incentivar la continuidad de los tratamientos y cuidados proporcionados a la población trabajadora, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, estableciendo los canales de comunicación adecuados, coordinado si es necesario con otros profesionales sanitarios.
 - Colaborar en el equipo multidisciplinar y en su caso, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud de los trabajadores para el desempeño de su trabajo, realizando los informes oportunos.
 - Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad.
 - Realizar los procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral.
- Área, legal y pericial:
 - Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno laboral para la salud humana, en particular en caso de las incapacidades.
 - Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las consecuencias que tiene la patología común que pudiera colisionar con la actividad laboral.

- Detectar y valorar en el ámbito competencial de la profesión enfermera, los estados de salud que sean susceptibles de cambio de puesto de trabajo.
- Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral.
- Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante las entidades y los organismos competentes.
- Área de gestión:
 - Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la enfermería del trabajo.
 - Gestionar cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar el coste/efectividad de los mismos.
 - Trabajar y colaborar activamente en el equipo multidisciplinar de los servicios de prevención ocupando su puesto de enfermero/a especialista.
 - Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos.
 - Coordinar sus actuaciones con el Sistema Nacional de Salud.
 - Gestionar un sistema de registro apropiado y accesible que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente.
- Área de docencia e investigación:
 - Realizar comunicaciones científicas y de divulgación.
 - Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, de forma individualizada o en grupos.
 - Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar continuamente la actividad profesional y con ello elevar la salud de la población trabajadora.
 - Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir los resultados de las intervenciones enfermeras.

Por su parte, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Real Decreto de los Servicios de Prevención establece que la evaluación de riesgos del entorno laboral corresponde a los Técnicos Superiores especialistas en Seguridad, Higiene y Ergonomía. Sin embargo, como hemos mencionado, forma parte de la competencia de la enfermera la colaboración en las actividades preventivas.

Los resultados obtenidos en la evaluación multidisciplinar del puesto de trabajo serán de gran utilidad y contribuirán a implementar un Proceso de Enfermería holístico. El enfermero del trabajo debe colaborar con el técnico de prevención de riesgos laborales en la realización de diversas actividades (Gómez Salgado, 2010):

- Participar en la evaluación de riesgos y planificación de la acción preventiva.
- Asesorar a la organización en materia de prevención de riesgos laborales.
- Realizar propuestas de medidas preventivas a los órganos de responsabilidad en materia de prevención. Obtener, registrar y analizar datos sobre la salud de los trabajadores y las condiciones de trabajo (consultas, asistencias de salud, etc.).
- Analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.
- Participar en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades profesionales.
- Verificar y controlar la implantación de medidas preventivas en relación a los factores de riesgo.
- Participar en programas formativos e informativos en materia de prevención.

- Participar y colaborar en la elaboración del plan de emergencias, especialmente en la organización de primeros auxilios y su implantación.
- Participar en el seguimiento y control de la actividad preventiva.
- Participar en la indicación de los equipos de protección individual, así como su adaptación individual a los trabajadores, la formación sobre su uso y mantenimiento, y la verificación de su uso correcto.
- Participar en la elaboración de la memoria de actividad del servicio de prevención.
- Trabajar de forma integrada en el equipo multidisciplinar de prevención de riesgos laborales.

Para poder realizar la evaluación de riesgos es necesario recabar toda la información posible sobre las actividades de propias del puesto de trabajo, dado que el análisis de los riesgos debe implicar una identificación de los peligros existentes en el medio laboral. Según Ruiz, Gómez y Malagón (2008) para identificar correctamente los peligros de un puesto de trabajo resulta útil responder a estas preguntas:

- ¿Existe una fuente o una situación con capacidad para producir un daño?
- ¿Quién o quiénes pueden resultar dañados?
- ¿Cómo o de qué manera se puede producir el daño?

Para responder a estas cuestiones debemos definir qué se entiende por factor de riesgo. Éste se considera como el elemento o conjunto de elementos que estando presentes en las condiciones de trabajo, pueden desencadenar una disminución del estado de salud del trabajador. Conforme a la etiología de los factores de riesgo, éstos se pueden agrupar en cinco categorías (Castejón, 2007):

- Condiciones de seguridad: que engloba a aquellas condiciones que pueden ocasionar accidentes de trabajo. Dentro de esta categoría se

encontraría la disposición de los lugares de trabajo, el riesgo eléctrico, el uso de maquinaria y equipos de trabajo, el riesgo de incendio, la manipulación y transporte de materiales.

- Medio ambiente físico de trabajo: está formado por todos aquellos factores medioambientales que pueden influir en la salud de los trabajadores, como por ejemplo, las condiciones termohigrométricas, el ruido, las vibraciones o las radiaciones.
- Contaminantes químicos y biológicos.
- Carga de trabajo: son aquellos factores relacionados con los problemas de adaptación y a los esfuerzos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador.
- Organización del trabajo. Los factores de riesgo organizativos se relacionan con la estructura y distribución del trabajo, así como con la propia cultura de la organización. Pueden acarrear consecuencias para la salud de tipo físico, pero fundamentalmente, de tipo psíquico y social.

Una vez reconocidos los peligros para los trabajadores, entendemos que el riesgo es la resultante de la combinación entre la frecuencia (de la materialización de un determinado peligro) y sus consecuencias para la salud o la seguridad.

2.6.- METODOLOGÍA ENFERMERA: INSTRUMENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA TEORÍA.

La metodología enfermera constituye el elemento diferenciador entre los cuidados naturales, que pueden ser desarrollados por cualquier persona en la atención de sus seres queridos, y los cuidados profesionales, cuya administración precisa de una serie de conocimientos y habilidades específicas que hacen que sea necesaria la intervención de un profesional sanitario en su desarrollo, en este caso el profesional de Enfermería (Arribas, 2013).

Para el desarrollo de sus funciones el personal de Enfermería necesita de un método de trabajo común, que sea conocido por todo el equipo, lo que permitirá una continuidad de las actividades a realizar, una comprensión del plan de actuación y una optimización de los recursos a utilizar. El método que utiliza la profesión enfermera se denomina Proceso de Enfermería y sigue los mismos pasos que el método científico (Benavent, Camaño & Cuesta, 1999).

2.6.1.- Proceso de Enfermería.

El ejercicio profesional de la enfermería requiere de un instrumento metodológico que le ayude a llevar a cabo el proceso de cuidar, de manera que ordene y cohesione las acciones que dicho proceso comporta, a la vez que permita dejar constancia de las acciones realizadas, posibilite su evaluación y facilite alcanzar el fin perseguido. La aplicación del método científico es una práctica común en todas las disciplinas, como ya se ha indicado, la aplicación del método científico al proceso de cuidar en enfermería ha originado lo que conocemos como Proceso Enfermero (Benavent, Ferrer & Francisco, 2009).

La primera referencia que se tiene sobre el proceso fue de 1955, cuando Lydia Hall pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria, llegando a la conclusión de que la asistencia enfermera es un proceso que se da en fases diferenciadas (Carlson, MacGuirre & Craft, 1985). En la década de 1960 el proceso de Enfermería estaba compuesto por cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Más adelante se hizo visible la necesidad de agrupar e interpretar los datos obtenidos mediante la valoración, dando lugar a la quinta fase: el diagnóstico (Lunney, 2009).

Según Alfaro (2007) el Proceso Enfermero se define como un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Y consta de cinco etapas (Arribas, 2013):

- Valoración: constituye la primera de las fases establecidas en el proceso de la metodología enfermera y que siempre debe realizarse en la atención de los cuidados. Tiene como finalidad la obtención de la información sanitaria que le permita al profesional emitir un juicio clínico general sobre la efectividad de los cuidados basado en el

análisis de la misma. Esta fase permite determinar la necesidad de continuar con el proceso con el establecimiento de un plan de actuación profesional de cuidados dependiendo del resultado obtenido.

- Diagnóstico: al que se llega mediante el análisis y la interpretación de los datos. Constituye la segunda de las fases en el orden establecido para el desarrollo del proceso, por lo que sólo puede ser abordada una vez finalizada la fase de valoración, y siempre en consonancia con los resultados obtenidos en la misma.
- En esta fase el profesional debe delimitar de manera específica el problema o situación de cuidados existente mediante la emisión de un juicio clínico concreto a través de los diagnósticos de enfermería.
- Los diagnósticos de enfermería definen cuadros clínicos completos con entidad propia que han sido definidos a través del estudio y la investigación y que sirven de ayuda para predecir la evolución del proceso, su gravedad y la forma de realizar su abordaje de la manera más eficiente. Además, la utilización de los diagnósticos de enfermería establecidos en la clínica permite aportar información fundamental para su retroalimentación, lo que permite mejorar su conocimiento y actualizar las posibles evoluciones que pudieran aparecer.
- Planificación: es la respuesta del profesional para poder satisfacer las necesidades de la persona. Constituye el tercer paso dentro del proceso de la metodología enfermera, por lo que no puede abordarse sin haber completado las dos anteriores. En esta fase, y una vez delimitado el problema y conocidas sus características clínicas, se fijan las metas de salud a conseguir con la aplicación de las medidas de cuidados profesionales, intervenciones enfermeras; así como el nivel de consecución deseable en función de la realidad y las posibilidades existente.
- Ejecución: es la cuarta fase del proceso general de la metodología enfermera, cuyo abordaje se realiza una vez planificados los resultados e intervenciones del plan de cuidados. En esta fase se realizan las actuaciones terapéuticas más efectivas para la

consecución de las metas establecidas. Se trata de la fase de acción del proceso, donde el profesional de enfermería selecciona y ejecuta las medidas terapéuticas necesarias para controlar, mejorar o resolver la situación de salud definida. Estas medidas terapéuticas se denominan intervenciones de enfermería y constituyen el tratamiento de enfermería. La ejecución de una intervención de enfermería supone la realización de una serie de acciones terapéuticas concretas y específicas denominadas actividades de enfermería.

- Evaluación: es la quinta y última fase del proceso, realmente es una fase que se desarrolla de manera continuada a lo largo de todas las fases del mismo, por lo que tiene una relación directa con todas ellas. Consiste en la apreciación de los resultados obtenidos y actualización de todo el proceso.

Benavent (1999) establece los atributos o características principales que posee el proceso enfermero:

- Es sistemático, de manera que no deja nada al azar.
- Es dinámico, permanece en continuo cambio.
- Es interactivo, permite la colaboración constante entre la enfermera y el paciente.
- Es flexible, se adapta a cualquier circunstancia de cuidados.
- Requiere un modelo conceptual que le dé sentido.
- Se orienta a unos objetivos claros y precisos.
- Es un elemento esencial para la historia de salud de los sujetos objeto de cuidados.

2.6.2.- Valoración de Enfermería a partir del prisma teórico.

La valoración constituye la fase de la metodología enfermera que sirve de soporte para el desarrollo del resto de fases del proceso. Como hemos visto, constituye la primera de las fases definidas en el proceso de cuidados y sobre la que se apoya el resto de decisiones y actuaciones que se deben adoptar a lo largo del mismo. Esto hace que la valoración constituya la piedra angular sobre la que

se asienta la metodología enfermera. Según Arribas (2013) la valoración no constituye una acción aislada de recabar información, como en ocasiones suele entenderse erróneamente, sino una actuación coordinada de diversos pasos que definen un proceso de calidad y garantía que tiene como objeto el de conocer la efectividad de los cuidados existentes en un momento determinado y su repercusión en el estado de salud.

Benavent, Camaño y Cuesta (1999) define la valoración de enfermería como un método sistemático de recogida de datos que consiste en la apreciación del sujeto con el fin de identificar las respuestas que manifiesta con las diversas circunstancias que le afectan. De manera que, una valoración es una valoración enfermera si contiene los datos necesarios para realizar los cuidados enfermeros. Los datos de la valoración que se obtienen para la revisión de sistemas biológicos, útiles para el diagnóstico médico, son insuficientes para recoger la información necesaria para formular diagnósticos enfermeros (Lunney, 2009).

El registro de los datos y el tipo de datos obtenidos permiten encuadrar la individualidad y globalidad del sujeto. Por tanto, la recogida de datos deberá ser completa y atenta a todos los focos de atención que presentan los individuos desde la perspectiva de la enfermera. Según (Benavent, 2009) los datos que recogemos deben contener las siguientes características:

- Completos: Contemplando todos los focos de atención que presentan los individuos para los profesionales de la enfermería.
- Contrastados: Los datos se contraponen a los de otras fuentes.
- Registrados: mediante el uso de instrumentos adecuados para cada caso concreto.
- Sistematizados: De manera que no se pierda la perspectiva del sujeto y permitan recuperar la información de una manera fácil y rápida.
- Actuales: Debiendo estar revisados y verificados de manera continua.
- Comprensibles: estos datos se deben expresar en un lenguaje que sea comprensible para todos los miembros del equipo, para garantizar así la comunicación y posibilitar la investigación a partir de los mismos.

Para llevar a cabo una adecuada búsqueda de datos objetivos y subjetivos, la enfermera debe llevar a cabo una valoración a partir de tres tipos de técnicas

(Arribas, 2013):

- La observación: implica la utilización de los sentidos para la obtención de información, tanto del paciente y del entorno, como de cualquier otra fuente significativa. La observación es una cualidad consciente y deliberada que la enfermera debe desarrollar siempre en la recogida de datos. Se trata de una habilidad que se tiene que desarrollar, que precisa de conocimientos y práctica y está presente a lo largo de todo el proceso. Constituye un método de recogida de datos de gran valor para poder identificar comportamientos que el sujeto no se reconoce a sí mismo, además de ayudar a contrastar las informaciones obtenidas por otros métodos.
- La exploración física: nos aporta gran cantidad de datos mediante el uso de diversas técnicas de exploración: inspección, palpación, percusión y auscultación.
- La entrevista: es una técnica indispensable en la valoración que nos permitirá recoger datos subjetivos de la persona relativos a sus problemas de salud, actitud y motivación. Kozier (1999) define la entrevista como la comunicación planeada o una conversación con una finalidad. Es importante incidir en esta definición del concepto de la entrevista para evitar que ésta se convierta en un mero interrogatorio rutinario sin más objetivo que obtener el máximo de respuestas posibles de un cuestionario.

Mediante la entrevista, es posible obtener y completar información que con la observación sería imposible conseguir. Ésta nos permite conocer de forma directa la percepción que tiene la persona de su situación de salud y constituye un instrumento valioso para poder iniciar la relación de ayuda terapéutica, dado que facilita la comunicación y la interacción entre ambos.

Las fuentes de información se pueden clasificar como primarias y secundarias. Son primarias cuando se recogen de manera directa del cliente y los datos clínicos de la historia, los resultados de pruebas diagnósticas, etc., y secundarias si se recogen a partir de otros profesionales o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el cliente, así como de su familia y seres queridos (Griffith & Christensen, 1986).

Dado el carácter ordenado y sistemático que impera durante toda la

valoración, la recogida de datos con la que da comienzo debe ser llevada a cabo con un documento concreto u hoja de registro específico que facilite la tarea. La recogida de datos va a depender de dos variables fundamentalmente (Benavent, 1999):

- La persona que ha de recibir la atención de Enfermería, entendida como individuo, familia y comunidad, y su nivel de salud.
- El modelo o teoría según la cual trabaje la enfermera que lleve a cabo la atención, dado que estos paradigmas determinarán el tipo de información que será recogida.

Para realizar satisfactoriamente dicha valoración es necesario llevar a cabo una recogida de datos que contemple la utilización de un modelo de cuidados que permita concretar qué información se necesita saber del sujeto y ayudar a mantener el objetivo a lo largo de todo el proceso (Benavent, 1999).

En caso de utilizar el modelo de Henderson, la recogida de datos tendrá como base las 14 necesidades básicas enunciadas en su modelo (Fernández Ferrín, 1993), dado que lo que se quiere saber es:

- Cuál es el nivel de satisfacción de estas necesidades, en base a las manifestaciones de independencia y dependencia de la persona.
- Dónde radica la dificultad, (en su voluntad, conocimiento o fuerza), que impide alcanzar la satisfacción de las necesidades por parte del individuo.
- En qué necesita ayuda.
- Cómo puede ayudarlo la enfermera.

Si se toma como paradigma el de Orem, la recogida de datos se realizará en torno a los denominados requisitos de autocuidados universales, de desarrollo o de desviaciones de salud. Por tanto, el objetivo en este caso será identificar:

- La habilidad del sujeto para el autocuidado.
- La existencia de un déficit de autocuidado.
- Los requerimientos de autocuidados que precisa.
- El sistema de enfermería que se empleará en la atención al paciente: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, y apoyo-educativo.

Si utilizamos el modelo de Rogers, la recogida de datos estará orientada a:

- Reconocer la organización de los campos de energía del sujeto.
- La interacción entre los campos para la identificación del estado de salud del sujeto.
- La capacidad de la enfermera para controlar, y a su vez favorecer, estas interacciones con la meta de conseguir el mayor nivel de bienestar para el sujeto.

Asimismo, si atendemos al modelo Transcultural de Enfermería de Leininger para llevar a cabo la recogida de datos debemos contemplar la inclusión de las creencias de salud o enfermedad, los valores y las prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud (Spector, 2003).

Con independencia del marco que se utilice para la valoración, éstos deben ser suficientemente amplios para contener datos que guíen los cuidados enfermeros para la promoción, prevención (primaria, secundaria y terciaria) y recuperación de la salud.

En la búsqueda de una integración metodológica, en la década de 1970, Marjory Gordon elaboró un sistema de recogida de datos basado en 11 Patrones Funcionales de Salud, su uso se ha extendido por todo el mundo, y es utilizado de manera mayoritaria para llevar a cabo la valoración previa a la formulación de Diagnósticos de Enfermería (Carpenito, 2003; Lunney, 2009; Flanagan & Jones, 2009; Boldt, 2010). Si bien es necesario reconocer que no se da una correlación exacta entre los patrones funcionales de salud de Gordon y los dominios propuestos en la nomenclatura diagnóstica enfermera NANDA-I, así como con la clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) o con la nomenclatura de resultados (NOC) (Boldt, 2010).

Las ventajas de uso de estos patrones son las siguientes (Edelman, 2013):

- Facilita la elaboración de un lenguaje enfermero a través de la recopilación, organización, presentación y análisis de datos.
- Permite gran flexibilidad para adaptar su contenido a diversas personas y situaciones.
- Se adapta a diversos ámbitos (hogar, clínica, trabajo) para la evaluación de las personas (adultos / niños), las familias y las comunidades.
- Incorpora datos de las ciencias médicas, al tiempo que mantiene el

foco en el conocimiento y la práctica de enfermería.

Cada patrón es una expresión de integración biopsicosocial, por lo que no se puede comprender ningún patrón sin la comprensión de los demás. Los patrones funcionales se encuentran influidos por factores biológicos, evolutivos, culturales, sociales y espirituales. Estos 11 patrones son:

- Patrón 1. Percepción-manejo de la salud: Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar. También incluye el control del riesgo para la salud del individuo y la conducta general de atención sanitaria, como el uso de prácticas seguras y el cumplimiento de las actividades de fomento de la salud mental y física, las prescripciones médicas o de enfermería, y las revisiones.
- Patrón 2. Nutricional-Metabólico: Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores de aporte de nutrientes.
- Patrón 3. Eliminación: Describe los patrones de la función excretora (intestino, vejiga y piel).
- Patrón 4. Actividad-Ejercicio: Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y distracciones. Resulta un patrón fundamental para valorar la función relacional.
- Patrón 5. Sueño-Descanso: Analiza los patrones de sueño, descanso y relajación.
- Patrón 6. Cognitivo-Perceptual: Describe el patrón sensitivo perceptual y cognitivo, éste también es un patrón básico de valoración relacional.
- Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto: Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones del yo, por ejemplo, su imagen corporal, bienestar corporal, sensibilidad, etc.
- Patrón 8. Rol-Relaciones: Describe el patrón de rol-compromisos y relaciones.
- Patrón 9. Sexualidad-Reproducción: Incluye la vivencia del individuo de su sexualidad, si es satisfactoria o no, y su patrón reproductivo.
- Patrón 10. Adaptación-Tolerancia: Describe el patrón general de afrontamiento y la efectividad del mismo en términos de tolerancia al estrés.
- Patrón 11. Valores-Creencias: Analiza los valores y creencias que orientan las decisiones. Incluye los aspectos que el individuo percibe como

importantes en su vida, la calidad de vida y cualquier conflicto subjetivo en valores, creencias, su espiritualidad o expectativas de tipo sanitario, entre otras.

Una vez que la enfermera ha recogido datos en la fase de valoración procede al análisis y a la síntesis de la información obtenida, se encontrará con la necesidad de expresar cuál es la conclusión a la que ha llegado después del proceso de valoración. Esa expresión, mediante la cual la enfermera emite un juicio sobre la situación que identifica en el sujeto, se conoce como Diagnóstico Enfermero.

El diagnóstico enfermero es la descripción de la respuesta que dan el individuo, el grupo o la comunidad ante cualquier circunstancia vital. Esta respuesta es única y está ligada a cada persona. Esto implica ver a la persona como un ser humano integral y, por tanto, tener en cuenta el aspecto físico, psíquico, sociocultural y de desarrollo, lo cual lleva aparejadas situaciones en las que si bien el sujeto no presenta ninguna alteración de tipo físico, su forma de relacionarse con su entorno o la manera de afrontar las etapas de su desarrollo le impiden alcanzar un nivel de bienestar satisfactorio (Benavent, 1999).

A partir de la identificación de los diferentes diagnósticos de enfermería es necesario llevar a cabo una priorización que será de utilidad para planificar la acción de la enfermera. Para dicha planificación debemos determinar qué resultados queremos alcanzar y de qué tiempo disponemos. Para facilitar la tarea la enfermera se ayudará del uso de la clasificación de resultados de enfermería (Taxonomía NOC), y a su vez, establecerá cuáles serán las intervenciones a llevar a cabo para alcanzar dichos resultados (Taxonomía NIC).

Una vez elaborado el Plan de Cuidados se procederá a su implementación y evaluación. Para llevar a cabo este último será necesario conocer el nivel de resultados alcanzados, establecer el volumen de recursos (materiales y humanos) comprometidos, así como el grado de satisfacción percibido por el usuario, etc.

Indudablemente, el Proceso Enfermero es un instrumento para dar cuidados integrales a la personal, para lograr esto es fundamental que el profesional sea consciente de la importancia de la filosofía del cuidado profesional, es decir, la Teoría, el Método y la Práctica deben ir de la mano para prestar cuidados de calidad, y que el usuario lo perciba.

CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1.- METODOLOGÍA.

Para alcanzar el objetivo de elaborar un modelo teórico para la Enfermería del Trabajo adaptado al contexto español que se propone en la presente Tesis se llevará a cabo una investigación que se desarrollará en dos fases. Una primera fase de investigación historiográfica, y una segunda fase donde se haga un análisis cualitativo utilizando Teoría Fundamentada a partir de los datos extraídos de las entrevistas a expertos.

La investigación cualitativa es un planteamiento sistemático y subjetivo que es usado para describir las experiencias y situaciones de la vida, dándoles significado (Munhall, 2001). Dicha metodología de investigación parte de las ciencias sociales y del comportamiento como una herramienta para comprender la naturaleza única, dinámica y holística de los seres humanos (Burns & Grove, 2004).

La investigación cualitativa es una herramienta imprescindible para la evolución de la Enfermería cuya finalidad es avanzar en el desarrollo de conceptos y teorías que sean de utilidad para vincularlos con la práctica (Morse, 2003).

La metodología cualitativa permite conocer, describir y comprender holísticamente fenómenos complejos (Siles, 1997), como por ejemplo el que se aborda en esta tesis sobre la necesidad de tener un modelo teórico que explique quién es el enfermero del trabajo, cuál es su función y cómo interacciona con otros elementos incluidos en su medio ambiente.

El abordaje mediante diversos métodos de investigación para el mismo problema de investigación, como el que se propone en esta Tesis, facilita la integración de los resultados de tres formas (Bericat, 1998):

1. Complementación: implica el análisis de la realidad social desde una doble mirada del objeto de estudio, utilizando dos métodos de investigación diferentes en el mismo estudio que observan dimensiones diferentes del problema.

2. Combinación: se trata de integrar subsidiariamente un método en el otro, supliendo las debilidades de uno con las fortalezas del otro.

3. Convergencia o Triangulación: se basa en la independencia de métodos de investigación pero en la convergencia de los resultados, se utilizan ambas miradas para analizar un mismo aspecto de la realidad social investigada.

3.2.- LA CREACIÓN DE UNA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO A PARTIR DE LA MIRADA CUALITATIVA.

La realidad es compleja, para acercarnos a su comprensión existen modos. Según Báez (2007) las diferentes formas de estudio y análisis de los que se desea conocer dependerán de los objetivos de la investigación, de la información necesaria, de las demandas que formule el solicitante del estudio, de la propia adscripción teórica del investigador y de los presupuestos que haya para realizar la investigación. Sin embargo pese a la pluralidad de métodos, persisten en la actualidad las dos grandes corrientes de pensamiento y de actuación en la cultura occidental, que han marcado el dualismo en el que se enmarca la acción científica desde hace siglos:

- El positivismo: identificable con el empirismo aristotélico (Aristóteles 384-322 a.C.), busca hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos, tanto de los investigadores como de los investigados. A esta concepción positivista le interesa la realidad desprovista de sesgos derivados de la subjetividad.
- La investigación fenomenológica, que puede identificarse con el racionalismo platónico (Platón 427-347 a.C.), busca entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del individuo. Este

marco científico trata de acerca la evidencia a través de la observación y de la declaración, el testimonio y la afirmación de los propios actores de los fenómenos de estudio.

- La investigación en ciencias enfermeras está participada de este dualismo, y se expresa mediante sus dos principales líneas metodológicas (Báez, 2007):
- El método cuantitativo-positivista: se adscribe al positivismo y su objeto es el de medir los hechos, es decir, dar una dimensión numérica de lo que sucede.
- El método cualitativo-racionalista: se adhiere a la corriente fenomenológica y tiene como principal meta conocer los porqués, las razones por las que sucede lo que sucede.

Toda investigación depende de la interpretación, pero en los modelos cuantitativos habituales se produce un esfuerzo por limitar la función de la interpretación personal. Esta diferencia entre los cualitativo y lo cuantitativo entronca con los dos tipos de preguntas que surgen en la investigación. En los estudios cuantitativos, estas preguntas buscan relaciones entre variables. En los estudios cualitativos las preguntas se dirigen a la investigación de casos o fenómenos, y buscan modelos de relaciones inesperadas o previstas (Stake, 1998). Como es sabido los métodos cuantitativos están dotados de gran fortaleza en términos de validez externa, dado que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población con seguridad y precisión definida. De ahí que la información que obtiene a través de muestras de la población y sus resultados son aplicables de manera general, con un alto nivel de confianza. La crítica que desde la perspectiva cuantitativa se realiza hacia la cualitativa se debe a su dificultad para generalizar. La investigación cuantitativa elimina el papel del azar para descartar o rechazar una hipótesis y también permite cuantificar la relevancia de un fenómeno.

La metodología cualitativa, al tener como estrategia el conocer los hechos, los procesos, las estructuras y las personas en su totalidad y no a través de la medición de algunos de sus elementos, abarca una mayor comprensión de la complejidad humana y no se limita a los hechos observables sino a sus significados y sus particularidades culturales. Desde esta perspectiva, una dificultad del método cuantitativo es que limita su estudio a la asociación o

relación entre variables cuantificadas sin tener en cuenta los contextos estructurales y situacionales (Bautista 2011).

El enfoque cualitativo acude a teorías interpretativas porque ellas comparten el objetivo de dar la palabra a las diferentes voces, personas o grupos sociales, con el fin de llevarlas a ocupar el lugar que les corresponde en el seno de la sociedad. Los investigadores disponen de un conjunto de paradigmas, métodos y estrategias para realizar la investigación. Las nociones de subjetividad, de perspectiva, de reflexividad y de textos desordenados adquieren importante valor, porque permiten ver claramente la realidad psicológica, emocional y espiritual de los actores implicados (Anadón, 2008).

Bautista (2011) sostiene que es importante recalcar la importancia de escoger la metodología apropiada y no limitarse a una visión competitiva, sino aprovechar las fortalezas que ofrece cada método, en razón del objetivo que se persiga en la investigación. El seleccionar una u otra metodología puede depender de diferentes planteamientos: ¿Se busca la magnitud o la naturaleza del fenómeno?, ¿se busca un promedio o una estructura dinámica?, ¿se pretende descubrir leyes o comprender fenómenos humanos?

3.2.1.- La investigación cualitativa.

La distinción fundamental entre la investigación cuantitativa y la cualitativa estriba en el tipo de conocimiento que se pretende alcanzar. La distinción no está relacionada directamente con la diferencia entre datos cuali-cuantitativos, sino con una diferencia entre la búsqueda de causas frente a la búsqueda de acontecimientos (Stake, 1998).

Los métodos de investigación cualitativa adquieren una singularidad particular, derivada de la finalidad a la que está destinada y los objetivos que persigue (Báez, 2007); sus rasgos fundamentales son:

- Estudia las realidades en su contexto natural.
- Es empírica: se niega el conocimiento apriorístico, éste se obtiene mediante la experiencia.
- Es inductiva: el proceso que sigue parte de lo particular y va hacia lo general.

- Es interpretativa: sus resultados no son únicos, y están sujetos a diferentes interpretaciones.
- Es explicativa: se orienta hacia la descripción y explicación.
- El lenguaje es su sustancia: se interroga a las personas al objeto de que narren la realidad tal y como la perciben, elaborando su propio discurso.
- Busca comprender: dando orden y coherencia a los hechos desordenados.
- Enfoque holístico: refleja la realidad como un todo, algo que va más allá que la suma de sus partes. La investigación cualitativa busca desarrollar la contextualidad de los hechos y evita el reduccionismo y el elementalismo (Stake, 1998).
- No es estandarizada.
- Es dúctil: los asuntos de interés van emergiendo a medida que avanza la investigación.
- El investigador trabaja desde una posición crítico-racional: el investigador forma parte de la sociedad, y por tanto de los fenómenos que investiga. A su vez ejerce de manera inevitable influencia sobre los informantes; si bien lo hace con un afán de encontrar similitudes más que diferencias y considera los hechos estudiados como una realidad compleja y en constante cambio.
- La labor del investigador se desarrolla desde la empatía: como sabemos la empatía es aquella capacidad que poseen las personas al participar afectivamente de la realidad de otras personas. En la metodología cualitativa el investigador adopta una actitud empática, tratando de situarse en el lugar de sus informantes y establecer el marco de referencia desde el que hablan sus interlocutores, les presta atención consciente y deliberada para comprender mejor y realizar deducciones por analogía.

Dentro de lo que conocemos como investigación cualitativa se aglutinan un buen grupo de diversos métodos de investigación cualitativa, y que pasamos a revisar a continuación. A partir de una concepción abierta del concepto de investigación cualitativa Morse (1994) propone la siguiente clasificación, recogida por Castro (2002), al objeto de categorizar la diversidad de métodos:

- Fenomenología: Su característica fundamental es que destaca el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva, la fenomenología es la

investigación sistemática de la particularidad. La fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su propia experiencia; de manera que lo importante es llegar a entender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia.

- **Etnografía:** Es el método de investigación por el que se recoge el modo de vida de una unidad social concreta. Mediante la etnografía se realiza una reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo en cuestión.
- **Teoría Fundamentada.** El enfoque del que parte la teoría fundamentada es el de descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos y no de supuestos apriorísticos procedentes de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Esta metodología trata de desarrollar una teoría que se encuentra fundamentada en una recogida y análisis sistemáticos de datos. La teoría se desarrolla durante la investigación y esto se realiza a través de una continua interpelación entre el análisis y la recogida de datos (Strauss & Corbin, 1994). Como ya se ha indicado en la introducción de este trabajo para el desarrollo de esta investigación se utilizará este método de investigación. En el siguiente capítulo, Material y Métodos, se describe en profundidad qué es la Teoría Fundamentada y cómo se desarrolla nuestra investigación.
- **Etnometodología.** Trata de estudiar aquellos fenómenos sociales incorporados a nuestros discursos y nuestras acciones a través del análisis de las actividades humanas. La característica principal de este método es su interés por centrarse en el estudio de los métodos o estrategias empleadas por las personas para construir, dar sentido y significado a sus prácticas sociales cotidianas. Si bien, a la etnometodología no le basta con la simple comprobación de las regularidades, sino que busca explicarlas (De Landsheere, 1994).
- **Investigación-Acción (I-A).** En la actualidad existe una gran diversidad de concepciones en torno a la Investigación-Acción, tanto desde una perspectiva teórica como experiencial, es por esto que resulta complejo desarrollar una conceptualización unívoca. Si bien, se dan una serie de rasgos comunes en los que la mayoría de autores son coincidentes (Castro, 2002):

- Se da un carácter preponderante de la acción como definitorio de este método de investigación. De ahí que Kemmis (1998) sostiene que la I-A es una forma de investigación llevada a cabo por parte de los prácticos sobre sus propias prácticas.
 - La investigación se concibe desde una perspectiva alternativa a la concepción positivista, defendiendo el nexo investigador/investigado, forjando un nuevo modelo de investigador que realiza su trabajo de forma sistemática a través de un método flexible, ecológico y orientado a los valores (Castro, 2002).
 - La I-A conlleva un estilo democrático en el modo de hacer investigación, es decir, una perspectiva comunitaria que contempla una implicación grupal (Castro, 2002).
- El método biográfico. Mediante la biografía se muestra el testimonio subjetivo de una persona en el que se recogen tanto los acontecimientos, las percepciones y las valoraciones que el individuo hace de su propia existencia. Materializándose todo esto en una historia de vida, es decir, en un relato autobiográfico, obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas (Pujadas, 1992).

En la siguiente tabla se podemos observar, a modo de resumen, los principales métodos de investigación cualitativa descritos por Morse (1994), así como el tipo de cuestiones que se plantean para cada investigación y las técnicas utilizadas habitualmente para cada método.

Tabla 2. Tipos de investigación cualitativa*.

Método	Tipos de cuestiones de investigación	Técnicas/instrumentos de recogida de información	Otras fuentes de datos
Fenomenología	Cuestiones de significado: explicitar la esencia de las experiencias de los actores	Grabación de conversaciones; escribir anécdotas de experiencias personales	Literatura fenomenológica reflexiones filosóficas; poesía; arte
Etnografía	Cuestiones descriptivo/Interpretativas: valores, ideas, prácticas de los grupos culturales	Entrevista no estructurada; observación participante; notas de campo	Documentos; registros; fotografía; mapas; genealogías; diagramas de redes sociales
Teoría fundamentada	Cuestiones de proceso: experiencia a lo largo del tiempo o el cambio, puede tener etapas y fases	Entrevistas	Observación participante; memorias; diarios
Etnometodología, análisis del discurso	Cuestiones centradas en la interacción verbal y el diálogo	Diálogo (registro en audio y vídeo)	Observación; notas de campo
Investigación-acción	Cuestiones de mejora y cambio social	Miscelánea	Varios
Biografía	Cuestiones subjetivas	Entrevista	Documentos, registros diarios

*Fuente: extraído de Morse (1994).

3.2.2.- Análisis e interpretación.

Ya hemos dicho que la investigación cualitativa es la que estudia la realidad para explicar el fenómeno estudiado, su esencia y su naturaleza o para proporcionar una descripción verbal de la misma. El análisis es el procedimiento utilizado para conocer o razonar las realidades (Báez, 2007).

Consiste en descomponer el total del objeto de conocimiento para penetrar en él, identificando sus partes y el efecto mutuo y recíproco que tienen entre sí o bien en aplicar a un caso particular un conocimiento o ley general que lo comprende. Analizar es estudiar o examinar algo, separando o considerando por separado sus partes. Es examinar en profundidad una cuestión. Supone, como se acaba de decir: razonar, que es la facultad de pensar, de deducir o inducir unas ideas de otras para llegar a cierta conclusión y dar las razones o motivos de cierta cosa. Pensar, que es dedicar la mente al examen de una cuestión para formar una opinión o tomar una resolución. Supone considerar, examinar, reflexionar...

Este análisis que desarrolla el investigador, resulta de utilidad para conocer la realidad, discriminar sus componentes y describir relaciones. Y, con ello, elabora modelos conceptuales, que se plasman en un documento escrito o informe, que describe, interpreta y explica dicha realidad.

El análisis cualitativo tiene por objeto extraer el significado relevante del asunto investigado, averiguar no sólo sus componentes y su esencia. Lo propio del análisis cualitativo es que demanda descripción, interpretación y explicación (Báez, 2007).

El análisis se realiza con el conjunto de ingredientes que se han ido recogiendo a lo largo del trabajo de campo. Con todos ellos el investigador elabora el informe pertinente con el propósito de la investigación, conforme a los objetivos marcados. El investigador estudia un material que, grosso modo, le ha sido transmitido con palabras por los informantes con los que ha trabajado, lo cual proporciona unos datos que él ha de convertir en información y cuya substancia es eminentemente múltiple (Báez, 2007).

Báez (2007) afirma que no existe la pretendida neutralidad de los datos, ello no es posible, porque los datos que se obtengan dependerán de las técnicas que se utilicen para recogerlos, de las preguntas que se hayan formulado y de los medios técnicos utilizados. Y esto se debe a que los datos son inseparables del

modo en que se analizan, se comunican y se registran.

Asimismo la investigación es un proceso vivo y dinámico en cuyo transcurso van apareciendo analizadores que no es posible prever y que someten al investigador a una permanente interacción con el asunto que estudia. Por tanto, se puede afirmar que, el investigador evoluciona con la investigación, en tanto en cuanto obtiene los datos en un doble y simultáneo proceso de percepción y recepción (Báez, 2007). Ambos procesos construyen un bucle de constante retroalimentación entre los datos y el esquema de significados que se va configurando: el investigador está en un círculo permanente que le lleva de los datos a la teoría y de la teoría a los datos.

3.2.3.- El Informe cualitativo.

La cuestión de cómo mostrar los hallazgos y las actuaciones de la investigación ha pasado a primer plano en la investigación cualitativa, el texto no es sólo un instrumento para documentar los datos y una base para la interpretación, sino también, un instrumento de mediación y comunicación de hallazgos y conocimientos (Flick, 2004). Es por esto que Wolff (citado por Flick, 2004) sostiene que la observabilidad y la objetividad práctica de los fenómenos de la ciencia social se constituyen en los textos y en ningún otro lugar.

Las diversas opciones para presentar hallazgos se pueden situar entre dos polos. En un extremo, está el propósito de desarrollar una teoría a partir de los datos y las interpretaciones según el modelo de Strauss (1987), y por otro lado se encuentran los 'relatos desde el campo' (van Maanen, 1988), que intentan ilustrar las relaciones que el investigador encontró.

Si profundizamos en el propósito de desarrollar teoría a partir de los datos, como sostiene Strauss debemos interrogarnos sobre cuáles deben ser los requisitos que esta teoría debe cumplir:

- Debe ser un relato analítico claro.
- Debe profundizar en los conceptos, quedando en segundo plano las descripciones.
- Debe establecerse la especificación precisa de las relaciones entre las categorías, manteniendo claros también los niveles de conceptualización.
- Deben delimitarse las posibles variaciones y sus condiciones relevantes,

consecuencias, etc.

Para alcanzar estas metas, los autores proponen como primer paso que el investigador esboce un borrador lógico de la teoría. En este boceto se desarrolla la lógica analítica del relato y se apuntan los contornos de la teoría. Un resumen claro del borrador central de la teoría debe ser la segunda parte de este borrador. Como tercer paso, los autores proponen que se haga una presentación visual de la “arquitectura” del borrador central (Strauss, 1990). En la presentación así se centran principalmente en clarificar los conceptos centrales y las líneas de la teoría desarrollada. Una visualización, por ejemplo, en forma de redes de conceptos, trayectorias, etc., es una manera de presentar la teoría de una forma concisa. Para evitar caer en la trampa de querer escribir el manuscrito perfecto “que nunca se termina”, Strauss y Corbin (1990, 235) proponen dejar que cada cosa vaya a su tiempo y aceptar un cierto grado de imperfección en la teoría y la presentación.

3.3.- PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN.

3.3.1.- Diseño del estudio.

Este primer tramo del trabajo se presenta como una investigación historiográfica sujeta al método histórico. Esta metodología, propia de las ciencias sociales, se estructura en tres fases (Hernández-Martín, 2008):

- La Heurística, ciencia de las fuentes. Búsqueda, catalogación y manejo de las mismas.
- La Crítica. Lo que las fuentes dicen hay que someterlo a un proceso de depuración.
- La Hermenéutica, la interpretación.

Para la consecución del método histórico se utilizan técnicas cualitativas de investigación como la observación documental de archivos, prensa, publicaciones oficiales y textos bibliográficos (Aróstegui, 1995).

Toda investigación historiográfica es imposible de llevar a buen término sin un correcto y suficiente apoyo bibliográfico. Es decir, sin la consulta del apartado

preciso de la bibliografía científica sobre un determinado tema, a la cual es posible tener acceso a través de repertorios variados, catálogos de bibliotecas, bases bibliográficas informatizadas, etc. (Nistal, 1993), no es posible definir un proyecto de investigación o planificar su estrategia sin un conocimiento exhaustivo del estado de la cuestión científica en un determinado campo temático y en un determinado momento. La bibliografía existente sobre un tema no sólo es la primera y fundamental fuente de información, su consulta puede descubrirnos que un determinado tema no ha sido tratado o lo ha sido insuficientemente. La bibliografía existente y la que se va produciendo es siempre un imprescindible control para el proceso de investigación propio (Aróstegui, 1995).

En las últimas décadas se ha manifestado una búsqueda de identidad profesional de la Enfermería, que se ha canalizado a través del campo de la investigación histórica (Arratia, 2005). En este sentido, muchas publicaciones demuestran una fuerte tendencia a indagar los orígenes sociológicos, antropológicos y antecedentes históricos de las prácticas de Enfermería (D'Antonio, 1997). El estudio de la Historia de la Enfermería, se presenta como la estrategia capaz de proveer respuestas a diversos interrogantes, incrementando el saber profesional a través de la generación de nuevos datos científicos y nuevos conocimientos (Arratia, 2005).

La documentación histórica supone la fuente esencial para analizar el contenido del desarrollo profesional, así como para conocer de qué manera ha sido abordada su esencia a través del cuidado. La documentación como fuente para construir la Historia, ha permitido seguir recopilando antecedentes que conducen a identificar qué hacen los profesionales de la Enfermería, cómo lo hacen, para qué lo hacen y por qué son necesarios (Prellezo, 2003).

Para alcanzar el conocimiento histórico de Enfermería, se debe aplicar un tratamiento metodológico que supone el planteamiento de objetivos, la búsqueda de fuentes, análisis de datos y descripción de conclusiones (Donahue, 1993).

3.3.2.- Búsqueda de fuentes.

La búsqueda de fuentes documentales se inició en julio de 2013. El objetivo era encontrar bibliografía que estudiara los modelos teóricos que dan lugar a la

Enfermería Laboral. En un primer momento se buscó bibliografía en bases de datos especializadas de ámbito nacional y latinoamericano. Estas bases de datos fueron CUIDEN, DIALNET, EPISINFO, IBECs, CUIDATGE, y las bases de datos del CSIC (ICYT, el IME y el ISOC), TESEO, así como el registro de libros publicados en España registrados mediante su ISBN en el Ministerio de Cultura. Los descriptores que se utilizaron para estas bases de datos en español fueron Enfermería del Trabajo y Enfermería Laboral.

A continuación, la estrategia de búsqueda se amplió a fuentes documentales del ámbito internacional. Las bases de datos utilizadas fueron: CINAHL, MEDLINE, SCOPUS, WOS, PROQUEST Y WORLDCAT. La estrategia de búsqueda avanzada que se utilizó consistió en utilizar los descriptores *Occupational Health Nursing*, en la bibliografía se reconoce como OHN, y *Theoretical Models*. La búsqueda no se acotó en el tiempo dado el carácter historiográfico de la investigación. Los descriptores propuestos se buscaron tanto en el *Título* de la publicación, el *Abstract* y en el apartado de *Keywords*.

3.4.- SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN.

La segunda fase de la investigación tiene como objetivo identificar cuáles son los elementos propios que ha de contener un modelo de Enfermería adaptado a la Enfermería del Trabajo y describir la relación entre dichos elementos, para así articular una propuesta de modelo adaptado a la Enfermería Laboral. Para alcanzar dicho objetivo se plantea una investigación cualitativa. La obtención de datos se lleva a cabo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a expertos del ámbito español. Se definen dos categorías de expertos, por una parte destacan aquellos cuyo perfil laboral y académico está vinculado a la Enfermería Fundamental, es decir, son profesores universitarios de modelos y teorías enfermeras. Y por otra parte, se entrevista a profesionales de reconocido prestigio laboral y académico en el ámbito de la Enfermería del Trabajo.

El análisis de los datos extraídos de las entrevistas se realizará utilizando un método de investigación cualitativa denominado Teoría Fundamentada y la ayuda de un software especializado para análisis de discurso llamado MAXQDA 11.

En investigación cualitativa la información obtenida se expresa a través de los discursos de los entrevistados. El análisis de dicho discurso no está sujeto a un análisis estadístico sino a una interpretación abierta (Doblas, 2005). En este sentido, el análisis cualitativo de los datos obtenidos en el campo se realiza mediante un estilo narrativo con el fin de que el investigador lleve a cabo un razonamiento que se va explicando a partir de extractos de las entrevistas realizadas (Corbetta, 2003).

3.4.1.- Diseño del estudio.

El análisis que utiliza codificaciones previamente definidas, como por ejemplo encuestas, resulta insuficiente para un análisis que desea incorporar una mirada social y humanista; es necesario incorporar un punto de vista interpretativo y reflexivo (Alonso y Benito, 1998). Es por esto que la presente investigación se orienta hacia un paradigma interpretativo a partir del discurso de los expertos entrevistados.

La entrevista cualitativa se define como una conversación (Corbetta, 2003):

- provocada por el entrevistador,
- dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación,
- en un número considerable,
- que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo,
- guiada por el entrevistador,
- sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación.

Para esta segunda fase de la investigación se utilizó una metodología de análisis de datos propia de la investigación cualitativa conocida como Teoría Fundamentada. La aparición de la Teoría Fundamentada se remonta al año 1967 con la publicación por Glaser y Strauss de la obra '*The Discovey of Grounded Theory*'. Si bien ambos autores se fueron distanciando conceptualmente a lo largo de las décadas posteriores en cuanto a la conceptualización de la Teoría Fundamentada, sí comparten tres criterios fundamentales: a) la teoría se genera y emerge a partir del campo; b) está fundamentada en un área sustantiva, y c) se desarrolla inductivamente (Trinidad, Carrero & Soriano, 2006).

Glaser y Strauss definen a la Teoría Fundamentada como una metodología de análisis cuya finalidad es la emergencia de una teoría inductiva sobre un área substantiva a partir de los datos de campo (Glaser & Strauss, 1967). Es decir, a partir de los datos obtenidos en la investigación surgen proposiciones teóricas que constituyen una teoría substantiva (o de rango medio). La Teoría Fundamentada es una metodología que recoge el espíritu presente en el interaccionismo simbólico que apareció en EEUU en la década de los años 20 del siglo XX, si bien, al ser una herramienta sujeta a evolución ha dado lugar a cuatro orientaciones diferentes:

- Teoría Fundamentada Glaseriana: otorga al investigador mayor libertad ya que no le obliga a seguir una metodología preestablecida, Glaser cree que la teoría debe surgir de los datos, no de un sistema de categorías preestablecidas (Hernández-Sampieri, 2007).

- Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin: Strauss, junto con la licenciada y doctora en Enfermería Corbin, publican en 1990 su obra *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. En este trabajo determinan que el análisis de datos a partir de la Teoría Fundamentada debe estar definido por una metodología concreta y debe utilizar una codificación flexible, así como no puede renunciar al uso de herramientas informáticas para dicho análisis.

- Teoría Fundamentada Constructivista de Charmaz: se inspira en las ideas originales de Glaser y Strauss, tiene en cuenta los valores y creencias de los investigadores, así como los sentimientos de los entrevistados, incorporándolos a la investigación. Rehúye de una categorización preconcebida.

- Teoría Fundamentada Postmodernista de Clarke: en año 2005, Clarke presenta la Teoría donde se proponen tres mapas para análisis de los datos que hacen énfasis en las diferencias más que en las concordancias, estos son: mapas circunstanciales, mapas de mundos-arenas sociales y mapas posicionales, remodelando los procesos sociales básicos que la caracterizan.

De los cuatro enfoques descritos sobre Teoría Fundamentada destaca la tendencia definida por Strauss y Corbin al ser la más utilizada y didáctica ya que explica con detalle la metodología a seguir en busca de un desarrollo teórico (Hernández, Herrera, Martínez & Páez, 2011).

La conveniencia de utilizar este tipo de análisis en la búsqueda de un marco

conceptual para la Enfermería Laboral se explica, como afirma Creswell (2005), en que ésta es especialmente útil cuando las teorías disponibles no explican el fenómeno o planteamiento del problema, o bien, cuando no cubre a los participantes o muestra de interés.

3.4.2.- La selección de los entrevistados.

La selección de los candidatos a entrevistar, se denomina muestreo teórico, y sigue el patrón de los estudios emergentes, de manera que su inclusión está condicionada a las necesidades epistemológicas del estudio. Partiendo de la base de que todos ellos son expertos conocedores de la realidad social a estudio (Corbetta, 2003; Doblas, 2005), y representan a dos perfiles académicos y profesionales bien definidos. Por una parte los expertos en modelos y teorías de Enfermería que desarrollan su actividad profesional en el ámbito académico, y por otra parte, aquellos profesionales que desarrollan su actividad profesional e investigadora en el ámbito de la Enfermería Laboral. La transcripción de las entrevistas se realizó respetando la literalidad de los discursos y con la ayuda del software informático gratuito *Express Scribe*. Con ánimo de respetar la confidencialidad de los entrevistados se etiquetaron las entrevistas utilizando los símbolos "F" para los profesionales vinculados a las Enfermería Fundamental, y con la "E" para los especialistas en Enfermería Laboral, a continuación de la letra se añadió un número para indicar el orden de codificación conforme a la ordenación alfabética de su nombre.

El número de entrevistas a realizar se encuentra sujeto al principio de saturación teórica propio de los análisis con Teoría Fundamentada, es decir, se realizan entrevistas hasta que "los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa" (Trinidad, 2006).

Por otra parte, una de las características que definen a estos análisis es que "lo importante no es el número de casos, sino la potencialidad de cada uno para ayudar al investigador a desarrollar una mayor comprensión teórica sobre el área que está estudiando", es por esto que resulta importante y fundamental la realización exhaustiva de un muestreo teórico de los entrevistados (Rodríguez Gómez, 1999).

A medida que se desarrolla el trabajo de campo se describe el perfil de los entrevistados que deben ir incluyéndose en el estudio en aras de alcanzar el principio de saturación teórica (Trinidad, 2003).

La elección de la técnica de la entrevista para la recolecta de datos tiene como objetivo reflejar la experiencia profesional, académica e investigadora de aquellos expertos que son parte y producto de la acción estudiada (Alonso, 2003). Es por esto que resulta necesario que la entrevista se desarrolle de manera semiestructurada y en una atmósfera distendida mientras se van formulando las preguntas específicas (Finkel, 2008).

En el caso concreto de la presente investigación se consideró alcanzada la saturación teórica una vez que se habían llevado a cabo veinte entrevistas.

3.4.3.- Acceso al campo.

Para acceder a los entrevistados se contactó con ellos mediante correo electrónico para informarles sobre el alcance de la investigación y solicitando su inclusión como informante clave del estudio. Tanto estos contactos como el desarrollo de las entrevistas se llevaron a cabo a lo largo de los meses junio, julio, agosto y septiembre de 2014. El desarrollo de este trabajo durante cuatro meses atendió a la necesidad de buscar a dichos informantes clave conforme a los resultados que iban emergiendo a lo largo de la investigación.

La técnica de recogida de datos seleccionada fue la entrevista en profundidad. Dicha entrevista parte de una relación de preguntas que se abordan durante una conversación semiestructurada con los entrevistados. El listado inicial de cuestiones planteadas se encuentra en la tabla 3.

Tabla 3. Relación inicial de cuestiones planteadas en las entrevistas.

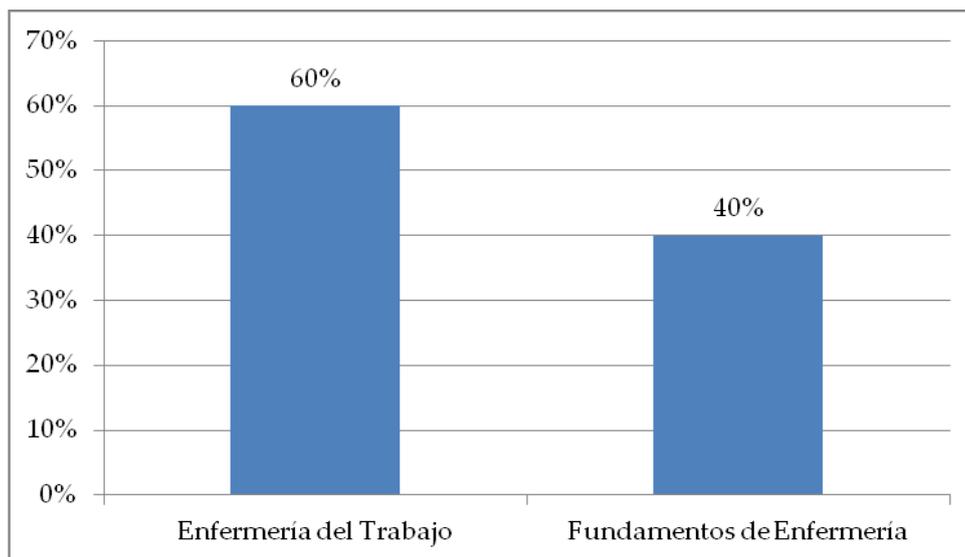
Cuestiones planteadas	
-	¿Qué entiende usted por marco conceptual dentro de la Enfermería?
-	¿Qué entiende por modelo teórico?
-	¿Conoce algún modelo de Enfermería?
-	¿En su trabajo lo aplica usted?
-	¿Son aplicables a la práctica los modelos teóricos?
-	¿Son importantes los marcos conceptuales en la práctica enfermera?
-	¿Su aplicación es posible o queda en un ámbito teórico?
-	¿Qué conceptos básicos introduciría usted en un modelo (de aplicación) en la Enfermería Laboral?
-	¿Cuál sería el hilo explicativo que conectaría unos conceptos con otros?
-	¿Qué modelos cree que son de aplicación en la práctica?
-	¿Qué modelos cree que se podía aplicar al campo de la Enfermería Laboral?
-	¿Qué elementos debe contener un modelo de Enfermería del Trabajo?
-	¿Qué roles debe adquirir un enfermero del trabajo: asistencial, prevención, docencia, gestión, investigación?
-	Importancia de los diferentes roles profesionales.
-	¿En qué orden de jerarquía pondría estos roles?
-	¿Qué es “salud” para un enfermero del trabajo?
-	¿Qué es “persona” para un enfermero del trabajo?
-	¿Qué es “entorno” para un enfermero del trabajo?
-	¿Qué son “cuidados” para un enfermero del trabajo?
-	Dentro de un equipo multidisciplinar en el ámbito de la prevención de riesgos laborales (médicos del trabajo, ergónomos, higienistas industriales, técnicos de seguridad, etc.), ¿qué relaciones de jerarquía debe mantener la enfermera del trabajo respecto a los demás?
-	Importancia del vínculo (¿cómo debería ser la relación?):
	Enfermera – trabajador
	Enfermera – médico del trabajo
	Enfermera – resto de profesionales de la prevención
	Enfermera – empresa (con la dirección)
	Enfermera – entorno
	Enfermera – comunidad

Fuente: elaboración propia.

3.4.4.-Perfil de los entrevistados.

Para llevar a cabo la segunda parte de la investigación cualitativa de esta tesis se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas a expertos, alcanzando así la saturación teórica de los datos¹¹. El perfil académico y profesional de los entrevistados se divide en dos categorías. Por una parte se entrevistaron a ocho profesores universitarios de Metodología y Fundamentos de Enfermería. Por otra parte, se realizaron doce entrevistas a profesionales vinculados a la Enfermería del Trabajo. La distribución gráfica de ambos perfiles profesionales se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 1. Perfil profesional de los entrevistados.



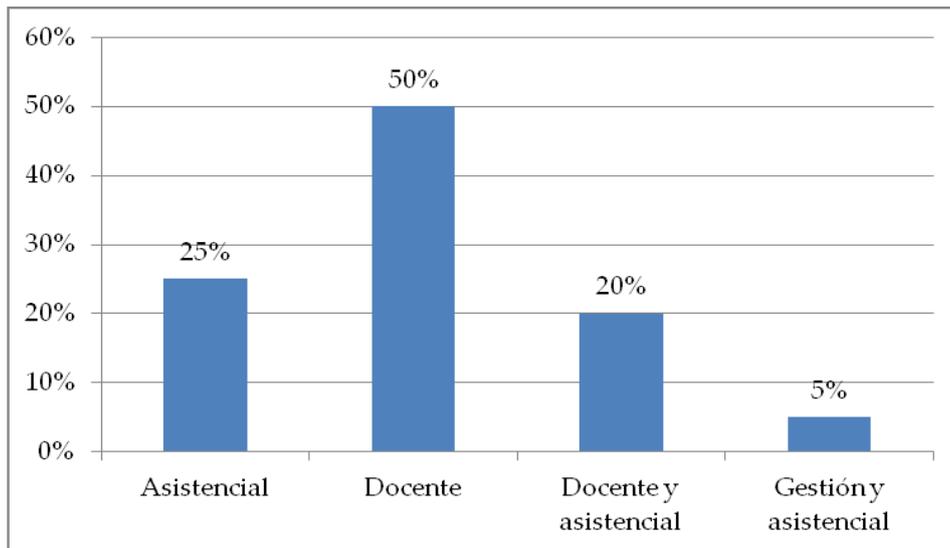
Fuente: elaboración propia.

En lo relativo al ámbito laboral de los entrevistados diez desarrollan su trabajo en el ámbito de la docencia, mientras que los otros diez lo hacen en el ámbito asistencial. A su vez, de aquellos que se dedican a la asistencia, cuatro compaginan con tareas de docencia universitaria y uno con la gestión

¹¹ Para la investigación cualitativa el número de entrevistas viene determinado por la saturación teórica de los conceptos extraídos de los testimonios, si bien De la Cuesta Benjumea (2004) establece que a partir de veinte entrevistas son suficientes para desvelar las categorías principales del tema a estudio.

administrativa. Los resultados porcentuales de dicha distribución se reflejan en la siguiente gráfica.

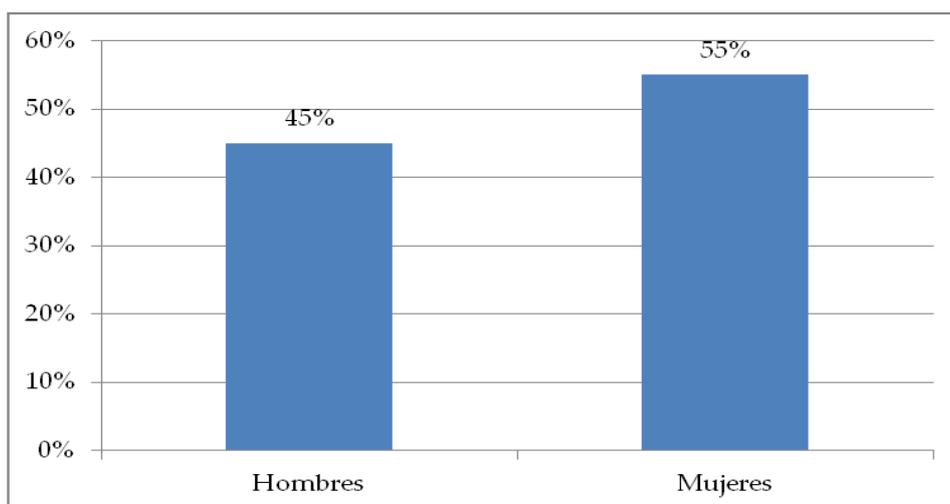
Gráfica 2. Distribución según el ámbito profesional.



Fuente: elaboración propia.

De los veinte entrevistados once fueron mujeres y nueve hombres, por tanto, como se puede observar en la siguiente gráfica, el 55% fueron mujeres y el 45% hombres.

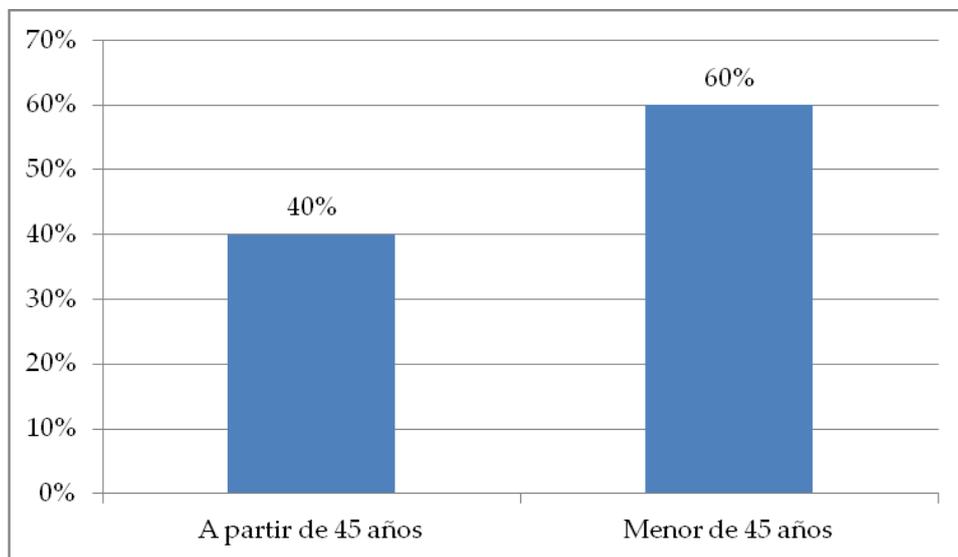
Gráfica 3. Distribución de los entrevistados por sexo.



Fuente: elaboración propia.

En lo relativo a la edad de los entrevistados, se establecieron dos categorías, de manera que se agrupan en menores de 45 años, y en personas cuya edad era igual o superior a 45 años. De los veinte entrevistados, doce eran menores de 45 años, y ocho tenían a partir de 45 años; por tanto, como se observa en la siguiente gráfica, el 40% eran menores de 45 años y el 60% restante tenían a partir de 45 años.

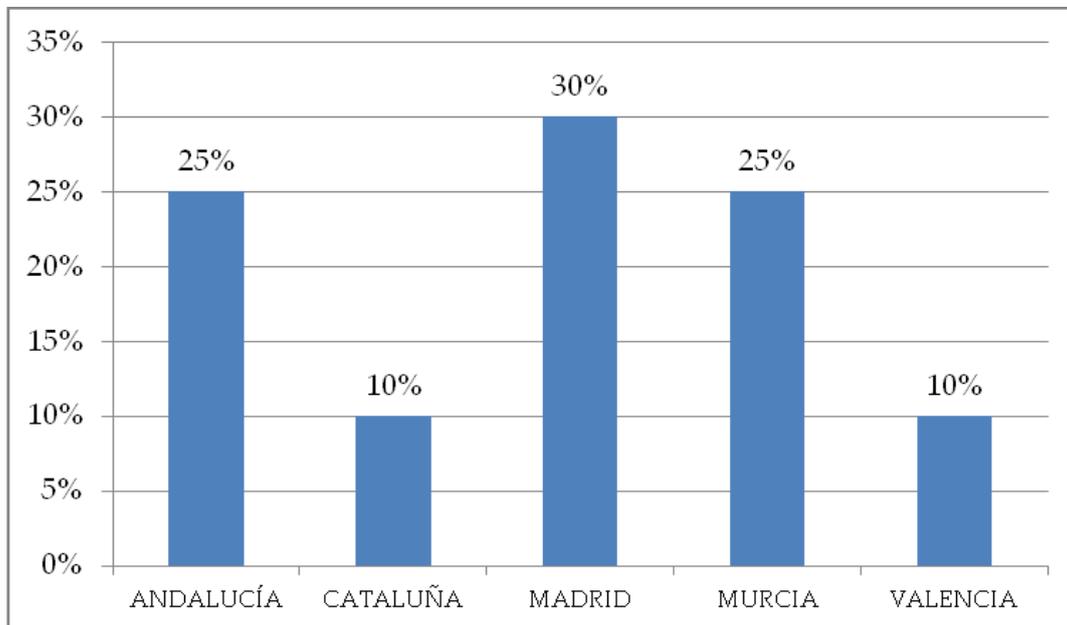
Gráfica 4. Distribución de los entrevistados por edad.



Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas fueron realizadas en diversos puntos de la geografía española, atendiendo al lugar de residencia de los entrevistados. La integración de entrevistas de cinco Comunidades Autónomas diferentes sirvió para que los testimonios recogidos incluyeran la realidad profesional y académica de diferentes regiones. Asimismo se cumple con el espíritu de la propia tesis que, según reza en su título, pretende dar un marco conceptual para la Enfermería de Trabajo aplicada al ámbito español. De las veinte entrevistas; dos se realizaron en Cataluña, dos en la Comunidad Valenciana, cinco en Murcia, cinco en Andalucía y seis en Madrid. La distribución porcentual se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 5. Distribución de los entrevistados por Comunidades Autónomas.



Fuente: elaboración propia.

3.4.5.- Etapas del análisis de los datos.

Las etapas a seguir de acuerdo con el análisis de Teoría Fundamentada son: identificación de sucesos o acontecimientos (denominados incidentes) para asignarle códigos; comparación de los códigos sustantivos, conceptos y categorías; y la integración de estos elementos en una teoría que se elabora a partir de los datos que permitan construir hipótesis teóricas (Trinidad, 2003). Para desarrollar dicho análisis de las entrevistas se utiliza el software MAXQDA 11.

En Teoría Fundamentada es común el uso de 'códigos en vivo' que son etiquetas para aquellas categorías que están constituidas por pasajes o frases exactas. Los memorandos (o memos) son el producto de la observación del investigador o de las interpretaciones de la realidad observada. También pueden ser productos de entrevistas realizadas a los informantes (Hernández, Herrera, Martínez & Páez, 2011). Se generan para documentar las principales decisiones o avances, y explican la evolución de la teoría y su fundamentación (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

3.4.5.1.- Codificación.

En el diseño sistemático propuesto por Strauss y Corbin (1990) la codificación se complementa con tres tipos de procesos: la codificación abierta, la axial y la codificación selectiva; estas tres etapas invitan al entrevistador a realizar un examen analítico y descriptivo de los datos a partir de la información extraída en las entrevistas (Andreu, 2007). La codificación en Teoría Fundamentada lleva implícita la creación de categorías a partir de una interpretación de los datos (Rodríguez-Martínez, 2009), no siendo necesario, por tanto, la necesidad de tener establecidas unas categorías previas.

Los tres tipos de codificación secuencial que se incluyen en el diseño sistemático ideado por Strauss y Corbin (1990) son:

- Codificación Abierta: En esta codificación el investigador revisa los datos realizando un análisis por comparación constante que desemboca en la formulación de categorías iniciales de significado. Las categorías se formulan a partir de los datos recolectados. En esta modalidad el investigador debe estar abierto a cualquier idea que se pueda originar desde los datos, la codificación no se fundamenta sólo en torno a los datos textuales, se incluye la experiencia y la información recogida previamente en la bibliografía (Trinidad, 2006).

- Codificación Axial: A partir de todas las categorías codificadas de manera abierta, el investigador elige aquella que considera más importante para establecerla como 'categoría central' o 'fenómeno clave' posteriormente se establecen relaciones entre las categorías y las subcategorías, así como con otras categorías identificadas dentro de la investigación en la fase de codificación abierta (Charmaz, 2000; Strauss & Corbin, 2002). Según establece Andreu (2007), la codificación axial consiste básicamente en codificar intensamente alrededor de una categoría considerada como eje, destacando como categoría central por su gran capacidad explicativa respecto del problema de investigación. Es por esto que podríamos considerar que la codificación axial está relacionada con "el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta" (Strauss & Corbin, 2002). La codificación axial finaliza con el esbozo de un diagrama o modelo denominado 'paradigma codificado' que muestra las relaciones entre todos los elementos: condiciones causales, categoría clave, condiciones intervinientes, etc (Creswell, 2005).

- Codificación Selectiva: La codificación selectiva supone el tercer escalón en el proceso de codificación y trata de integrar la categoría central emergida en la categoría axial con el resto de categorías detectadas (Andreu, 2007).

3.4.5.1.1.- Características de la Categoría Central.

Tanto Strauss y Corbin (1998) como Creswell (2005) coinciden al definir cuáles deben ser las características de la categoría central:

- Debe ser el centro del proceso o fenómeno, y a su vez el tema más importante que impulsa y/o explica el proceso.
- Buena parte del resto de categorías deben vincularse con la categoría central.
- La categoría central debe estar presente de manera recurrente en los datos.
- La saturación de la categoría clave es más rápida que para otras categorías.
- La relación de la categoría clave con el resto de categorías debe ser lógica y consistente.
- El nombre que identifique a la categoría clave debe ser genérico e integrador.
- A medida que se acota la categoría central, la teoría debe ser sólida y robusta.
- Cuando las condiciones varíen la explicación debe mantenerse.

3.4.5.2.- *La vertebración de la teoría a través de la integración de las categorías.*

La aparición de la categoría central se considera el primer paso de esta etapa (Strauss & Corbin, 2002), y es de vital importancia para alcanzar el propósito de reducir e integrar todas las categorías.

Una vez realizada la codificación abierta y axial propia del diseño sistemático se lleva a cabo una codificación selectiva a partir del esquema resultante o paradigma codificado. El investigador retorna a las unidades o segmentos y los compara con el paradigma codificado emergente para fundamentarlo. De este cotejo surgen hipótesis que establecen las relaciones entre categorías (Hernández, 2006).

La narración resultante vincula las categorías y describe los procesos. Dicha teoría es de alcance medio y posee una elevada capacidad explicativa para el conjunto de los datos recogidos (Hernández, 2006).

3.4.6.- Análisis de los datos recogidos en el campo.

La Teoría Fundamentada se define como una metodología general para desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados; es una forma de pensar acerca de los datos y poderlos conceptualizar. La Teoría Fundamentada se diferencia de otras metodologías cualitativas en su énfasis en la construcción de teoría (Sandoval, 1997). El uso de Teoría Fundamentada resulta idóneo para alcanzar el objetivo propuesto en esta tesis, y que no es otro que formular un modelo para la Enfermería del Trabajo. Una de las virtudes de la Teoría Fundamentada es su capacidad de construir teoría de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales (Charmaz, 2005). Mediante el análisis de los datos recogidos en el campo el investigador tiene la posibilidad de construir una teoría sustantiva. Este tipo de teoría es una construcción teórica centrada en aspectos concretos de la realidad humana que es objeto de estudio; la teoría sustantiva da cuenta de realidades humanas singulares al nutrirse de la recolección de datos de manera dinámica y abierta. Siendo diferente de los procedimientos deductivos de la llamada teoría formal o general cuya preocupación por la verificación le lleva a establecer una perspectiva estática y cerrada dado su apego a la generalidad (de la Torre et al., 2004). Sin embargo, el objetivo final de la Teoría Fundamentada también es generar teoría formal a partir de los incidentes hallados en el campo, para alcanzar este objetivo la generación de teoría sustantiva es un paso estratégico previo que permite la generación y formulación de teoría formal posteriormente. La forma que tiene la Teoría Fundamentada para dar ese salto de la teoría sustantiva a la teoría formal o general es mediante un proceso inductivo que consiste en el uso del método comparativo constante en el tratamiento sistemático de los datos, de manera que a medida que se van reevaluando los resultados obtenidos en la investigación se van introduciendo nuevos datos. Así, la Teoría Fundamentada logra ascender a niveles superiores de abstracción conceptual para la generación de la teoría formal definitiva (De la Torre et al., 2004).

3.4.6.1.- Resultados de la codificación abierta¹².

La codificación abierta de las veinte entrevistas ha hecho emerger la aparición de 43 códigos, que son:

- Acomodamiento profesional.
- Clasificación de roles.
- Competencia con otras disciplinas.
- Confianza de los trabajadores.
- Cuidados.
- Desinterés por la teoría.
- Educación para la salud.
- El trabajo como fuente de salud.
- Elección del modelo.
- Entorno.
- Henderson.
- Identidad profesional.
- Implicación de la empresa.
- Importancia de la teoría.
- Importancia de los modelos.
- Investigación enfermera.
- Jerarquía.
- La Enfermería como ciencia social.
- La Enfermería como ciencia.
- La Salud Laboral no se adapta a la persona.
- Liderazgo.
- Mercantilismo.

¹² Proceso mediante el cual, a partir de la información de la entrevista, se elaboran códigos que resumen el contenido de la misma. Estos códigos se agrupan de acuerdo con propiedades similares para formar lo que en Teoría Fundamentada se denominan categorías descriptivas.

- Metaparadigma.
- Modelo biomédico.
- Orem.
- Paralelismos con la Atención Primaria.
- Persona.
- Planes de cuidados.
- Promoción de la salud.
- Reconocimientos.
- Relación con los trabajadores.
- Responsabilidad profesional.
- Rol.
- Salud Mental.
- Salud.
- Tareas independientes.
- Taxonomía.
- Trabajo en equipo.
- Un modelo para la Enfermería Del Trabajo.
- Unión teórico-práctica.
- Uso de modelos ajenos.
- Utilidad de los modelos.
- Valor enfermero.

Estos códigos se agrupan en familias denominadas categorías descriptivas. El número de categorías descriptivas emergidas es de siete. En la siguiente tabla se relacionan dichas categorías descriptivas con los códigos que las integran.

Tabla 4. Categorías descriptivas y sus códigos.

Categorías descriptivas	Códigos
Modelos	Desinterés por la teoría Henderson Elección del modelo Importancia de las teorías Importancia de los modelos Modelo biomédico Orem Un modelo para la Enfermería del Trabajo Unión teórico-práctica Uso de modelos ajenos Utilidad de los modelos
Investigación	Investigación enfermera La Enfermería como ciencia La Enfermería como ciencia social Planes de cuidados Taxonomía
Promoción de la salud	Educación para la salud El trabajo como fuente de salud Paralelismos con la atención primaria Promoción de la salud
Rol	Acomodamiento profesional Clasificación de roles Identidad profesional Responsabilidad profesional Rol

	Tareas independientes
Relaciones	Confianza de los trabajadores Implicación de la empresa Mercantilismo Reconocimientos Relación con los trabajadores
Trabajo en equipo	Trabajo en equipo Liderazgo Jerarquía Competencia con otras disciplinas
Metaparadigma	Cuidados Entorno La Salud Laboral no se adapta a la persona Metaparadigma Persona Salud Salud mental Valor enfermero

Fuente: elaboración propia.

3.4.6.2.- Resultados de la codificación axial¹³.

La codificación axial trata de determinar cuál de las categorías encontradas en el análisis de los datos ejerce una función central para la construcción de la teoría. La aparición de esta categoría central emerge gracias a su aparición recurrente durante el proceso de recogida de datos y durante el análisis posterior. Asimismo sirve como eje que entronca con el resto de categorías encontradas y ayuda a su explicación e integración.

A la hora de determinar cuál es la categoría central en la presente tesis emergió con fuerza la necesidad de explicar cuál es la función del enfermero del trabajo en los entornos laborales y en los servicios de prevención. A lo largo de las entrevistas surge con mucha fuerza el papel que el enfermero del trabajo debe desempeñar en los procesos de Promoción y Educación para la Salud. Esta percepción del enfermero del trabajo como un *promotor de la salud en la empresa*, desplaza la concepción más tradicional que vincula al enfermero del trabajo como un ejecutor de técnicas destinadas a llevar a cabo la Vigilancia de la Salud¹⁴ de forma casi exclusiva a lo largo de su jornada laboral.

Categoría Central

El enfermero del trabajo debe ser el promotor de la salud en la empresa

La elección de esta categoría central cumple con los requisitos que para ésta determinan tanto Strauss y Corbin (1998) como Creswell (2005), y que fueron anteriormente explicados en el presente texto¹⁵.

¹³ Mediante este proceso se relacionan las categorías descriptivas con sus subcategorías y se identifica la categoría central que comienza a emerger.

¹⁴ La Vigilancia de la Salud consiste en la recogida sistemática y periódica de datos utilizando técnicas exploraciones físicas, encuestas, etc., en busca de problemas específicos de salud, así como su análisis, interpretación e implantación en la evaluación y planificación (Solé, Piqué & Bultó, 1998).

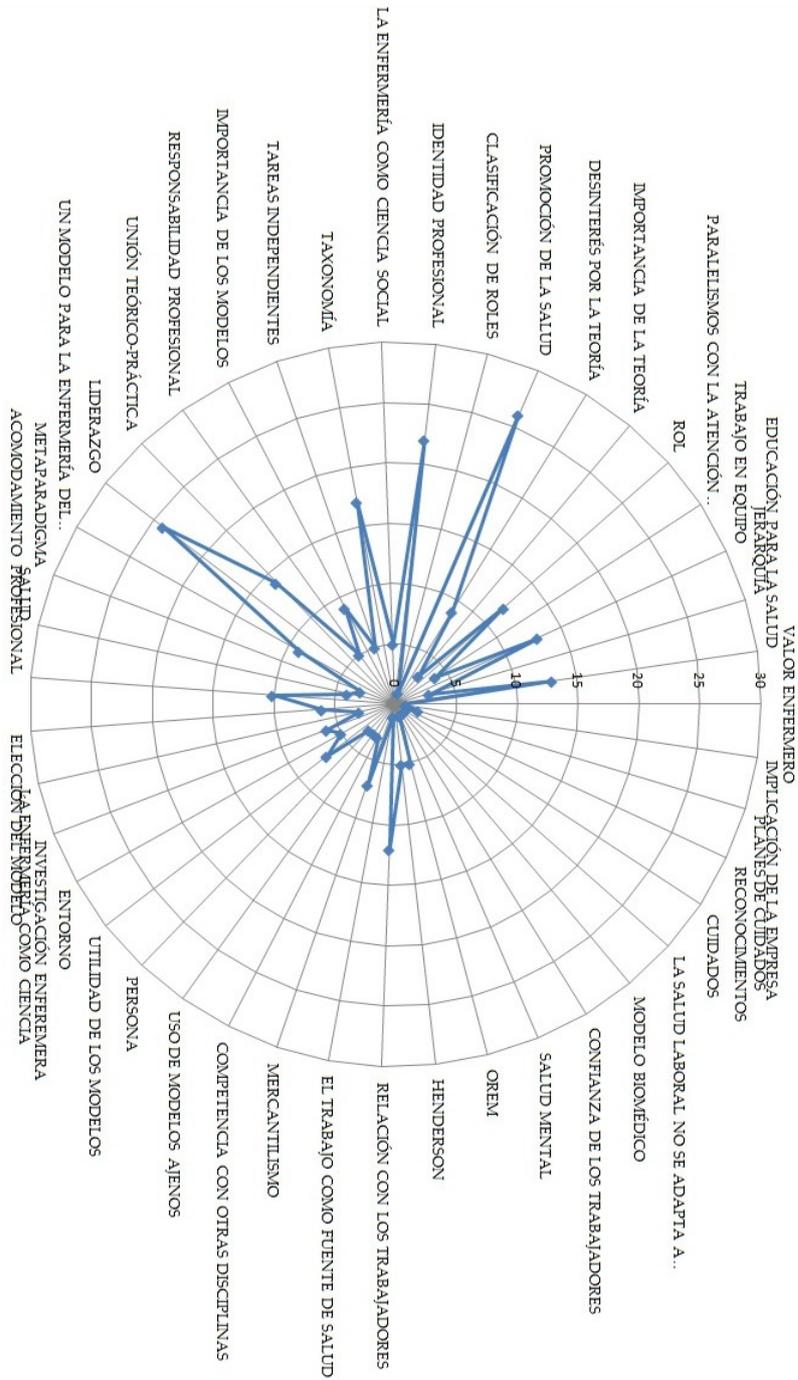
¹⁵ En el apartado: "3.4.5.1.1.- Características de la Categoría Central".

En la siguiente figura se observa el peso específico de cada uno de los códigos atendiendo a su presencia en los discursos. Se observa cómo el código más repetido es el de Promoción de la Salud¹⁶, y en segundo lugar aparece el Liderazgo¹⁷. Si vinculamos el código Promoción de la Salud con el de Educación para la Salud, se remarca su intensidad y da credibilidad a su establecimiento como Categoría Central.

¹⁶ Según la Organización Mundial de la Salud (1986) la Promoción de la Salud se define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Desde una óptima más específica podemos definir el concepto de Promoción de la Salud en el trabajo (PST) conforme lo hace la propia declaración de Luxemburgo promovida por la Red Europea para la Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP,1997) donde se apuesta por la unión de esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo.

¹⁷ Si partimos de la definición del diccionario de la Real Academia Española (2014), el liderazgo se explica como la situación de superioridad en que se halla una empresa, un producto o un sector económico, dentro de su ámbito. La carencia de referencia a un liderazgo personal hace necesaria que acudamos a otras definiciones de liderazgo más vinculadas a la ciencia enfermera. Por un lado, para Ann Marriner (2009) el liderazgo enfermero es la inspiración para obtener las respuestas deseadas y conseguir que los demás realicen el trabajo. Los líderes se centran en el objetivo y en hacer lo correcto. Están orientados al futuro, se sienten desafiados por el cambio y son capaces de planificar estrategias y aprovechar el potencial humano. Por otro lado, conviene recoger la definición de la enfermera Diane Huber (1999), autora del libro *Liderazgo y administración en enfermería*, donde especifica, en la misma línea que Marriner, que el liderazgo es el proceso de influir en las personas para lograr metas.

Gráfica 6. Dispersión de códigos según su peso específico.

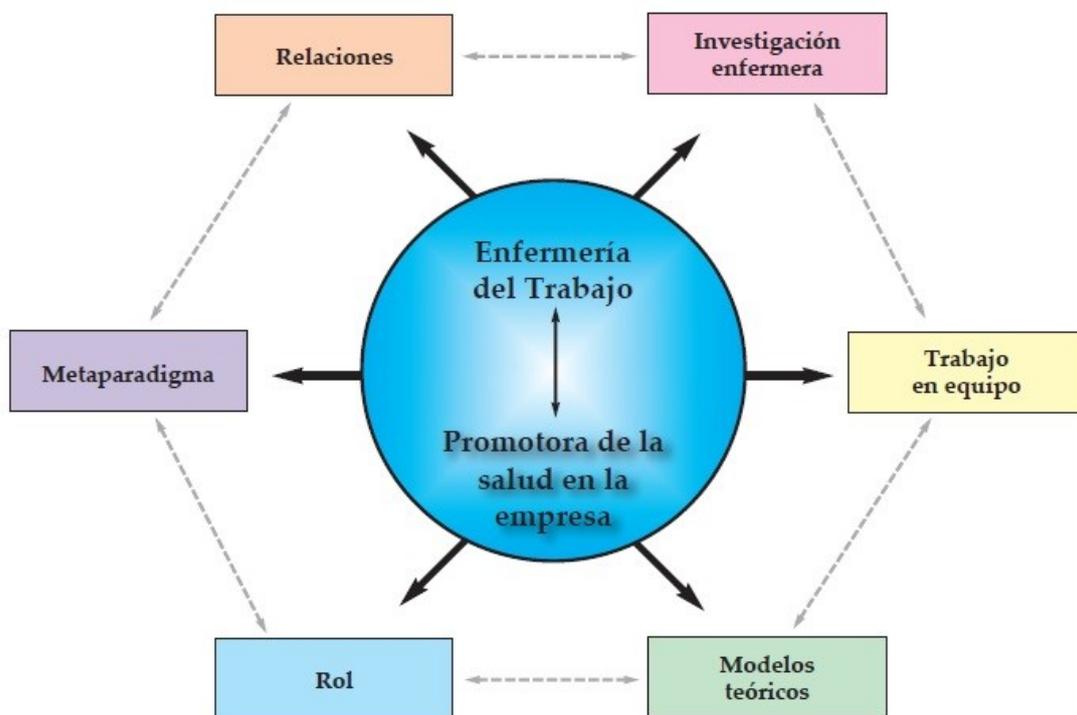


Fuente: elaboración propia.

3.4.6.3.- Resultados de la codificación selectiva¹⁸.

La aparición de la categoría central da lugar a una organización del resto de categorías emergidas en torno a ésta. Si hacemos una representación gráfica de las categorías surgidas aparecerá en el centro la denominada categoría central, y alrededor de ésta al resto de categorías que se relacionan tanto con la categoría central como entre ellas.

Figura 1. Relación de la categoría central con el resto de categorías.



Fuente: elaboración propia.

¹⁸ Las categorías obtenidas en la primera fase se relacionan con la categoría central a través de diferentes tipos de relaciones, y a su vez, se perfila la teoría, es decir, se hace la redacción en prosa de la articulación de todos los conceptos en torno a la categoría central.

3.4.7.- Aspectos éticos.

Los datos sobre la identidad y opiniones de los entrevistados para esta investigación se han mantenido en todo momento bajo estrictos criterios de confidencialidad. Para el tratamiento informático y transcripción de las entrevistas se utilizó una codificación mediante una letra y un número. Todos los participantes fueron informados de sobre los objetivos y motivaciones del estudio y dieron su autorización para participar en el mismo. Para la realización de esta investigación se han seguido los principios éticos promulgados por la Asociación Medica Mundial en la Declaración de Helsinki¹⁹.

¹⁹ de Helsinki, D. (1964). Asociación Médica Mundial. *Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. Helsinki, Finlandia.*

CAPÍTULO 4: RESULTADOS / DISCUSIÓN.

4.1.- RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1.1.- Búsqueda bibliográfica.

El proceso de búsqueda bibliográfica se compuso de dos estrategias, en una primera parte se buscaron resultados en castellano, tanto de España como de Latinoamérica. El número de documentos encontrados para los descriptores 'Enfermería del Trabajo' y 'Enfermería Laboral' se expone en la Tabla 5.

Tabla 5. Registros en castellano para Enfermería del Trabajo.

Base de datos	Resultados
CUIDEN	5
DIALNET	24
ENFISPO	86
IBECS	0
TESEO	0
COCHRANE PLUS	0
CSIC	0
CUIDATGE	0
ISBN	0

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, al margen del escaso número de registros para el descriptor ‘Enfermería del Trabajo’ cabe reseñar el elevado índice de ‘ruido’, entendiendo por ruido²⁰, todos aquellos artículos que no sirven a los propósitos del estudio (Bernal, 2001). Por otra parte al realizar una búsqueda avanzada que vinculara el término *Enfermería del trabajo* o *Enfermería Laboral* con *Modelos Teóricos* no encontramos ningún resultado.

Cabe reseñar que según el registro de revistas ISSN sí que existe una revista llamada *Enfermería del Trabajo* que está editada por la Asociación Española de Especialistas en Enfermería del Trabajo que nació en 2011 y puede considerarse heredera de la extinta revista *El Termómetro* que fue publicada por la misma institución entre 1999 y 2005.

La búsqueda del término ‘Enfermería del Trabajo’ en inglés (*Occupational Health Nursing*) arroja un gran volumen de resultados. Al relacionar los descriptores *Occupational Health Nursing* y *Theoretical Models* encontramos los resultados que aparecen en la tabla 6.

Tabla 6. Número de publicaciones internacionales que vinculan a la Enfermería del Trabajo con modelos teóricos.

Base de datos	Resultados
CINAHL	2
MEDLINE	42
SCOPUS	19
WOS	2
PROQUEST	44
WORLDCAT	30

Fuente: elaboración propia.

²⁰ El porcentaje de “ruido” no debiera exceder del 20%, este límite nos indica la relevancia de nuestros resultados, es decir, la adecuación de éstos a nuestra necesidad de información. Los términos seleccionados sólo se rastrearán en los campos: “título”, “resumen” y “palabras clave”.

El uso combinado de las palabras clave hizo que el ruido encontrado en las publicaciones halladas fuese muy reducido.

Si bien el número de documentos obtenidos es aceptable se planteó la necesidad de analizar qué documentos estaban presentes en varias bases de datos. Es por esto que se procedió a realizar un análisis cualitativo de la documentación obtenida, de manera que se pudiera agrupar por año de publicación, por revista publicada y por tipo de documento. En la tabla 7 se muestran los datos desagregados.

Tabla 7. Resultados según año de publicación, tipo de documento, revista publicada y autor principal.

	Año	Tipo de documento	Revista	Autor principal
1	1977	Artículo	Occupational Health Nursing	Tinkman
2	1977	Artículo	Occupational Health Nursing	Baughn
3	1980	Artículo	Occupational Health Nursing	Phaneuf
4	1980	Artículo	Occupational Health Nursing	Gries
5	1982	Artículo	Nursing Outlook	Salmon
6	1983	Artículo	Occupational Health Nursing	Javid
7	1984	Artículo	Occupational Health Nursing	Gifford
8	1984	Artículo	Occupational Health Nursing	Dees
9	1985	Artículo	Occupational Health Nursing	Lepping
10	1985	Artículo	Occupational Health Nursing	Morris
11	1987	Artículo	AAOHN Journal	Olson
12	1988	Artículo	AAOHN Journal	Randolph
13	1988	Artículo	AAOHN Journal	Rogers
14	1990	Artículo	AAOHN Journal	Wilkinson
15	1991	Artículo	AAOHN Journal	McAbee
16	1992	Artículo	AAOHN Journal	Widfeldt
17	1992	Artículo	AAOHN Journal	Lundberg
18	1993	Artículo	AAOHN Journal	Maciag
19	1993	Artículo	Occupational Health (Lond)	Alston (1ª parte)
20	1993	Artículo	Occupational Health (Lond)	Alston (2ª parte)
21	1993	Artículo	Occupational Health (Lond)	Alston (3ª parte)
22	1993	Artículo	Journal of Advanced Nursig	Yoo

23	1994	Tesis Doctoral	University of London	Chang
24	1995	Artículo	AAOHN Journal	Parrish
25	1997	Artículo	AAOHN Journal	Olson
26	1997	Artículo	AAOHN Journal	Ekeberg
27	1998	Artículo	AAOHN Journal	Stagle
28	1998	Artículo	AAOHN Journal	Rogers
29	2000	Informe	Scientific Committee on OHN	Burgel
30	2000	Artículo	Occup. Med.	Rossi
31	2000	Artículo	AAOHN Journal	Olson
33	2001	Informe	-	OMS
34	2001	Informe	-	University Aberdeen
35	2002	Artículo	AAOHN Journal	Skillen
36	2002	Artículo	AAOHN Journal	Parker-Conrad
37	2004	Artículo	Occupational Health	Walker
38	2004	Artículo	AAOHN Journal	De Castro
39	2005	Artículo	Occupational Health	Griffiths
40	2005	Artículo	AAOHN Journal	Harrison
41	2006	Artículo	Occupational Health	McBain
42	2008	Tesis Doctoral	Universidad de Columbia	Thompson
43	2009	Artículo	Occupational Health	Horan
44	2009	Artículo	Occupational Health	O'Reilly
45	2010	Artículo	AAOHN Journal	Noel
46	2011	Artículo	Workplace Health & Safety	Staun
47	2011	Artículo	AAOHN Journal	Ward
48	2011	Artículo	Occupational Health	Oakley
49	2012	Artículo	Workplace Health & Safety	McCullagh
50	2013	Editorial	Workplace Health & Safety	Roy

Fuente: elaboración propia.

4.1.2.- Modelos generalistas.

En 1990 las enfermeras Jennan Atkins y Nancy Magnuson de la Universidad de Birmingham elaboraron un estudio para conocer el estado de la investigación de Enfermería en el ámbito de la salud ocupacional. Tras analizar 241 revistas especializadas obtuvieron 90 informes relativos a la investigación enfermera en Salud Laboral entre 1984 y 1989. Una de las conclusiones fundamentales de su estudio era la escasa aplicación de los modelos conceptuales de Enfermería en dichos trabajos (Atkins y Magnuson, 1990). Sin embargo, como expone Fawcett, los modelos de Enfermería deben estar presentes en todas las fases del proceso de investigación (Fawcett, 1983). De manera que si convenimos que el desarrollo de la investigación es el motor para la evolución de la disciplina, el estudio de los modelos conceptuales también lo es.

Desde la década de los años 70 del siglo XX hasta nuestros días han surgido diferentes modelos para conceptualizar la Enfermería Laboral. Algunos de estos modelos son la adaptación de modelos generales de Enfermería y otros, la gran mayoría, son propuestas que surgen de la subdisciplina. A continuación vamos a realizar un análisis en profundidad de ambos tipos de modelos.

Algunos de los modelos de Enfermería que podríamos catalogar como 'generalistas' son aplicables a la Salud Ocupacional y utilizables en la investigación enfermera (Rogers, 1994). Los modelos y teorías de Enfermería aplicables al marco de la Enfermería en Salud Laboral son: el Modelo de Adaptación de Roy (Thompson, 1986), la Teoría General de Enfermería de Orem (Javid y Lester, 1983), el Modelo de Sistemas de Cuidados de Neuman (McGee, 1995) y la Teoría del Cuidado Humano de Watson (Noel, 2010).

4.1.2.1.- Callista Roy.

La hermana Callista Roy comenzó su carrera como enfermera tras graduarse en 1963 en el *Mount Saint Mary's College* de Los Ángeles. Desarrolló su teoría a partir de la influencia de los trabajos en psicofísica de Herry Helson y los trabajos de Dorothy E. Johnson. En 1976 publicó su obra más importante *Introduction to Nursing: An adaptation Model*, donde recogió los fundamentos de su teoría.

El elemento clave que explica la teoría de Roy es la capacidad de afrontamiento y adaptación del individuo al entorno. Se entiende por adaptación “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” (Phillips, 2007). Se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno. Los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados por Roy para interrelacionar los cinco elementos esenciales del modelo de Roy: el paciente, la meta de Enfermería, la salud, el entorno y la dirección de las actividades enfermeras que facilitan dicha adaptación.

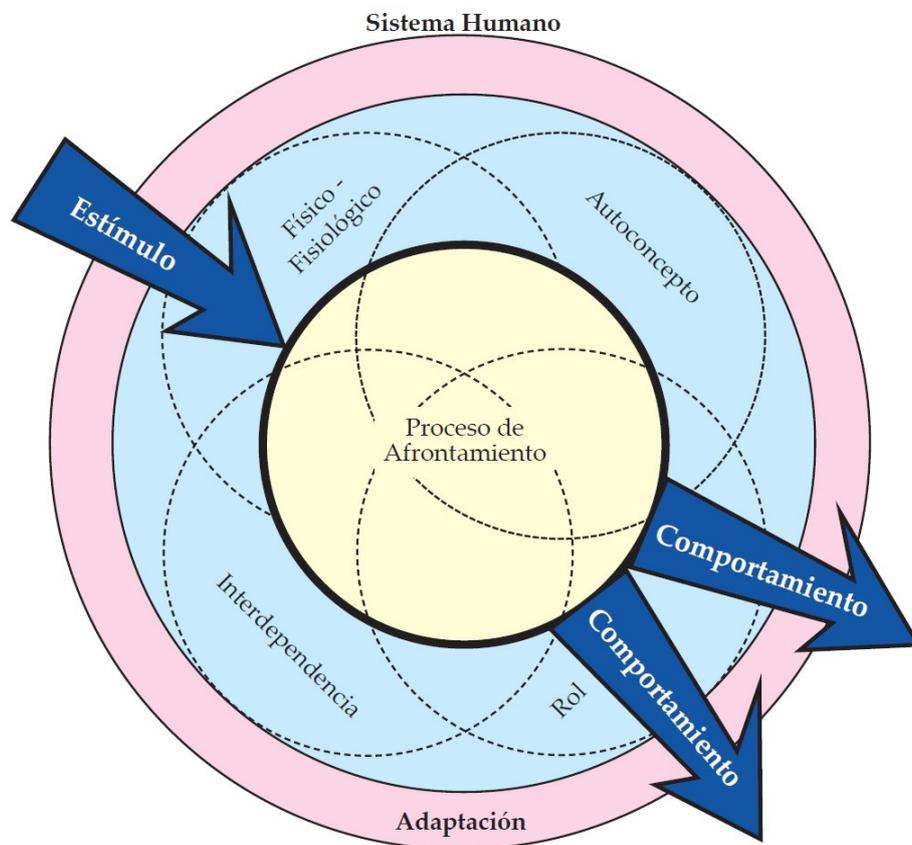
El modelo de Roy puede establecer relaciones entre sus conceptos teóricos mediante la formulación de sus enunciados teóricos, que son:

- El objetivo de la enfermería es ayudar a la persona en su constante proceso adaptativo para lograr una respuesta eficaz que le permita alcanzar un óptimo nivel de bienestar.
- El grado de adaptación de la persona estará en función del efecto que cosechen los estímulos focales, contextuales y residuales.
- Mediante la percepción el individuo enlaza los subsistemas regulador y cognitivo. De manera que cuando un estímulo entra en el subsistema regulador se transforma en percepción, siendo éste un proceso propio del subsistema cognitivo. A esta percepción le continúa una respuesta que entrará, a su vez, de nuevo en el subsistema regulador y cognitivo.
- La respuesta a los estímulos se da mediante cuatro modos adaptativos (necesidades fisiológicas, concepto de sí mismo, función de rol y relaciones de interdependencia) que permiten alcanzar la integridad fisiológica, psicológica y social.
- Los subsistemas regulador y, cognitivo, y los cuatro modos de adaptación se combinan para formar un sistema global y complejo que es la persona.

Clasificación del modelo.

Según Marriner (2011) el modelo de Roy debe ser categorizado como un Modelo de Enfermería propiamente dicho. A su vez, dado al periodo histórico en el que se publicó (1971) y su orientación hacia la persona debemos incluirlo dentro del paradigma de integración. En cuanto a la escuela de pensamiento enfermero debe catalogarse dentro de la escuela de los efectos deseables.

Figura 2. Modelo de Roy.



Fuente: elaboración propia, a partir de los postulados de Sor Callista Roy (1976).

Metaparadigma:

- *Salud*: se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo. Estado y proceso al mismo tiempo.

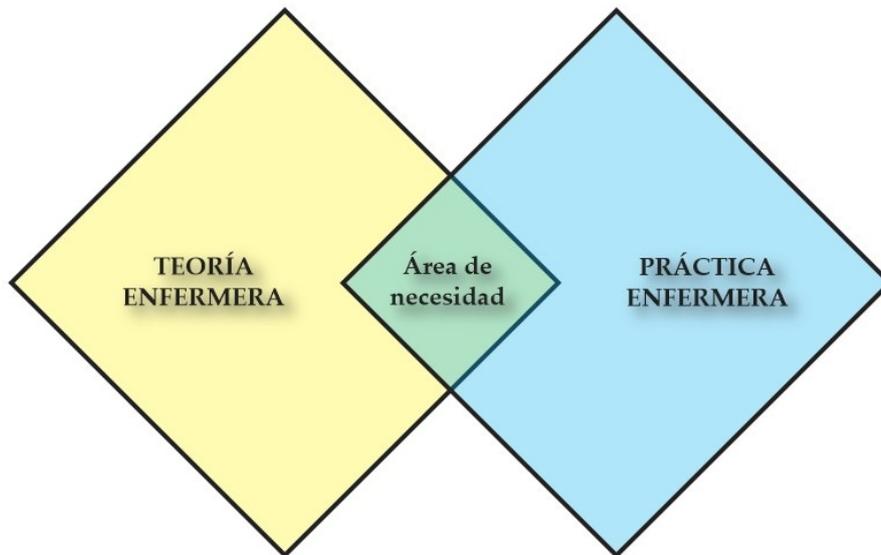
- *Persona*: Roy define la persona como "todo sistema adaptable", y añade que "el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto". Es el receptor de los cuidados enfermeros; Roy afirma que el cliente tiene un rol activo en los cuidados. Es un ser biopsicosocial que interactúa constantemente con el entorno cambiante.

- *Entorno*: se aglutinan todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta del individuo. Se compone de un ambiente interno y externo que está cambiando y se encuentra en constante interacción con la persona.

- *Cuidados*: los cuidados de Enfermería amplían la capacidad de adaptación y mejoran la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno con el objetivo de fomentar la adaptación.

En 1986 la enfermera Margaret Thompson propone como marco teórico idóneo para la Enfermería de Salud Laboral la teoría de Callista Roy. Según Thompson la elección de una teoría enfermera está en función de la práctica, de manera que allá donde práctica y teoría confluyen se delimita un área de necesidad.

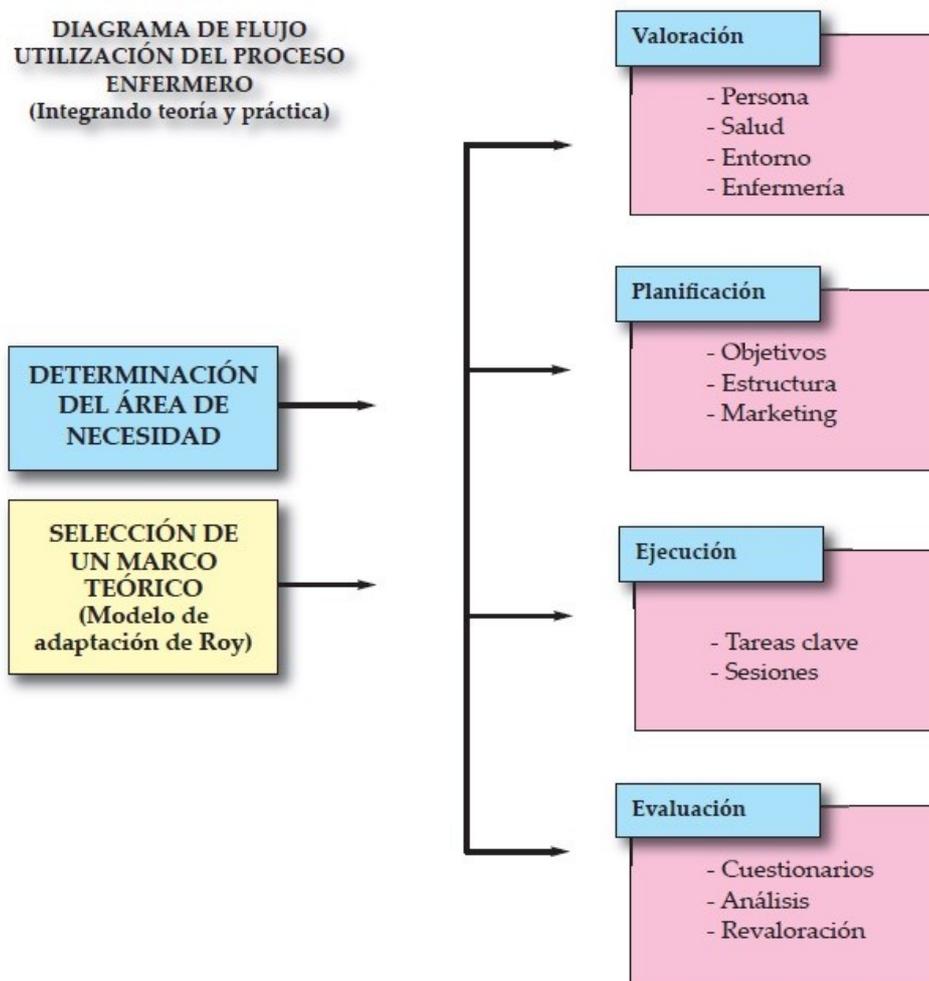
Figura 3. Área de necesidad de Thompson.



Fuente: elaboración propia, extraído del modelo de Thompson (1986).

Thompson elabora un diagrama de flujo que explica el proceso enfermero a partir de los postulados de Roy, adaptándolos a la Enfermería Ocupacional. Según Thompson el proceso consta de cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación), que vienen a coincidir con las fases del *Proceso de Enfermería*, si bien, para Thompson, la fase de diagnóstico se encuentra integrada en la propia valoración enfermera. Para dicha valoración utiliza los componentes del metaparadigma a modo de elementos de revisión.

Figura 4. Diagrama de flujo del proceso enfermero de Thompson.



Fuente: elaboración propia, a partir del modelo de Thompson (1986).

El objetivo de la acción de Enfermería es la promoción de la adaptación de la personas en cuatro ámbitos: necesidades fisiológicas, autoconcepto, función de rol y relaciones de interdependencia. La propuesta de Thompson de utilizar el marco conceptual de Roy centrado en la adaptación del individuo se complementa con la descripción de cómo la enfermera del trabajo puede

colaborar también a mantener dicha adaptación al final de la vida laboral de los trabajadores durante su tránsito hacia la jubilación.

4.1.2.2.- Dorothea E. Orem.

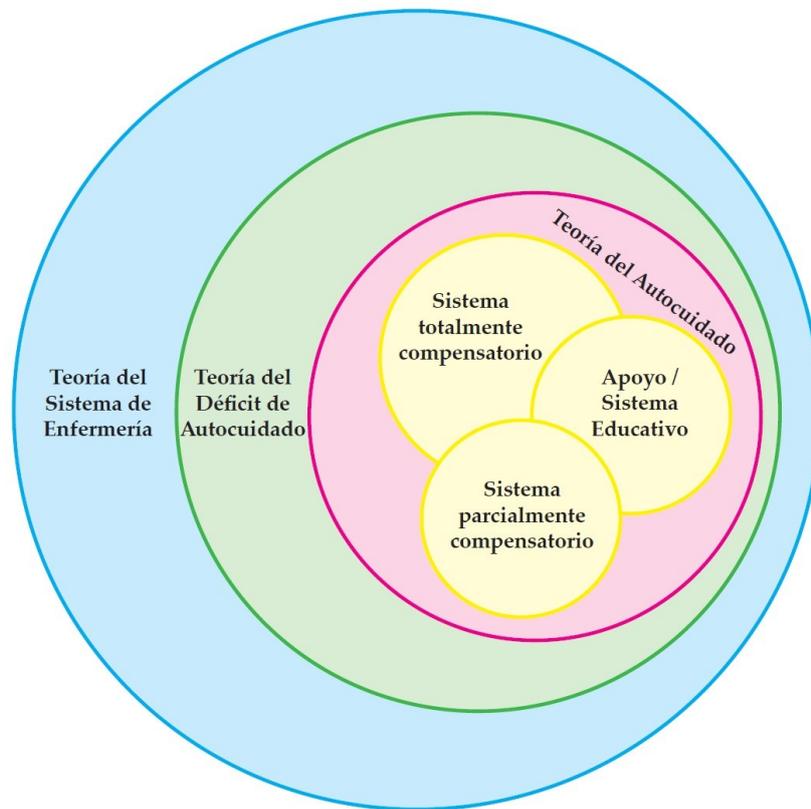
Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore (Maryland) en 1914. En la década de 1930 comenzó su carrera como enfermera en la Escuela de Enfermería del *Providence Hospital* en Washington. Orem obtuvo el título de *Bachelor of Science in Nursing* en la *Catholic University of América* (CUA) en 1939, y en 1946 obtuvo el nivel de *Magister in Nursing* en la misma universidad.

Su experiencia profesional comenzó como enfermera asistencial, si bien muy pronto comenzó a ocupar puestos de relevancia académica, ostentó el cargo de directora de la escuela de Enfermería en el *Providence Hospital* en Detroit, entre 1940 y 1949. Trabajó en la *Division of Hospital and Institutional Services* del *Indiana State Board of Health* entre 1949 y 1957. En 1957, Orem se trasladó a Washington DC donde trabajó en la *Office of Education*, en el *US. Department of Health, Education and Welfare*, como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En 1959 Dorothea Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación de Enfermería en la *Catholic University of América*.

La obra más importante de Orem se titula *Nursing: Concepts of Practice* y fue publicada en 1971, si bien ha sido editada posteriormente en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001.

La Teoría General de Enfermería propuesta por Dorothea E. Orem está compuesta, a su vez, por tres teorías que se relacionan entre sí: la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de Sistemas de Enfermería. La piedra angular que sustenta los postulados de Orem es que el individuo tiene capacidad para su autocuidado (Cavanagh, 1993). El autocuidado se define como la práctica de actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar (Marriner & Alligood, 2011).

Figura 5. Modelo de Orem.



Fuente: elaboración propia a partir de la Teoría General de Orem (1971).

La Teoría del Autocuidado incluye la práctica de actividades que el individuo realiza para sí mismo con el objetivo de mantener la vida, la salud y el bienestar. Para Orem existen tres tipos de requisitos para alcanzar el autocuidado (Orem, 1993): requisitos universales, requisitos de desarrollo y requisitos relacionados con la desviación del estado de salud. Los requisitos universales son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Por otra parte, los requisitos de desarrollo corresponden con etapas específicas del desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan al desarrollo humano, en otras palabras, son los requisitos determinados

por el ciclo vital. Por último los requisitos de autocuidado asociados a las desviaciones del estado de salud están relacionados con las acciones a realizar a causa del estado de salud, por tanto, tienen su origen en los procesos de la enfermedad, en los tratamientos y diagnósticos médicos. En este grupo de requisitos se agrupan los cambios evidentes en la estructura humana, los cambios en el funcionamiento fisiológico y los cambios en el comportamiento y hábitos de vida.

La Teoría del Déficit de Autocuidado especifica cuándo es necesaria la acción de la enfermera. Para Orem esto se da cuando un adulto es incapaz de procurarse autocuidados de manera continua y eficaz. Según Orem, la enfermera puede realizar acciones en cinco ámbitos diferentes:

- Actuando en lugar de la persona.
- Guiando a la persona en el autocuidado.
- Apoyando física y psicológicamente a la persona.
- Enseñando a la persona.
- Promoviendo un entorno favorable al desarrollo de la persona, de tal manera que llegue a ser capaz de enfrentarse al presente y al futuro.

La Teoría de los Sistemas de Enfermería describe cómo las necesidades de autocuidado del paciente serán satisfechas por la enfermera, por el paciente, o por ambos. Orem identifica tres clasificaciones de sistema de Enfermería para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente:

- Sistema de Enfermería totalmente compensatorio donde el individuo es incapaz de participar en su autocuidado.
- Sistema de Enfermería parcialmente compensatorio donde la enfermera y el individuo trabajan conjuntamente en la búsqueda del autocuidado.
- Sistema de apoyo educativo, también conocido como sistema de apoyo en el desarrollo, se da cuando la persona es capaz de lograr el autocuidado pero no puede hacerlo sin ayuda de la enfermera.

En líneas generales el enfoque de Orem en el Proceso de Enfermería proporciona un método para determinar los déficit de autocuidado y posteriormente definir los roles de paciente o enfermera para satisfacer las demandas de autocuidado.

El proceso de Enfermería que describe Orem contiene tres partes (Orem, 1993). La primera es la valoración, que recoge los datos para determinar el problema o preocupación que debe ser abordado. El siguiente paso es el diagnóstico y la creación de un plan de cuidados de Enfermería. El tercer y último paso del proceso de Enfermería es la implementación y la evaluación. La enfermera establece el plan de cuidado de salud en marcha para cumplir con las metas establecidas por el paciente y su equipo de atención de la salud, y cuando termine, evaluar los cuidados de Enfermería mediante la interpretación de los resultados de la ejecución del plan.

Clasificación del modelo.

Según Marriner (2011) la Teoría de Orem debe ser conceptualizada como un Modelo de Enfermería, a su vez se incluye dentro del paradigma de integración y dentro de la Escuela de las Necesidades.

Metaparadigma

- *Salud*: Orem define la salud como un estado de plenitud para el ser humano; un estado donde uno es estructural y funcionalmente completo. Para Orem un ser saludable es aquél que tiene la capacidad de autocuidado necesaria para satisfacer sus demandas de autocuidado (que son cambiantes). La autora integra a su vez, dentro del concepto de salud la responsabilidad social en la promoción y mantenimiento de la salud. A partir de este planteamiento podemos inferir la utilidad del planteamiento de Orem en la Enfermería de Salud Laboral.

- *Persona*: es el paciente, un ser que presenta funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender, desarrollarse y autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no lo lograra serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

- *Entorno*: aglutina a aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar con la persona.

- *Cuidados*: los cuidados se describen como el objetivo de la disciplina enfermera, ayudando a las personas a cubrir las demandas de autocuidado

terapéutico o cubriendo las demandas de cuidado terapéutico de otros.

En 1983 Liana B. Javid, profesora y enfermera en el *St. Lukes Medical Center* de Chicago en Illinois, publicó en colaboración con la enfermera Margaret McCraig Lester, su propuesta de modelo para la Enfermería del Trabajo basado en la práctica. Dicho modelo supone la adaptación de los postulados defendidos por Orem y aplicados a la Enfermería Laboral.

Para Javid un modelo es una representación esquemática de conceptos interrelacionados, suposiciones, teorías y proposiciones útiles para la Enfermería ya que proporciona un marco que guía la práctica clínica, la educación y la investigación. Javid considera que un modelo para la práctica eficaz es aquel que contiene criterios medibles para evaluar los resultados propiciando una ponderación de los resultados de la práctica. La autora se propone elaborar un modelo conceptual orientado fundamentalmente a la práctica de la Enfermería Laboral. Los fines se resumen en:

- Guiar la práctica.
- Generar hipótesis.
- Proporcionar unos criterios medibles que ayuden a evaluar las intervenciones de Enfermería.

El modelo de Javid se propone como objetivo principal alcanzar la salud ocupacional de los trabajadores, a través de un sistema abierto donde los empleados interaccionan entre sí, con su entorno laboral, así como con su medio particular (hogar, familia, comunidad).

El modelo asume que el individuo es un ser humano racional, capaz de tomar decisiones, alcanzar objetivos y utilizar los recursos disponibles. El individuo asume, a su vez, la responsabilidad de sus acciones.

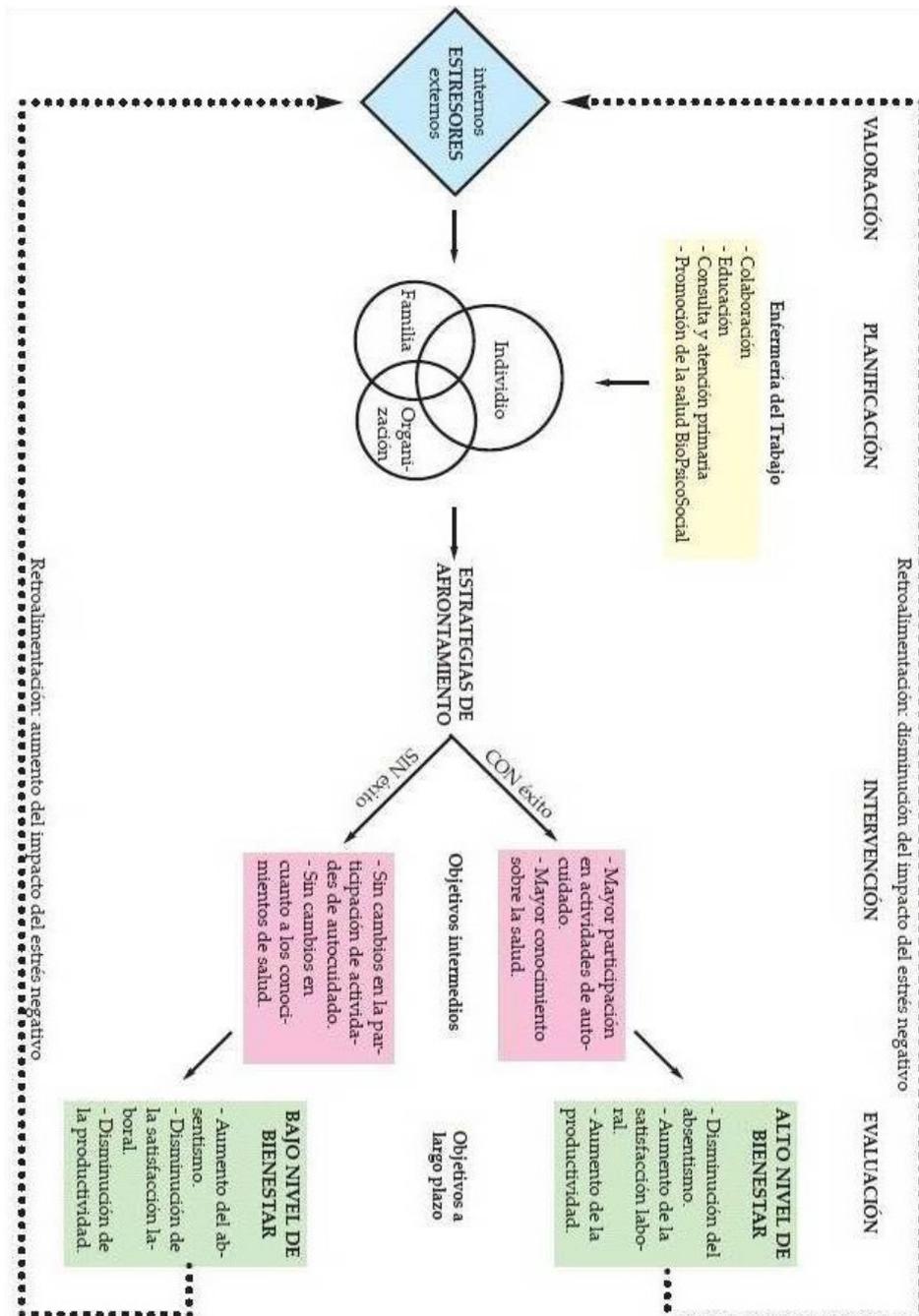
La enfermera es la encargada de la promoción de la salud mediante el uso del Proceso de Enfermería, para llevarlo a cabo debe hacer valer las siguientes herramientas: la educación, la consulta, la colaboración y la investigación. Esto implica que el profesional de la Enfermería del Trabajo es un referente para la organización y para los trabajadores.

La representación gráfica de este modelo muestra las etapas propias del

Proceso Enfermero de manera cíclica (si bien carece de la etapa de diagnóstico). Se establece como punto de partida la existencia de unos estresores (internos y externos) a partir de los cuales se desencadena el proceso. El modelo asume una compleja relación entre el trabajo, la salud y el estrés. De forma que los estresores inherentes en el trabajo dan lugar a efectos sobre la salud, por ejemplo: úlceras pépticas o síndromes de ansiedad. Asimismo la salud del trabajador también puede tener un efecto sobre el trabajo, que se traduce, si la salud es mala, en un aumento del absentismo laboral o disminución de la productividad. Por otra parte, los estresores externos también influyen en la salud del trabajador y su función en la organización.

Los resultados se agrupan en aquellos que producen un nivel de bienestar alto y aquellos que dan lugar a un nivel de bienestar bajo, siendo el nivel alto un derecho tanto para la empresa como para el trabajador.

Figura 6. Modelo de Enfermería del Trabajo basado en la práctica.



Fuente: elaboración propia, adaptación del modelo de Javid (1983).

Según el modelo, el alto nivel de bienestar es el resultado de las actividades de autocuidado que disminuyen la tasa de absentismo y aumentan la satisfacción laboral y la productividad. Pero este beneficio va más allá de la empresa pudiendo producir un efecto positivo en la familia y en la comunidad.

Este modelo se sustenta en otros dos, por una parte la Teoría de Sistemas, descrita por von Bertalanffy en 1950, que considera al individuo, la familia y la empresa como sistemas abiertos en constante interacción, intercambio de información y energía, a través de sus fronteras semipermeables. Y por otro lado, adquiere la terminología del autocuidado propia de la Teoría de Orem donde la función de la enfermera en el marco del autocuidado es facilitar dicho autocuidado.

Este modelo muestra que las actividades de la promoción de la salud utilizadas por la enfermera del trabajo sirven para mejorar el afrontamiento del individuo, y por tanto son útiles para adaptarse a las demandas del medio ambiente cambiante.

Metaparadigma:

- *Salud*: la implicación del trabajador en su autocuidado y el aumento de su conocimiento sobre su propia salud da lugar a un alto nivel de bienestar.

- *Persona*: trabajador de la empresa, ser humano racional que toma sus propias decisiones. Implicado en los riesgos que pueden existir en su medio ambiente laboral y que pueden afectar a su salud y tener consecuencias para él y para la empresa.

- *Entorno*: en primera instancia es la empresa donde el empleado trabaja, y en segunda instancia toda la comunidad donde el trabajador interacciona con el resto de la sociedad. Además, es un sistema abierto en constante interacción externa e interna.

- *Cuidados*: consisten en dotar a los trabajadores de recursos que faciliten su propio autocuidado con la finalidad de alcanzar el máximo nivel de bienestar posible.

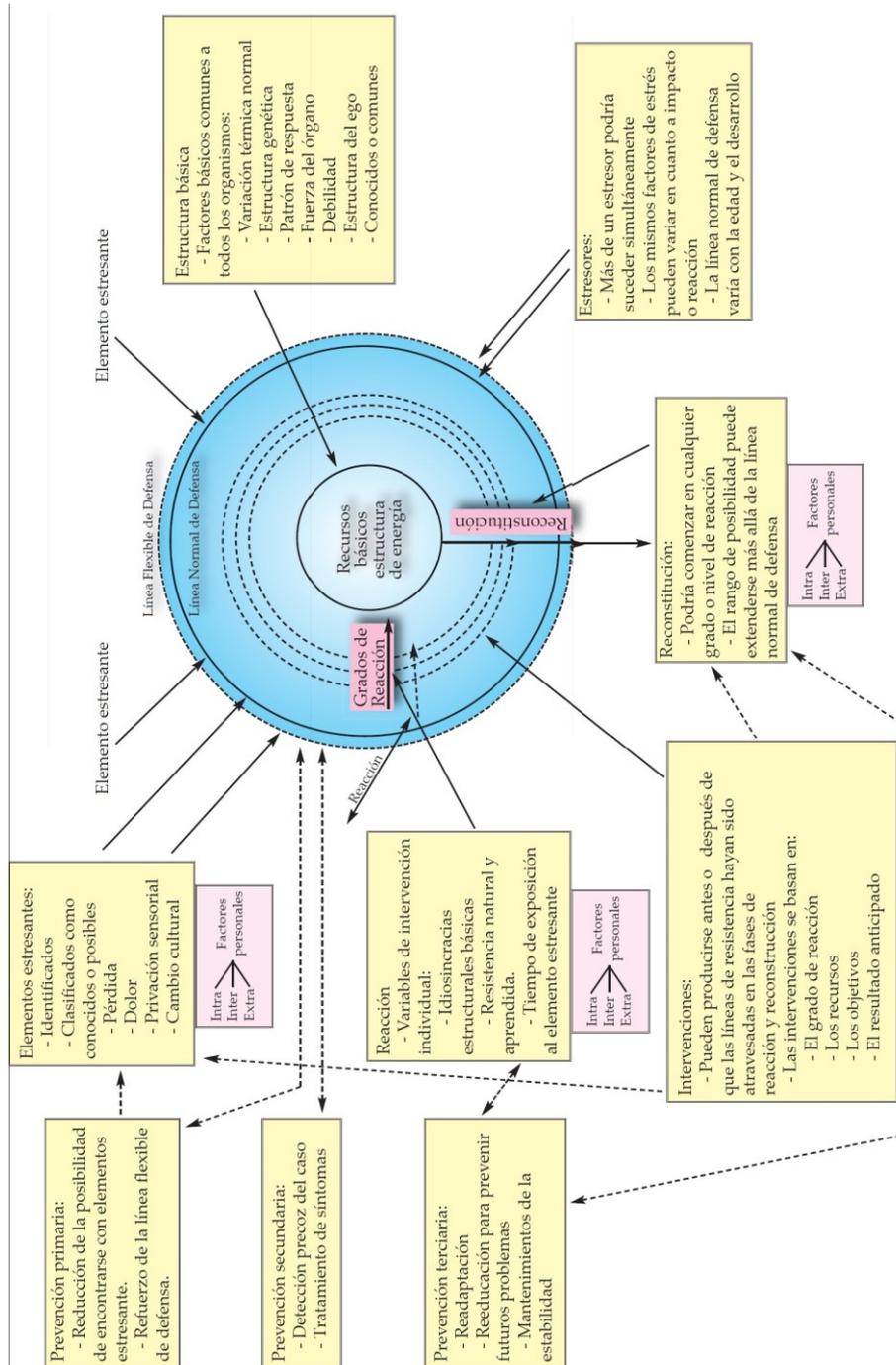
4.1.2.3.- Betty Neuman.

Betty Neuman nació en 1924 en una granja cerca de Lowell, Ohio (Estados Unidos). Acabó sus estudios básicos de Enfermería con honores en la escuela de Enfermería del *Peoples Hospital* de Akron (Ohio) en 1947. En el año de 1966, finalizó su maestría en Salud Mental y Salud Pública en la UCLA. Posteriormente, se doctoró en Psicología Clínica en la Universidad del Pacífico del Oeste en 1985.

En California, trabajó en diversos sitios como enfermera de hospital, directora de Enfermería, enfermera en una escuela y enfermera de empresa. Su trabajo como enfermera especializada en Salud Mental le permitió crear un modelo conceptual para Enfermería, en la década de los 70 del siglo XX, conocido como Modelo de Sistemas de Neuman: aplicación de Enfermería y práctica. El modelo de Neuman se encuentra íntimamente relacionado con la corriente psicológica Gestalt y con la Teoría del Estrés de Hans Seyle (Neuman, 1980).

Dicho modelo explica que una persona es susceptible a sufrir un desequilibrio en su organismo si no se cubren sus necesidades mientras se desarrolla en su entorno. Neuman afirma que hay factores de estrés que interactúan con el entorno y son los causantes de los desequilibrios que afectan a la salud del individuo. Según Neuman, existe un período de “ajuste” durante el cual el individuo puede alcanzar el equilibrio y, por tanto, un adecuado estado de salud (Alligood, 2013).

Figura 7. Modelo de Sistemas de Neuman.



Fuente: elaboración propia a partir del modelo de Neuman (1980).

El modelo de Neuman plantea una visión integral del cliente mediante un sistema dinámico y abierto en pro del cuidado del cliente. Se considera al cliente como “un todo” cuyas partes interaccionan entre sí de una forma dinámica.

En el sistema abierto y en constante interacción entre la persona y el entorno que plantea Neuman aparecen tres categorías de elementos estresantes:

- Fuerzas intrapersonales, las cuales se dan en el seno del individuo.
- Fuerzas interpersonales, las cuales tiene lugar en uno o más individuos, es decir, singulares o plurales.
- Fuerzas extrapersonales, las cuales se dan fuera del individuo.

El bienestar se da cuando el sistema, y las partes que conforman el sistema, interaccionan en armonía y satisfacen las necesidades del mismo. Por otra parte, la enfermedad es consecuencia de una falta de armonía entre las partes que constituyen el sistema (Alligood, 2013).

La línea normal de defensa representa la estabilidad tanto para el individuo como para el sistema. Ésta se mantiene a lo largo del tiempo y sirve como un estándar para valorar las posibles desviaciones del bienestar normal del cliente. La línea flexible de defensa es dinámica, se concibe como un amortiguador de protección el cual evita que los elementos estresantes crucen la línea normal de defensa y alteren el estado normal de bienestar. Las líneas de resistencia representan a los recursos que ayudan al cliente a defenderse de un elemento estresante (Neuman, 1980).

Neuman plantea la intervención en tres niveles: primario, secundario y terciario (Neuman, 1980).

- Prevención primaria: ante la sospecha de un elemento estresante o ya identificado. Según Neuman, la enfermera puede reducir la posibilidad de que el individuo se encuentre con el elemento estresante, y por tanto reforzar al individuo para que afronte el mencionado elemento o para que refuerce su línea flexible de defensa con el fin de disminuir la posibilidad de una reacción.
- Prevención secundaria: corresponde al conjunto de intervenciones o tratamientos iniciados una vez manifestado el estrés.
- Prevención terciaria: se da tras el tratamiento activo o la fase de prevención secundaria. Pretende conseguir que el paciente recupere la estabilidad

óptima del sistema.

Neuman describe la Reconstitución como el estado de adaptación a los elementos estresantes tanto en un entorno interno como externo.

Clasificación del modelo.

Según Marriner (2011) los postulados de Neuman deben ser conceptualizados como un Modelo de Enfermería. El modelo de Betty Neuman que data de 1975 se adscribe al paradigma de integración dado que toma en cuenta el entorno y el contexto en el cual se desarrolla la persona al momento de comprender y explicar el fenómeno, a su vez, se incluye dentro de la escuela de los efectos deseables, ya que aspira a que el cuidado logre la estabilidad del sistema humano en relación con el entorno.

Metaparadigma:

- *Salud*: Neuman define la salud como un movimiento constante entre dos polos: bienestar y enfermedad. Dicho cambio es dinámico y constante.

- *Persona*: el concepto de persona se concibe como cliente, el cual puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente considerado como un compuesto dinámico de interrelaciones entre factores fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual.

- *Entorno*: se entiende como un espacio que aglutina a los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Se reconocen tres tipos de entornos: Interno, Externo y Creado.

- *Cuidados*: para Neuman la Enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Se considera a la Enfermería como una profesión única, que debe ocuparse de todas las variables que afectan al individuo frente al estrés.

Marian McGee describió en 1995 la adecuación del Modelo de Sistemas de Neuman al proceso enfermero propio de la Enfermería Laboral. La autora sostiene que la compatibilidad del modelo de Neuman con la Salud Pública y su enfoque preventivo se adecua a los principios de la Enfermería el Trabajo. Según McGee la Enfermería Laboral es un proceso que resulta de la interacción entre la

enfermera, el trabajador, su trabajo y el lugar de trabajo.

McGee identifica a la enfermera especialista como una pieza clave en la detección de estresores de origen laboral. La enfermera laboral no sólo identifica dichos estresores, al ser experta en el ámbito de la salud en el trabajo puede evitar la aparición de dichos estresores al conocer su etiología y evolución.

McGee describe las fases del proceso enfermero:

- Valoración: la enfermera laboral identifica los estresores que afectan al trabajador y que pueden rebasar su línea de defensa, estos factores de riesgo pueden ser de tipo físico, ambiental o comportamental.

- Diagnóstico: se realiza a partir de la identificación de la respuesta del individuo ante una penetración en su línea de defensa y / o resistencia.

- Planificación: que debe contener una identificación de objetivos y subobjetivos a alcanzar, una identificación de todos los métodos posibles para el logro de metas, así como las acciones concretas a desarrollar.

- Intervención: se da sobre las tres etapas preventivas; la prevención primaria busca identificar con antelación aquellos factores de riesgo laboral que pueden llegar a ser estresores y afectar a la salud del trabajador. La prevención secundaria se centra en aquellas situaciones de crisis y morbilidad que afectan al trabajador. La estrategia que la enfermera ha de seguir debe ir encaminada a fortalecer las líneas de defensa y resistencia. La prevención terciaria se asocia a etapas posteriores a la crisis y su objetivo es la reconstitución de las líneas de defensa, así como a la rehabilitación del funcionamiento del sistema cliente.

- Evaluación: la aplicación del Modelo de Sistemas de Neuman está sujeta, como no podía ser de otra forma, a la evaluación de los resultados de Enfermería.

4.1.2.4.- Jean Watson.

En 1979 Jean Watson publicó su primer libro *La Filosofía y Ciencia de los Cuidados (The Philosophy and Science of Caring)* en la que expone su teoría. Ésta es modificada y complementada por la propia Watson introduciendo los diez factores relativos al Proceso Caritas o Proceso de Cuidado en la obra *Enfermería: Ciencia y cuidados humanos. Una teoría de Enfermería (Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing)* en 1985. Su obra se complementa con trabajo

más recientes como la *Ciencia del cuidado como Ciencia sagrada (Caring Science as Sacred Science)* donde se reflexiona sobre el fundamento moral y metafísico de la enfermera.

Watson basa su teoría sobre unos supuestos prácticos:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.
- La práctica del cuidado es central en la Enfermería. El cuidado es el núcleo de la Enfermería.

Y sobre diez “Factores de Cuidado” que resumen su planteamiento filosófico:

- 1.- Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
- 2.- Inducción de fe y esperanza.
- 3.- Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
- 4.- Desarrollo de la relación de cuidado humano, de ayuda y confianza.
- 5.- Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- 6.- Uso de procesos creativos para la solución de problemas.
- 7.- Promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
- 8.- Disposición para crear un entorno mental, físico, social, espiritual, corrector y de apoyo.
- 9.- Ayuda en la satisfacción de las necesidades humanas.
- 10.- Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales.

Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera, puede ayudar al otro a

resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer las condiciones para que sea el paciente-usuario quien resuelva sus problemas de manera individual.

En 2010, Dianne L. Noel, enfermera de empresa en *J.P. Morgan* en Ohio, publicó un análisis de la práctica de Enfermería Laboral a partir de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Noel defiende la aplicabilidad al ámbito práctico de la Enfermería Laboral de la Teoría del Caring, publicada por Watson en 1979.

Noel destaca que la Teoría de Watson puede acomodarse a la Enfermería del Trabajo ya que, según afirma, los procesos de cuidado de la Teoría de Watson son compatibles con los fundamentos de la Enfermería del Trabajo (promoción de la salud, prevención de enfermedades, la enseñanza, la autonomía del cliente y su autocuidado). La teoría tiene una amplia base que enfatiza las relaciones transpersonales, las necesidades físicas, emocionales, espirituales, la armonía y la plenitud (Noel, 2010).

Noel describe cómo Watson estudió el cuidado de Enfermería con un enfoque filosófico y con base espiritual, y cómo ve el cuidado como un ideal moral y ético de la Enfermería. Se describe el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos que es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Clasificación del modelo.

Según Marriner (2011) los postulados de Watson se corresponden con una Filosofía. El modelo de Watson que vio la luz en 1979, varios años más tarde que los de Roy, Orem o Neuman, se adscribe al paradigma de transformación, y en cuanto a las escuelas de pensamiento enfermero pertenece a la del caring.

Metaparadigma de Watson:

- *Salud*: la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y espíritu.

- *Persona*: Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente-cuerpo-espíritu, que experimenta y percibe. Es el sujeto de cuidado de Enfermería. Para Watson el cuerpo está vinculado a un espíritu o alma, y ese mismo vínculo es la esencia del ser humano. Los mecanismos mentales y espirituales interiores de la persona son los que posibilitan su curación y transforman a la persona en agente de cambio.

- *Entorno*: Para Watson el entorno está constituido por todas las fuerzas del universo y el entorno inmediato de la persona. Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad.

- *Cuidados*: el cuidado es el núcleo de la Enfermería. La Enfermería se centra en relaciones de cuidado transpersonales. El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar.

4.1.2.5.- *Nola Pender.*

Uno de los modelos enfermeros surgidos en la década de los 80 del siglo XX que resulta de gran aplicabilidad en el entorno laboral es el de Promoción de la Salud de Nola Pender, si bien, en la concepción que ésta hace sobre su modelo no existe referencia expresa a su aplicación en entornos de trabajo, hemos de tener en cuenta que la promoción y educación para la salud están indivisiblemente ligadas a la prevención en general, y a la prevención de riesgos laborales en particular. De ahí que resulte conveniente la revisión del modelo de Pender en esta investigación.

En 1982 la enfermera Nola Pender, profesora emérita de la *University of Michigan School of Nursing*, publicó su modelo de Enfermería. Éste incide en los aspectos conductuales que llevan a las personas a desarrollar actividades de promoción de la salud.

El Modelo de Promoción de la Salud de Pender ha sido clasificado como una teoría de alcance medio. Dicho marco trata de explicar y predecir cómo la compleja interacción entre los factores perceptivos y ambientales influye en las decisiones relacionadas con la salud que el individuo desarrolla (Sheehan, 2006), mientras que por otra parte también orienta hacia la generación de conductas

saludables (Aristizábal, Blanco, Sánchez, & Ostiguín, 2011). Este modelo, que ha sido utilizado internacionalmente como base para la investigación en Enfermería, la práctica y la educación (Pender, 2006), está inspirado en dos pilares teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura, y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (Aristizábal, 2011).

Del Modelo de Promoción de la salud de Pender se desprenden catorce enunciados teóricos (Pender, 2006):

- 1.- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- 2.- Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipa los beneficios derivados valorados de forma personal.
- 3.- Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
- 4.- La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
- 5.- La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
- 6.- El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
- 7.- Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
- 8.- Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él esperan que se produzcan la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
- 9.- Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.

10.- Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

11.- Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.

12.- El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.

13.- Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.

14.- Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

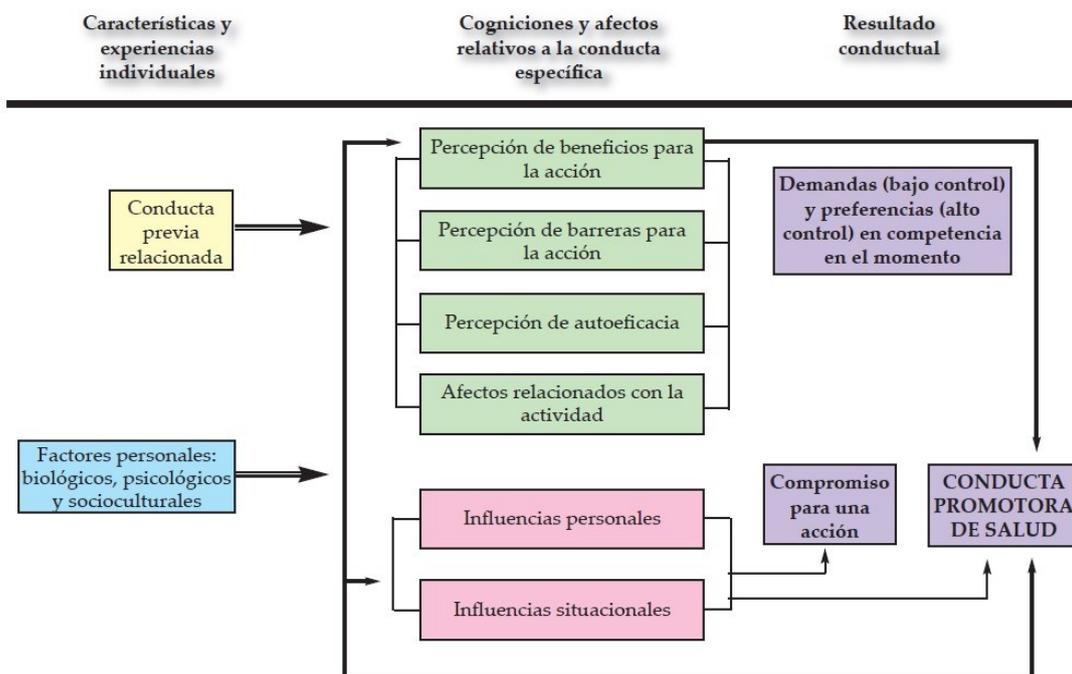
Principales supuestos de la teoría son (Pender, 2006):

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

Metaparadigma:

- *Salud*: para Pender la salud es un estado altamente positivo.
- *Persona*: es el ser que se expresa de forma única y personal. La persona es el centro de interés del modelo de Pender
- *Entorno*: si bien no define explícitamente el entorno, se puede considerar que está formado por los denominados “factores modificantes”.
- *Cuidado*: favorece el desarrollo de conductas de salud. La enfermera se constituye como el principal agente encargado del motivar al individuo para que mantenga su salud personal.

Figura 8. Modelo de Promoción de la Salud de Pender.



Fuente: elaboración propia, a partir de Cid, Merino y Stiepovich (2006).

Dinámica del modelo.

En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (Aristizábal, 2011).

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la autoeficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud (Aristizábal, 2011).

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, *las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas*. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo (Aristizábal, 2011).

Para Pender el modelo de Promoción de la Salud se sustenta sobre una base psicológica, donde la persona es el núcleo del modelo y, por tanto, precisa de su implicación para el cambio conductual. Según Pender la familia, el entorno o la enfermera resultan ser factores favorecedores para que se den ese cambio de conducta.

Marriner y Alligood (2011) afirman que el modelo de Promoción de la Salud de Pender identifica a la promoción de la salud como la meta para el siglo XXI, evolucionando desde una concepción centrada en la prevención de la enfermedad propia del siglo XX. Pender ha respondido al entorno político, social y personal de su tiempo para definir el papel de la enfermera a la hora de suministrar servicios de promoción de la salud a personas de todas las edades. Ese mismo rol político y social que Pender defiende para la enfermera generalista es también de aplicación para los enfermeros especialistas en los entornos laborales. Para la teoría que se propone en este trabajo la aportación de Pender es vital.

4.1.3.- Modelos sobre Enfermería del Trabajo.

La clasificación de los modelos enfermeros específicos para la Enfermería del Trabajo que se analizan en esta tesis y que se verán a partir de este momento resulta de gran complejidad debido a que no pueden ser adscritos de manera directa a ningún paradigma o escuela de pensamiento. Buena parte de ellos corresponden a microteorías con escasa implementación práctica y nula integración con los lenguajes enfermeros estandarizados. De ahí que la revisión de los siguientes modelos debe ser entendida como una exploración, interpretación y reconstrucción realizada a partir de los textos analizados y no como un mero resumen de los hallazgos.

Los modelos que se describen a continuación surgen a partir de la empíria y, en gran medida, carecen de nexos de unión útiles para su vertebración y comparación, es por esto que en este trabajo de interpretación y reconstrucción teórica hemos extraído de cada uno de ellos los elementos del metaparadigma que se encuentran insertos en ellos, en algunos de manera explícita, y en su gran mayoría, de manera implícita.

4.1.3.1.- La década de los 70 del siglo XX.

En la década de los 70 del siglo XX, se encuentran en ebullición los modelos de Enfermería *generalistas*, como ya se ha dicho, lo que da lugar a una escasa repercusión de modelos que teoricen sobre la Enfermería del Trabajo. Si bien encontramos algunas excepciones en el ámbito estadounidense, destacan las aportaciones de dos enfermeras Baughn y Tinkman.

4.1.3.1.1.- Shirley L. Baughn.

La enfermera Shirley L. Baughn, que trabajaba en la empresa de electrodomésticos Whirlpool en Indiana, publicó en 1977 el que se conoce como el primer modelo de Enfermería adaptado a la Enfermería de Trabajo. Baughn asume la necesidad de elaborar un cuerpo de conocimientos propio, para ello afirma que es esencial para el crecimiento de la disciplina científica el desarrollo de la teoría.

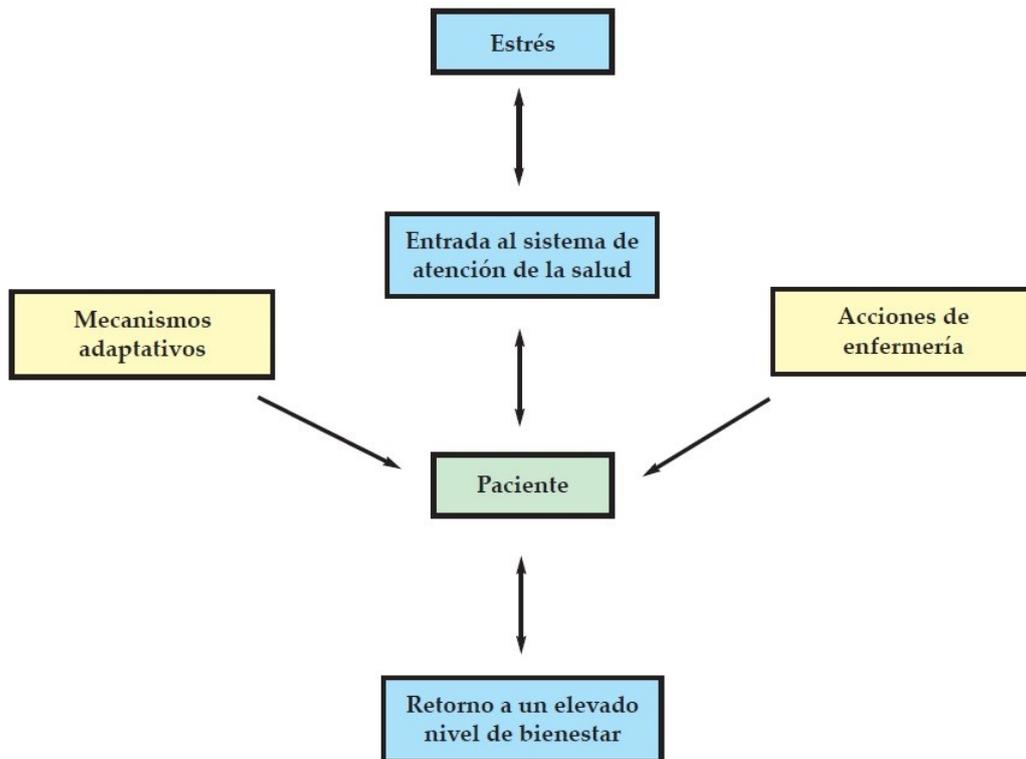
Baughn se apoya en el siguiente supuesto. Se afirma que la persona es un organismo en constante evolución que debe adaptarse a los cambios del medio ambiente. La función de la enfermera radica en favorecer y promover esa adaptación (este planteamiento se basa en el Modelo de Adaptación de Callista Roy). Baughn plantea su modelo como un sistema abierto de estrés y reacción, donde la enfermera interviene para facilitar la adaptación del trabajador-paciente, volviendo al estadio previo del estrés, aumentando así su nivel de bienestar. El modelo propuesto por Baughn recoge buena parte del espíritu de la Teoría General de Sistemas propuesta por Ludwig von Bertalanffy años antes, adaptándolo a la Salud Laboral.

Este modelo de Enfermería se ideó específicamente como un marco para mejorar la práctica de Enfermería Laboral. Su fuerza principal reside en el hecho de que está estructurado para ser implementado por medio del Proceso Enfermero. El uso del Proceso de Enfermería es garante de un procedimiento sistemático y metódico.

Baughn sostiene que la valoración de los pacientes en la Enfermería del Trabajo es fundamental, porque es en su entorno donde se detectan las necesidades de los trabajadores, así como su causa que desencadena tales necesidades.

Baughn concluye afirmando que, si bien su modelo es conceptualmente poco complejo y carece de validez empírica en la clínica, debe servir como herramienta para un desarrollo posterior, de manera que se adapte y modifique conforme a la experiencia y evolución científica. Y es por ahí por donde se puede fundamentar la crítica a este modelo. Si bien el modelo puede presumir de una gran claridad conceptual, ésta conlleva un nivel de simplicidad elevado. La propia autora hace hincapié en la simplicidad de su modelo. El uso de un único criterio de valoración como es el estrés no aporta generalidad al modelo, haciéndolo muy restrictivo. La precisión empírica y sus consecuencias deducibles son difícilmente cuantificables en este modelo.

Figura 9. Modelo de Enfermería de Baughn.



Fuente: elaboración propia, adaptación del modelo de Enfermería de Baughn (1977).

En cuanto a los elementos del metaparadigma se define:

- *Salud*: equilibrio adaptativo entre el estrés y el bienestar. La enfermera da las herramientas para que el trabajador pueda recobrar su equilibrio.
- *Persona*: el trabajador de la empresa.
- *Entorno*: únicamente el medio laboral.
- *Cuidado*: equilibrio adaptativo basado en la ausencia de estrés.

4.1.3.1.2.- Catherine W. Tinkman.

En el año 1977 la enfermera Catherine W. Tinkman, profesora del departamento de Enfermería Comunitaria de la Universidad de Boston, publica en *Occupational Health Nursing*, la revista de la Asociación Americana de Enfermería del Trabajo (AAOHN), su alegato en defensa de la creación de un Programa de Salud Laboral dirigido a todos los trabajadores donde la Enfermería debía erigirse como líder.

Los objetivos de este programa de salud ocupacional eran la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, social, emocional de los trabajadores en todas las ocupaciones. Tinkman explica que un programa de salud en el trabajo debe prevenir, minimizar o eliminar los problemas que podrían interferir con la salud de los trabajadores y su capacidad para continuar su trabajo y ser productivos.

Si bien, la profesora Tinkman no describe un marco teórico propiamente dicho para la Enfermería del Trabajo, su aportación en la construcción de una teoría aplicable a la práctica de la Enfermería Laboral es crucial.

La principal aportación de Tinkman es que dio un giro copernicano a la labor de la enfermera especialista en Salud Laboral, poniendo el acento en la prevención y la promoción de la salud a través de los programas de salud. En detrimento de la concepción previa que ponía su énfasis en el tratamiento de enfermedades profesionales. Para Tinkman la Enfermería del Trabajo es sinónimo de prevención, y por tanto estos profesionales deben ostentar el liderazgo para el cambio.

La autora, que escribió este texto en 1977, hace un pronóstico para la década de los 80. Según Tinkman, la enfermera de Salud Laboral debe convertirse en experta en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, de manera que aproveche su posición estratégica para contribuir al estado de salud general de los trabajadores. También sostiene que el enfermero tiene la responsabilidad de conocer al máximo el entorno en el que la gente trabaja, con el fin de determinar los problemas de salud y los factores que contribuyen a ellos. Así como los problemas potenciales que son o pueden ser. Para Tinkman ésta es, sin

duda, la principal tarea preventiva de la enfermera de Salud Ocupacional.

La enfermera describe cómo debe ser la evaluación del medio ambiente laboral, haciendo una revisión sobre la información necesaria para una adecuada valoración: tipo de industria, el potencial riesgos para la salud asociados con esta industria, los riesgos laborales, las medidas de seguridad que se están usando, y los recursos que están disponibles. Así como una identificación personal de los trabajadores: edad, el sexo, antecedentes de enfermedad laboral, hábitos saludables. A través del análisis de estos resultados se pueden obtener conclusiones sobre la salud de los trabajadores, tanto a nivel colectivo como individual. Tinkman apuesta por este estudio y asume que en algunas ocasiones no podrá modificar independientemente las causas que originan ciertos problemas de salud, sin embargo en otras, como por ejemplo, las que se derivan de hábitos dietéticos nocivos sí que lo puede hacer.

4.1.3.2.- La década de los 80 del siglo XX.

4.1.3.2.1.- María C. Phaneuf.

En 1980 María C. Phaneuf, profesora emérita de la *Wayne State University* de Michigan, consideraba que era el momento propicio para el desarrollo de la Salud Laboral, la profesora afirma que hasta esta década ni la Medicina del Trabajo ni la Enfermería Laboral habían tenido presencia en los planes de estudio de estas disciplinas. Si bien recuerda que las enfermeras industriales llevaban trabajando desde principios del siglo XX "sin glamour ni publicidad"²¹ en el campo de la higiene industrial.

Como método para fortalecer la profesión, Phaneuf apuesta por:

- El trabajo colaborativo y conjunto entre médicos y enfermeros especializados en Salud Laboral.
- Desarrollo del Proceso de Enfermería como vía preferente para el desarrollo profesional.
- Acreditación profesional de las enfermeras del trabajo. Dicha credencial

²¹ Dempsey, C. R. (1943). The industrial nurse. *Clinics*, 2(3), 521.

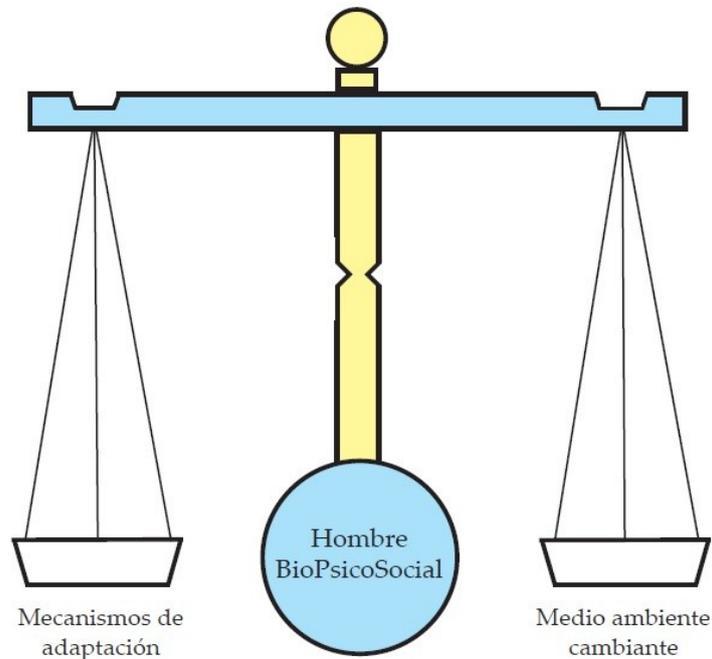
debe implicar el compromiso con los siguientes cuatro elementos:

- Está dirigida a asegurar una atención de calidad.
- Confiere identidad profesional.
- Tiene una naturaleza protectora, cuyo fin es la defensa de los intereses legítimos como son la educación, el servicio público y la investigación.
- Sirve como instrumento de control.

4.1.3.2.2.- Marion W. Gries.

En 1980 Marion W. Gries, consultora en Salud Laboral y Seguridad de *Milwaukee Industrial Clinics* en Wisconsin, pone el acento en la importancia de una formación continua para las enfermeras del trabajo, partiendo del punto de vista de Florence Nightingale sobre la necesidad de formación continua como mecanismo para avanzar. Según Gries, el valor de dicha educación se pone de manifiesto al aplicar un modelo. Gries apuesta por la aplicación del modelo de adaptación de Sor Callista Roy, por el cual, el hombre es un ser biopsicosocial que está en constante interacción con los cambios que se producen en su entorno. El hombre está dotado con mecanismos para hacer frente a los cambios del mundo. Dicha respuesta positiva al entorno cambiante es comúnmente conocida como el proceso de adaptación.

Figura 10. Concepción de Gries del modelo de Callista Roy.



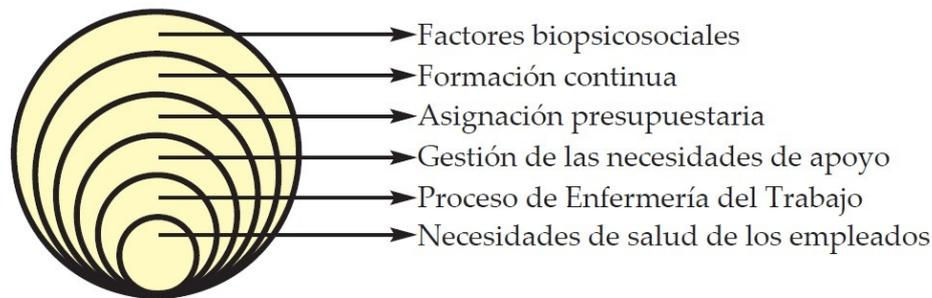
Fuente: elaboración propia, adaptación de la teoría enfermera de Roy (1976).

Gries toma el modelo de adaptación de Callista Roy y lo aplica a la Salud Laboral, introduciendo la propuesta de formación continua para la Enfermería del Trabajo. El modelo de Gries (Figura 11) busca definir claramente los siguientes elementos:

- Receptores de los cuidados enfermeros.
- Proceso de Enfermería.
- Gestión de las necesidades de apoyo.
- Asignaciones presupuestarias.
- Educación continua.
- Factores biopsicosociales que influyen en estos elementos.

Este modelo se centra en los trabajadores y sus necesidades en salud. Los círculos concéntricos demuestran la interrelación de todos los elementos clave.

Figura 11. Modelo de Gries.



Fuente: elaboración propia, adaptación del modelo de Enfermería de Gries (1980).

Según este modelo es la enfermera de Salud Laboral la que mayor responsabilidad tiene en la promoción de la salud en el lugar de trabajo. Dota a la enfermera de gran importancia en la jerarquía de la empresa, haciéndola responsable de la gestión de las necesidades de apoyo, y por tanto, implicándola en la promoción y educación de la Salud Laboral, prestando atención al coste-beneficio de las acciones.

Gries elabora un modelo que está vinculado con la realidad social y económica, y asume la necesidad de acomodarse a los cambios socio-económicos. Es debido a esta realidad que se justifica la necesidad de la formación continua para la Enfermería del Trabajo durante toda su vida laboral y la adaptación a los cambios.

Metaparadigma:

- *Salud*: consiste en la adaptación a un entorno cambiante.
- *Persona*: es el trabajador de la empresa. Es un cliente sano, receptor de cuidados y de educación para la salud.
- *Entorno*: medio ambiente laboral y no laboral, se encuentra en constante cambio.
- *Cuidados*: a través de la formación continua se ofrecen cuidados dentro de ámbito laboral, con un marcado carácter preventivo y en constante cambio adaptativo. La enfermera es el personal más íntimamente implicado en la promoción y educación para la salud de los trabajadores. Se adapta a los cambios

socio-económicos, si bien necesita de una constante formación continua para llevar a cabo dicha adaptación.

4.1.3.2.3.- Marla E. Salmon.

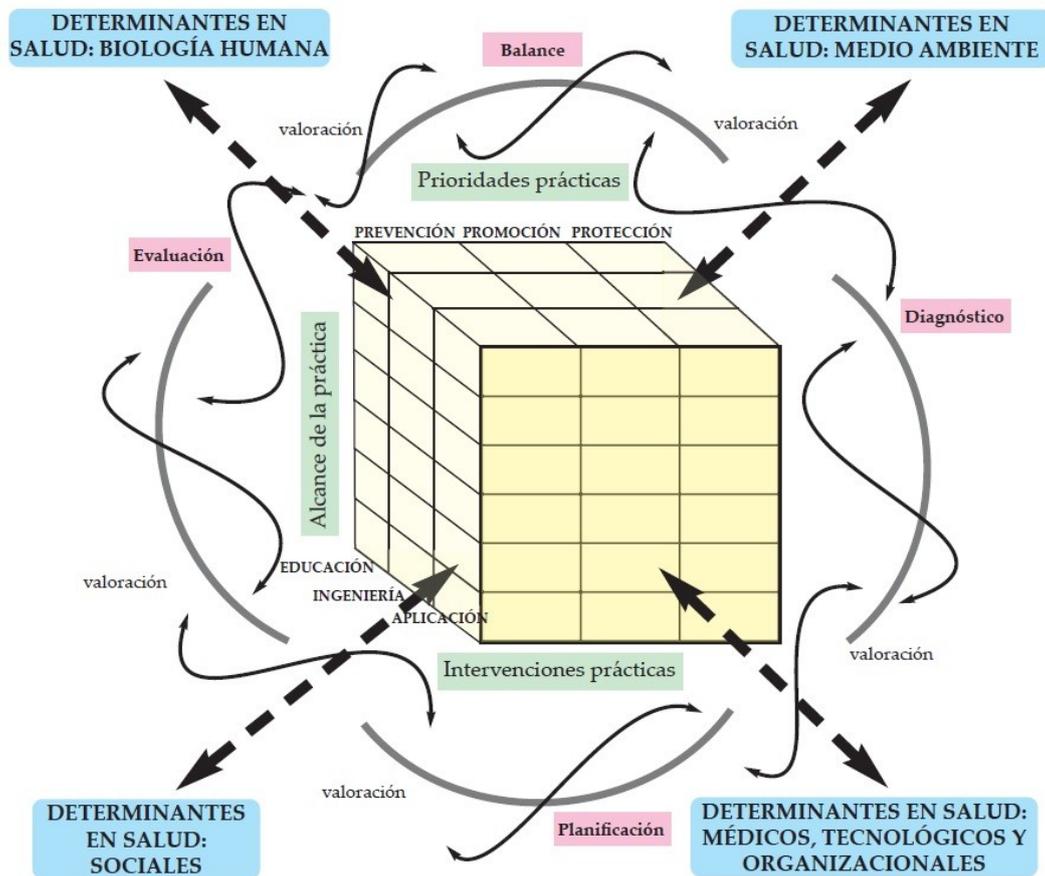
En 1982 Marla E. Salmon, enfermera y profesora de de Salud Pública en la Universidad de Carolina del Norte, propone un modelo para guiar la práctica de la Enfermería en Salud Comunitaria. Salmon describe la Salud Pública como un esfuerzo social organizado para proteger, promover y restaurar la salud de la persona. Si bien, el modelo propuesto por Salmon, no fue concebido como respuesta a una búsqueda de paradigma de la Enfermería Laboral, sus características intrínsecas hacen que su aplicación en este campo esté más que justificada.

El modelo describe tres prioridades prácticas que son:

- La prevención de enfermedades y accidentes.
- La protección frente a los riesgos presentes en el medio laboral.
- La promoción de la salud.
- A su vez hay tres categorías de intervención:
- Educación, enfocada hacia el cambio voluntario de actividades y competencias.
- La Ingeniería, dirigida a la gestión de las variables relacionadas con el riesgo. Es aquí uno de los puntos fuertes donde se entronca con la Salud Laboral.
- Aplicación, dirigida a la regulación obligatoria en pro de mejorar la salud.

El ámbito de acción de este modelo no sólo se circunscribe a la persona (entendida como individuo), va más allá, abarcando también a la familia y a la comunidad. Como se aprecia en la figura 12, el modelo de Salmon se enmarca dentro de cuatro determinantes en salud: los de tipo biológico, ambiental, organización y social.

Figura 12. El modelo de Marla Salmon.



Fuente: elaboración propia, adaptación del modelo de Enfermería de Salmon (1982).

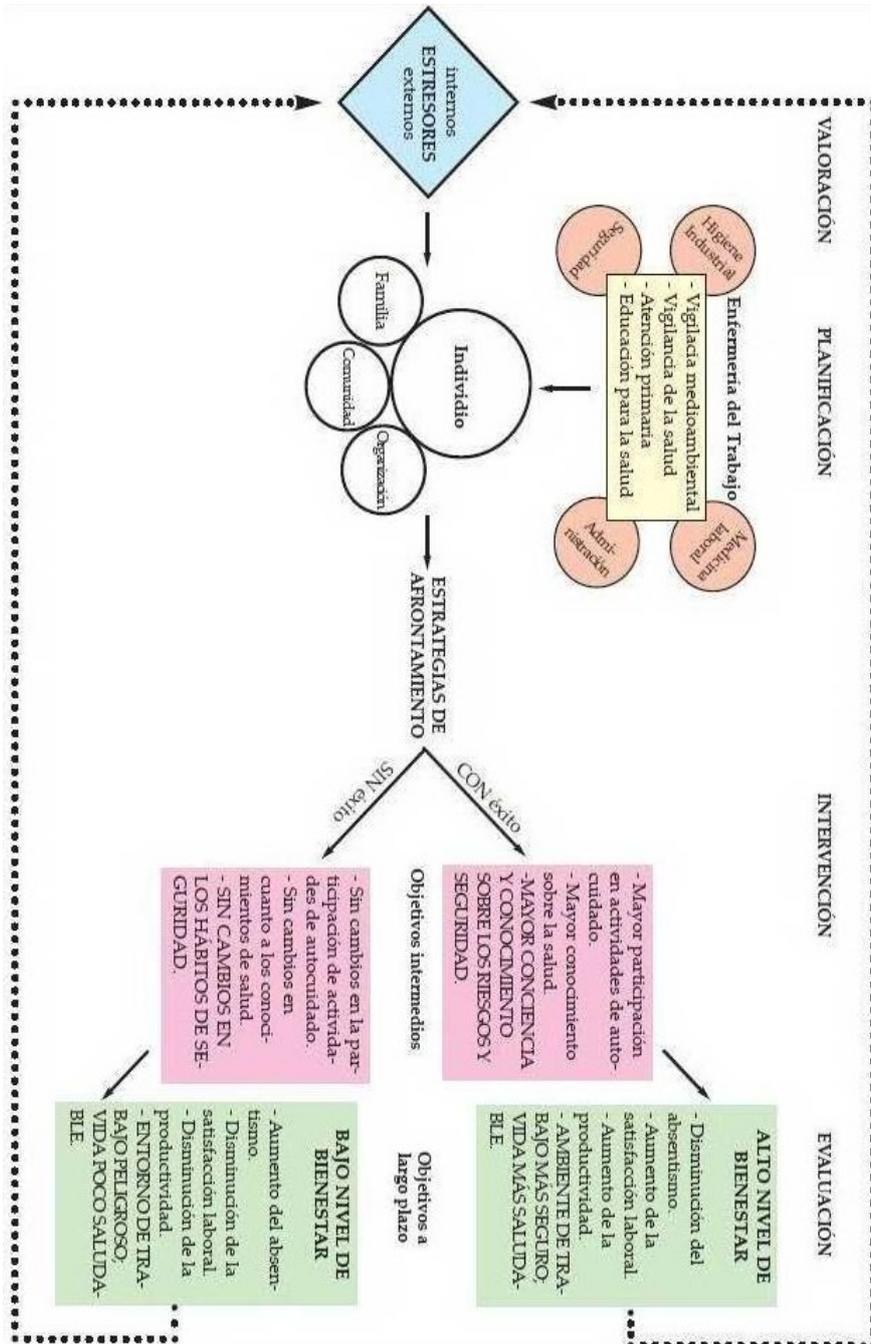
En la representación gráfica del modelo se aprecia la interacción entre las prioridades prácticas, las intervenciones prácticas y el alcance de la práctica. Asimismo se observa una interrelación constante de la práctica con los cuatro tipos determinantes en salud. Paralelamente, alrededor de la práctica vemos cómo tienen cabida los elementos propios del Proceso Enfermero (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).

4.1.3.2.4.- Janice Dees.

En 1984 Janice Dees, enfermera del trabajo de la empresa química M&T de Kentucky, publicó su modelo de Enfermería Laboral aplicado a la práctica a partir de la aportación de Javid un año antes. En primer lugar, Dees califica a la Enfermería Laboral de manera distinta a otras especialidades de Enfermería dado el entorno en el que se da, dentro de las empresas. La enfermera del trabajo puede y debe influir en la seguridad del entorno laboral ya que se encuentra en una posición privilegiada, a medio camino entre los trabajadores y la organización, y sirve de nexo de unión entre ambos grupos.

El modelo de Dees incide, al igual que el modelo de Javid, en el objetivo de alcanzar un alto nivel de bienestar por parte del trabajador (Figura 13). De la misma forma que el modelo de Javid en éste también se omite la fase diagnóstica del Proceso de Enfermería y se reconocen unos estresores que marcan el inicio del ciclo.

Figura 13. Modelo de Enfermería del Trabajo basado en la práctica.



Fuente: elaboración propia, adaptación del modelo de Dees (1984).

El modelo de Dees parte de diversos supuestos:

- El entorno laboral está en interacción con el entorno extralaboral (hogar, comunidad, medio ambiente).
- La enfermera laboral tiene como objetivo que los trabajadores alcancen el nivel máximo de bienestar, salud y seguridad.
- Las cuatro áreas donde la Enfermería Laboral trabaja son:
 - Vigilancia ambiental.
 - Vigilancia de la salud.
 - Atención primaria, desde un punto de vista amplio, desde la atención en primeros auxilios hasta la propia consulta de Enfermería.
 - Educación para la salud.
- Los trabajadores reconocen a la enfermera laboral como alguien que se preocupa por ellos, por su seguridad y salud, de manera integral.
- El trabajador es un ser racional, capaz de tomar decisiones, establecer objetivos y asumir responsabilidades.
- Las personas son libres de aceptar o rechazar el nivel de bienestar que se les ofrece, si bien, para ello deben disponer de información suficiente sobre su salud y su medio ambiente laboral.
- El uso del Proceso de Enfermería en el ámbito laboral otorga a la Enfermería del Trabajo una posición única para la promoción de la salud, la vigilancia de la salud, la atención primaria y la educación para la salud.
- Los estresores laborales pueden afectar a la salud y seguridad de los trabajadores; aumentando el absentismo y disminuyendo la productividad y satisfacción laboral.
- El individuo interacciona con su familia, con la organización, con el medio ambiente y con estresores presentes en su medio ambiente laboral.
- La promoción de la seguridad y salud dentro del medio laboral tiene un efecto positivo en la familia, la comunidad y en el plano individual.

- Este modelo, al igual que el de Javid, se sustenta sobre dos teorías; la Teoría General de Orem y la Teoría de Sistemas Abiertos²².

Metaparadigma:

- *Salud*: la implicación del trabajador en su autocuidado, el aumento de su conocimiento sobre su propia salud y sobre los riesgos presentes en su trabajo da lugar a un alto nivel de bienestar.

- *Persona*: trabajador de la empresa, ser humano racional que toma sus propias decisiones. Las personas son libres de aceptar o rechazar el nivel de bienestar que se les ofrece, para ello deben disponer de información suficiente sobre su salud y su medio ambiente laboral.

- *Entorno*: es un sistema abierto en constante interacción; el trabajador interactúa con la familia, con la comunidad y con el medio laboral.

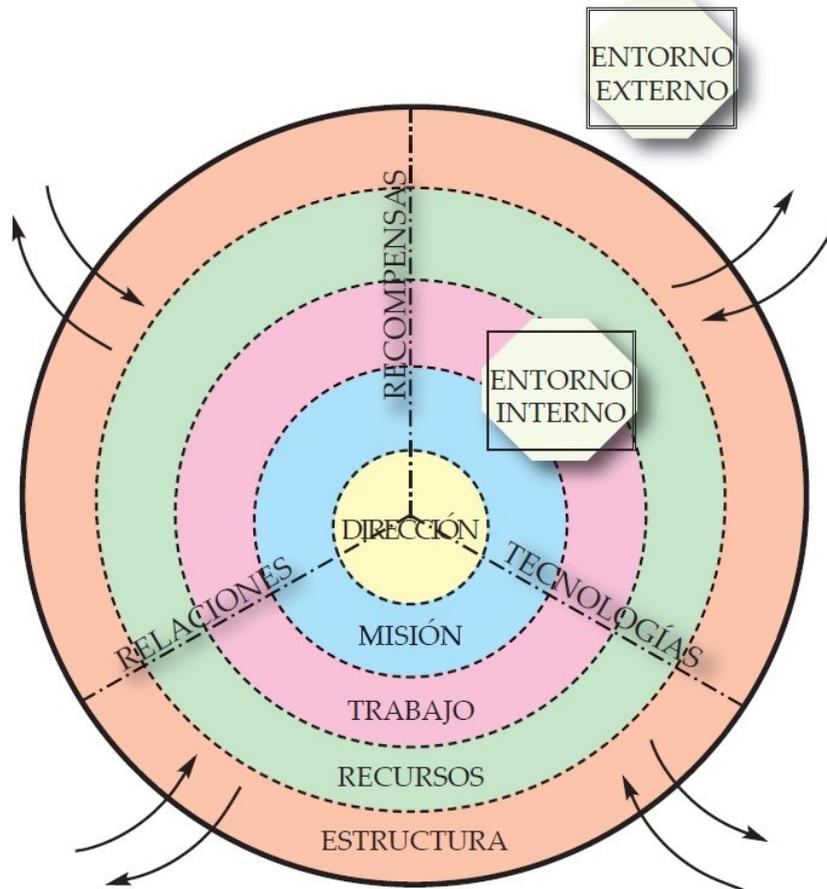
- *Cuidados*: el cuidado se da sobre la vigilancia ambiental, la vigilancia de la salud, la atención primaria y la educación para la salud. El trabajo sobre estos cuatro ámbitos busca, a través del autocuidado, que el trabajador alcance el máximo nivel de bienestar posible. La enfermera del trabajo influye en la seguridad del entorno laboral ya que se encuentra en una posición privilegiada, a medio camino entre los trabajadores y la organización. Utiliza el Proceso Enfermero para alcanzar el máximo nivel de bienestar.

²² Hall y Fagen (1956) conceptualizan a los sistemas como el conjunto de objetos y las relaciones que se establecen entre ellos y, a su vez, entre sus propiedades. La Teoría General de Sistemas propuesta por estos autores en la década de los años cincuenta del siglo XX reconoce dos tipos de sistemas; los abiertos que intercambian información, materia o energía, y los cerrados que son aquellos donde no existe importación o exportación en ninguna de sus formas. Por su parte, Ackoff (1971) establece que la apertura y el cierre se consideran propiedades de los sistemas, de manera que dichos conceptos son relativos pudiendo estas abiertos o cerrados conforme a diferentes etapas de desarrollo y crecimiento.

4.1.3.2.5.- Alice J. Gifford y Clara D. Kimbro.

En 1984 Alice J. Gifford y Clara D. Kimbro, profesoras de políticas sanitarias en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad *Johns Hopkins* en Mariland, publicaron un modelo para la administración de la Enfermería del Trabajo. En éste se describe la necesidad de implantar un modelo de gestión específico, ya que según defienden, los modelos de Enfermería que describen el metaparadigma son insuficientes e inadecuados como modelos de gestión. Si bien, dicho modelo tiene aspectos similares a los anteriormente expuestos -por ejemplo, se trata de un sistema abierto-, carece de un metaparadigma definido y enfoque hacia el cuidado. Mediante el uso del marco propuesto por Gifford y Kimbro (Figura 14) es posible identificar las funciones de gestión que las enfermeras de trabajo realizan en la organización. Sin embargo, al carecer de los elementos propios del metaparadigma ve limitada su adaptación y operatividad como modelo de Enfermería.

Figura 14. Modelo de administración de Gifford y Kimbro.



Fuente: elaboración propia, adaptación del modelo de Gifford y Kimbro (1984).

4.1.3.2.6.- Linda I. Morris.

En 1985 Linda I. Morris, asistente de coordinación del *St. Mark's Hospital* en Utah, publicó su modelo conceptual para la Enfermería del Trabajo enfocado a la práctica. Este paradigma parte de la premisa de que la Enfermería es la profesión de cuidados, y está dedicada a brindar atención sanitaria de calidad basada en el diagnóstico de Enfermería y las intervenciones enfermeras.

Para Morris, los objetivos de la Enfermería laboral son:

- La prevención de enfermedades.
- La promoción de la salud.
- La optimización del estado de salud de los trabajadores.

Para alcanzar tales objetivos, el profesional de la Enfermería debe actualizar sus conocimientos técnicos y su habilidad en la tarea de mantener un alto nivel de calidad en la atención del paciente.

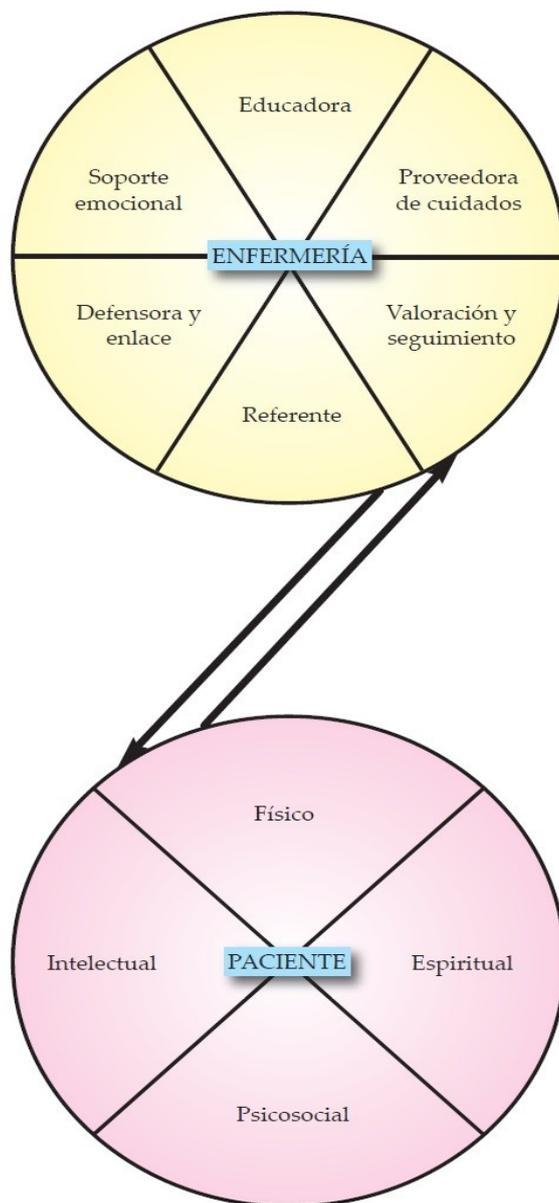
La enfermera asume los papeles que se describen:

- Provee de atención física al paciente.
- Realiza la evaluación continua y la supervisión de los lugares de trabajo, a su vez, el trabajador también identifica los cambios en las condiciones laborales para adoptar las medidas pertinentes.
- Educa sobre los riesgos del trabajo, salud, seguridad y estilos de vida saludables.
- Sirve de defensa y enlace para el paciente/trabajador con la empresa.
- Atención a la comunidad.
- Apoyo emocional a los empleados y sus familias.

Las intervenciones de Enfermería centradas en el mantenimiento y manejo de la salud del trabajador deben contemplar a éste como ser global, como “un todo”, si bien podemos segregarlo en cuatro dimensiones:

- Intelectual: el nivel de formación, capacidad de aprendizaje y percepción.
- Psicosocial: incluye sentimientos y sistemas de apoyo.
- Espiritual: creencias y actitudes.
- Físico: estilos de vida, trabajo y salud. Historia médica. Estado actual de salud.

Figura 15. Interacción enfermera-paciente para Morris.



Fuente: elaboración propia, adaptación del modelo de Enfermería de Morris (1985).

En el modelo propuesto se define a la enfermera laboral desde cuatro aspectos:

- Como miembro de la dirección.
- Como miembro del equipo de salud.
- Como proveedora de atención para los pacientes.
- Como profesional en sí mismo.

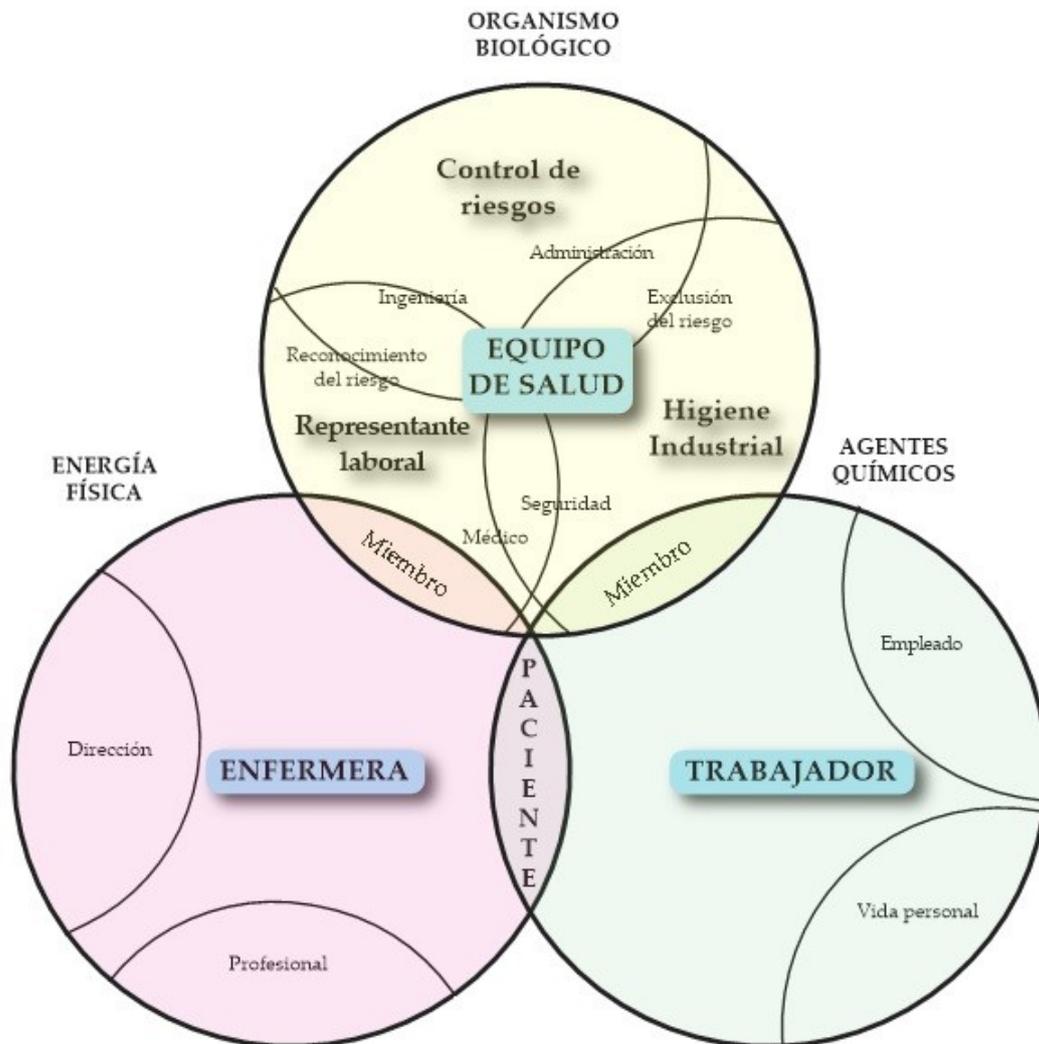
La Enfermería del Trabajo debe coordinarse con el resto de profesionales que componen el equipo (médicos, ingenieros, especialistas en seguridad e higiene industrial, gestores, delegados de prevención y el propio trabajador) para la óptima resolución de problemas. Como miembro del equipo la enfermera laboral es una pieza clave en el reconocimiento y evaluación de los riesgos laborales, siendo fundamental para ello, la observación y la adecuada comunicación con los trabajadores.

Los cuidados de Enfermería relacionados con la enfermera laboral abarcan múltiples campos:

- Toxicología: identificación, vía de entrada en el organismo, medidas de protección, signos y síntomas de exposición (intoxicación y tratamiento de emergencia).
- Evaluación de trabajadoras embarazadas: trabajo activo en defensa de las políticas de seguridad para el trabajo de las gestantes.
- Programas de educación en cuanto a la seguridad.
- Reconocimiento de peligros.
- Vigilancia de la salud, evaluación periódica de la salud física y psicológica del trabajador; cribado, exámenes especiales, entrevistas, anamnesis, antecedentes laborales y vacunación.
- Educación para la salud.
- Programas de rehabilitación.
- Primeros auxilios.

La enfermera trabaja con el equipo de salud en la promoción de programas de educación para la salud cuyo fin es aumentar la salud de toda la comunidad.

Figura 16. Modelo conceptual de Enfermería del Trabajo de Morris.



Fuente: elaboración propia, adaptación del modelo de Enfermería de Morris (1985).

El papel del trabajador se representa como la suma de cuatro aspectos: como miembro del equipo, como empleado, como persona con vida personal y como paciente.

Como miembro del equipo el trabajador tiene derechos y responsabilidades en cuanto a la recepción y transmisión de la información relacionada con la seguridad en su puesto de trabajo y su salud. La enfermera se ha de postular

como defensora de los trabajadores, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo y prevenir los riesgos para la salud presentes en su medio laboral. Por medio de la buena relación interpersonal entre la enfermera, el trabajador y el equipo se facilita el objetivo de atención integral de salud (individual, familiar y comunitaria).

Morris asegura que un buen programa de Salud Laboral mejora el rendimiento en el trabajo, previene las enfermedades y aumenta la autoestima de los trabajadores. Los empleados mejoran su rendimiento cuando aprecian que son valorados por la dirección al implicarse ésta en la salud de los trabajadores.

Metaparadigma.

- *Salud*: estado a preservar, para ello es necesario la prevención y la promoción, así como un seguimiento periódico y planificado (vigilancia de la salud) enfocado a prevenir los riesgos presentes en el trabajo.

- *Persona*: trabajador de la empresa; ser global, con cuatro dimensiones: intelectual, psicosocial, espiritual y física.

- *Entorno*: una correcta relación interpersonal entre la enfermera, el trabajador y el equipo facilita el objetivo de atención integral de salud (individual, familiar y comunitaria).

- *Cuidados*: los cuidados de Enfermería van desde los programas de educación para la salud, reconocimiento de peligros, vigilancia de la salud, programas de rehabilitación, primeros auxilios, etc. La enfermera especialista en Salud Laboral es educadora; proveedora de cuidados; se encarga de la valoración de riesgos laborales y seguimiento de la salud; es referente; es defensora del trabajador y enlace con la empresa; da apoyo emocional al trabajador.

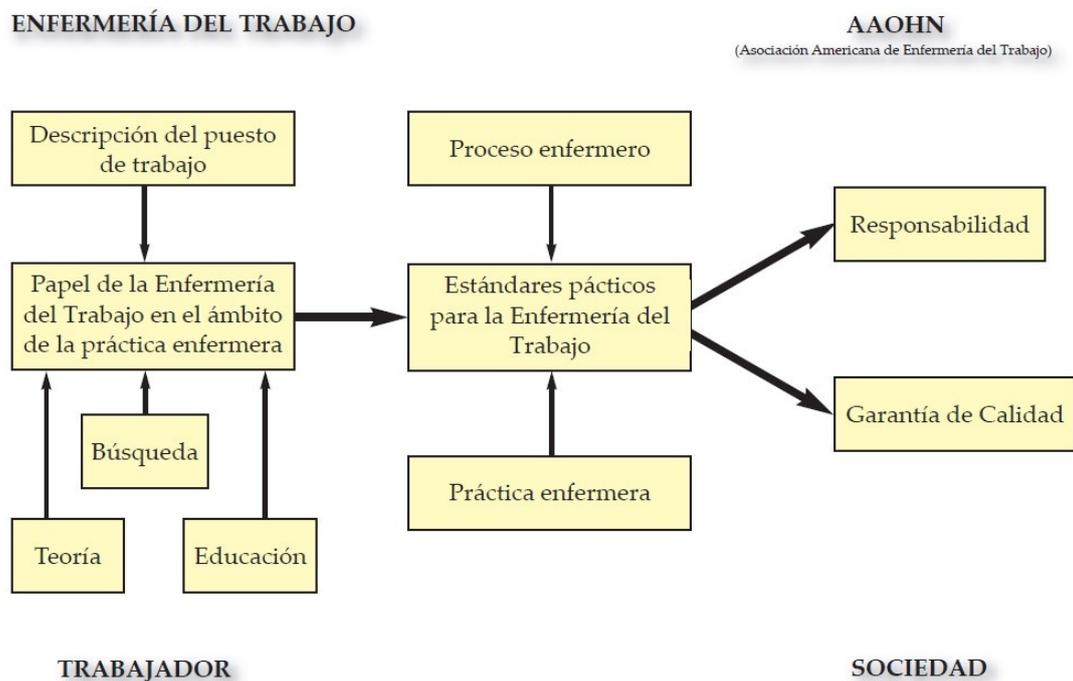
4.1.3.2.7.- Susan A. Randolph.

En 1988, Susan A. Randolph, enfermera de Salud Laboral en el Servicio de Salud de Carolina del Norte en Estados Unidos, reconoce una evolución de la Enfermería Ocupacional desde la atención directa hasta una visión más comprometida. Esta evolución ha dado lugar a un enfoque preventivo implicado en la promoción y educación para la salud, la seguridad y la investigación.

Asimismo, Randolph da un paso más allá al introducir el concepto de

Calidad, que tanta importancia adquiriría en el futuro. Randolph remarca el compromiso de la enfermera del trabajo con la excelencia -y por tanto, con la calidad-, a través de una atención de calidad, segura y ética, de los trabajadores (Figura 17).

Figura 17. Calidad de los cuidados para la Enfermería del Trabajo.



Fuente: elaboración propia, adaptación del diagrama de Randolph (1988).

Randolph reconoce el nuevo papel activo de los trabajadores, los cuales son conscientes de la importancia de su salud y aceptan la responsabilidad de sus acciones. Es la propia asociación americana de Medicina del Trabajo, la que hace hincapié en este aspecto, al afirmar en 1986, que "se debe reconocer y aceptar la responsabilidad por las acciones y los juicios individuales de los trabajadores".

La calidad implica, a su vez, que ésta se puede medir y comparar. Randolph argumenta que para el caso de la Enfermería Laboral, dicha comparación habría de hacerse con los estándares de la práctica.

Para proporcionar dicha atención de calidad, la enfermera debe, en primer lugar, definir el papel y el ámbito de la Enfermería práctica. Una vez delimitado dicho marco se ha de explicar a los trabajadores, los compañeros e incluso a la

sociedad en su conjunto. Randolph recuerda que es la propia Asociación Americana de Enfermería del Trabajo (AAOHN), en 1986, la que subraya en su *Código Ético*²³ la importancia de la calidad: "Las enfermeras del trabajo incorporan estándares prácticos en los servicios de Salud Laboral, como criterio para asegurar la calidad de la atención". Los estándares prácticos proporcionan una base para la rendición de cuentas, si bien, en primer lugar, es la propia enfermera la que debe autoevaluar su trabajo. La autoevaluación es una valiosa herramienta para el control de aspectos vinculados con la calidad. Dicha autoevaluación es el escalón previo a una auditoría externa.

Randolph reconoce las siguientes funciones a la enfermera laboral:

- Clínica: atención directa a las lesiones y enfermedades. Implicación en el mantenimiento de un ambiente de trabajo seguro y saludable. La función clínica se desarrolla en un entorno de trabajo multidisciplinar.
- Educadora: elaboración y puesta en marcha de programas de educación para la salud.
- Administradora: facilita el desarrollo e implementación de un programa de Enfermería eficaz y de alta calidad. Nexos con la administración.
- Investigadora: desarrollo de posgrados, sobre todo en la década de los 80 en EEUU.
- Consultora: ofreciendo asistencia en el desarrollo y evaluación de los servicios de salud. Hacer recomendaciones y sugerir alternativas, tanto al empresario como a los trabajadores.

Randolph argumenta en favor del desarrollo de teorías propias como herramienta para la investigación y la práctica diaria, toma como ejemplo la adaptación de Javid de la Teoría de Dorothea Orem. Y apuesta por el uso del Proceso de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

²³ American Association of Occupational Health Nurses (1986). *Code of Ethics*. Atlanta.

4.1.3.3.- *La década de los 90 del siglo XX.*

4.1.3.3.1- William E. Wilkinson.

En 1990, el profesor de la Universidad de Carolina del Norte, William E. Wilkinson, elaboró un original modelo de Enfermería para la Enfermería del Trabajo. Wilkinson presenta el modelo de molino de viento como herramienta para examinar la práctica de la Enfermería Laboral. El paradigma del molino de viento busca representar de forma clara y sucinta las interrelaciones entre las diversas partes del modelo.

La metáfora del molino de viento explica cómo la Enfermería Laboral puede transformar una energía en otra, y afirma que un óptimo nivel de Salud Laboral es bueno, no sólo para el trabajador, sino también para la empresa, ya que un trabajador sano es, a su vez, un trabajador productivo.

El molino de viento presenta las siguientes partes:

- Columna central que representa a los trabajadores de la organización.
- El eje del molino representa la labor de la enfermera laboral.
- El arco con sus cuatro aspas (programas de Salud Laboral, gestión o administración, entorno laboral y equipo).
- Bases, donde encontramos tres aspectos que debe contener la Enfermería Laboral: la formación, las cualidades prácticas y las habilidades o competencias.

El modelo de Wilkinson se centra en el trabajador como cliente y se ocupa de las variables que afectan a su salud en el lugar de trabajo. A su vez, va más allá, ya que no sólo considera la salud del trabajador, sino también la 'salud' y productividad de la empresa. De manera que se asegura la salud de los trabajadores mientras se promueve la productividad en la organización.

La enfermera se posiciona en el centro del modelo, desde ahí puede crear y administrar los programas de Salud Laboral. Las flechas bidireccionales entre las aspas indican que la enfermera laboral se encuentra en constante interacción con la administración, con el equipo multidisciplinar y con el entorno laboral.

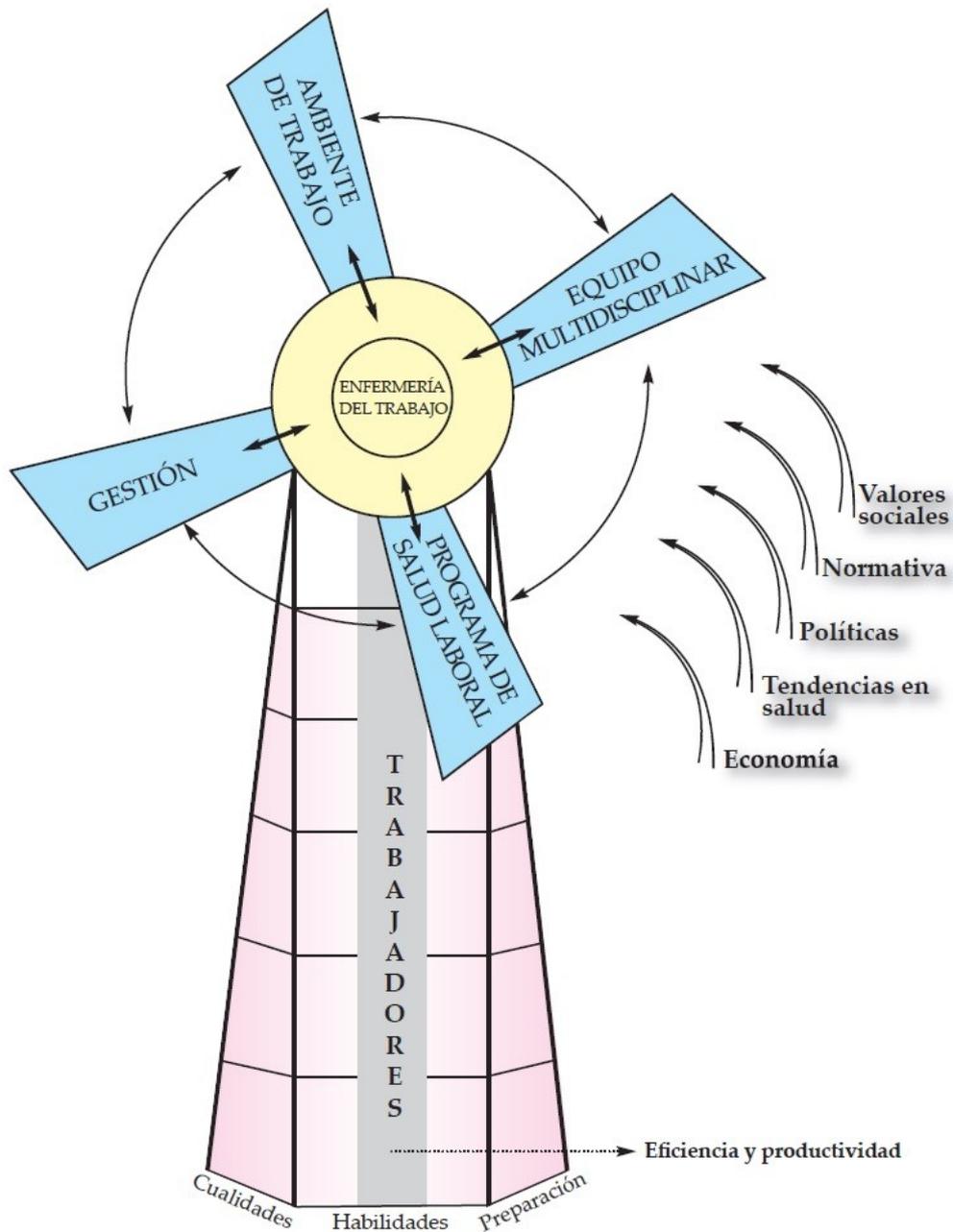
El soporte del molino representa las cualidades, las habilidades y la educación que la enfermera de Salud Laboral debe poseer para desarrollar su trabajo de manera eficiente y eficaz.

La energía convertida en el molino de viento corresponde a la producción de la propia empresa. Wilkinson afirma que conforme a cada empresa la estructura de las aspas puede modificarse, en función de las características de la organización. Cada aspa puede contener los siguientes ítems:

- Entorno laboral: experiencia laboral, agentes físicos, agentes químicos, agentes biológicos, riesgos ergonómicos y psicológicos.
- Equipo multidisciplinar: higienista industrial, especialista en seguridad, delegados de prevención, ingenieros, médicos, personal de Enfermería.
- Gestión: dirección, responsable de contabilidad, gestión de recursos humanos, personal de finanzas, etc.
- Programas: vigilancia de la salud, seguridad, consulta, prevención, promoción y educación para la salud.

El giro coordinado de las cuatro aspas da lugar a un correcto funcionamiento de los programas de salud. Se produce un efecto sinérgico entre las aspas. Una coordinación eficiente de la Enfermería Laboral facilita el engranaje del sistema.

Figura 18. Modelo de molino de viento.



Fuente: elaboración propia, a partir del modelo de Wilkinson (1990).

Si las aspas giran adecuadamente se produce un aumento de la producción de la empresa, lo que beneficia al trabajador y a la organización. Las aspas se ven afectadas por las influencias del viento (valores sociales, normativa, políticas, tendencias en salud y economía).

La Enfermería Laboral incorpora su base de conocimientos para mejorar la eficiencia en la producción y garantizar un ambiente sano.

Metaparadigma:

- *Salud*: es un estado relativo donde confluyen aspectos físicos, psicológicos y espirituales del individuo. Se encuentra en interacción con el medio laboral y con el personal.

- *Persona*: es el trabajador de la empresa, el cual participa activamente en el cuidado de su salud y su seguridad.

- *Entorno*: intervención externa a través de los vientos de influencia (valores sociales, normativa, políticas, tendencias en salud y economía). El modelo presenta una constante interacción e influencia con el entorno.

- *Cuidado*: los programas de Salud Laboral apuestan por la prevención y promoción como base para el autocuidado. Los trabajadores se encuentran implicados en la Salud Laboral, suponen una parte fundamental en el engranaje del modelo.

El modelo de Wilkinson es clave para comprender la evolución del paradigma de Enfermería Laboral ya que explica el papel de la enfermera en la empresa y sirve de utilidad en la investigación causal de deficiencias en las organizaciones si utilizamos los elementos del modelo como puntos de control.

4.1.3.3.2.-Anne K. Widtfeldt.

En 1992 Anne K. Widtfeldt, responsable del servicio de salud de la multinacional Honeywell²⁴ situada en Minneapolis (Minnesota), pone el acento en la implementación de un proceso de mejora de la calidad de los servicios de Salud

²⁴ Empresa multinacional que produce gran variedad de productos de consumo, servicios de ingeniería y sistemas aeroespaciales, sus clientes son tanto particulares como grandes corporaciones.

Laboral, al hilo de lo descrito por Randolph en 1988, y especialmente en la labor de las enfermeras del trabajo.

La evaluación de estructuras incluye la valoración de las características de la organización, las instalaciones, equipos, recursos humanos y políticas (Migliozzi, 1990). Los procesos incluyen a los propios cuidados enfermeros, la toma de decisiones, así como la aplicación de tratamientos. Los resultados se centran en el objetivo final, es decir, si las intervenciones de Enfermería han dado lugar a cambios.

Widtfeldt explica, al igual que ya lo hiciera Migliozzi en 1990, que las características singulares de la Enfermería del Trabajo, como son el medio de trabajo donde desarrolla su labor, impulsan a la profesión a ser creativa a la hora de diseñar programas de calidad. Dichos programas de garantía deben contener, según Widtfeldt, los siguientes siete pasos:

1. Identificación de los valores y las creencias de la Enfermería, la organización y los servicios públicos con respecto a la salud.
2. Identificación de la estructura, los procesos y los resultados.
3. Desarrollo de técnicas de medición de criterios y normas.
4. Evaluación de las fortalezas y debilidades de los servicios sanitarios basados en mediciones.
5. Identificación de los posibles programas de acción derivados de la evaluación.
6. Selección de una línea de acción.
7. Pasar a la acción.

4.1.3.3.3- Gwendolyn E. Lundberg.

En 1992 Gwendolyn E. Lundberg, profesora de la Universidad de Washington, publicó su modelo teórico para la Enfermería del Trabajo. Para llegar a este paradigma Lundberg parte de la convicción de que una teoría debe cumplir dos requisitos para ser buena (Hawking, 1988):

- Si describe con precisión una gran diversidad de casos a partir de unos pocos elementos.
- Si se pueden anticipar predicciones sobre resultados futuros.

En 1992 Lundberg explica la necesidad de desarrollar los modelos de Enfermería en Salud Laboral como mecanismo para entender el rol específico y las funciones de la Enfermería del Trabajo.

El modelo que Lundberg pone al trabajador en el centro del proceso. Alrededor del conjunto de trabajadores existe un bucle de retroalimentación donde encontramos, por una parte, las entradas (o inputs) que están formadas por las intervenciones que el equipo de salud y seguridad realizan sobre el trabajador. Y por otra parte, encontramos las salidas (u outputs) que corresponden a los resultados que producen las intervenciones en salud. El binomio entradas-salidas ya había sido utilizado con anterioridad por otros autores (Gupta, 1970; Tenney, 1980), si bien Lundberg fue la primera que lo aplicó al ámbito de la Enfermería Laboral.

El modelo es un intento de conceptualizar el lugar de trabajo desde el punto de vista del trabajador. El mundo se divide en dos ambientes; el interno y el externo.

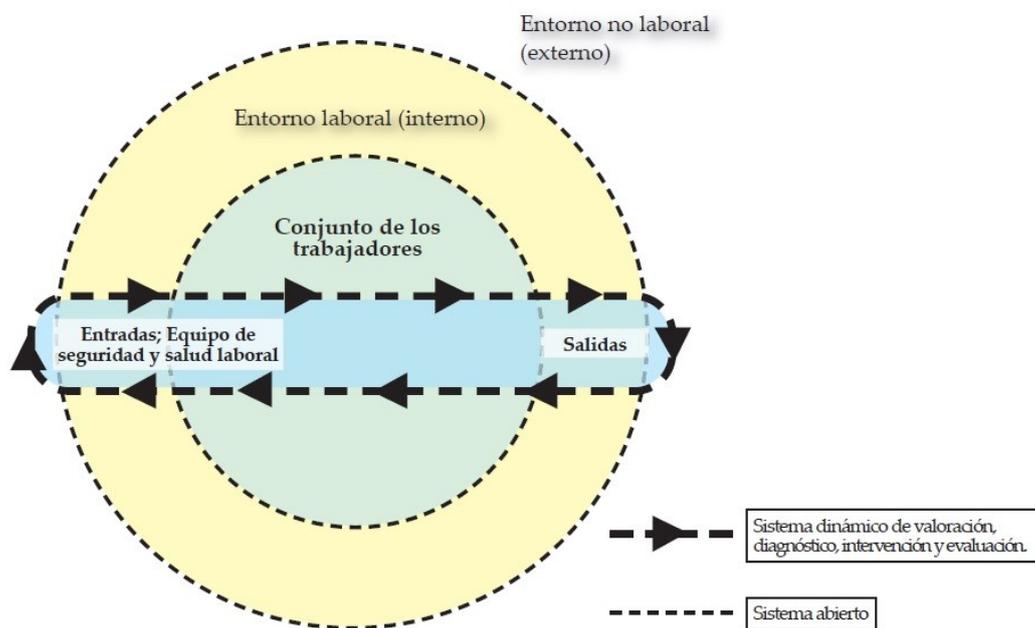
El modelo consta de cinco componentes principales:

- El entorno no laboral: Lundberg lo define como el contexto en el que se desarrolla la vida de los trabajadores como miembros de la sociedad, fuera del lugar de trabajo. Si bien se encuentra en continua interacción con el medio laboral.
- El entorno laboral: se refiere a aquello que sucede en el ámbito del trabajo, pudiendo afectar significativamente de manera física y emocional. Quedan incluidas las relaciones entre los trabajadores y, entre éstos y los patronos.
- El conjunto de trabajadores: se define como los empleados de la organización que conforman una comunidad de trabajo. Cada individuo es considerado como un miembro activo único, que aporta atributos únicos al entorno laboral.
- Las entradas (Salud Laboral y el equipo de seguridad): se identifica a la salud y seguridad en el trabajo con las entradas, ya que es a través de estos profesionales por donde se produce la entrada real al modelo de una gama de servicios que mejoran la salud y seguridad de los trabajadores. Este sistema de entradas y salidas tiene una doble finalidad ya que pretende afectar al entorno del trabajador tanto en el medio profesional (interno),

como en el personal (externo).

- Las salidas: es la variable dependiente, ésta se encuentra en función de las entradas al sistema. Dando lugar a una disposición bidireccional y de retroalimentación del modelo. Las salidas corresponden con los resultados en salud.

Figura 19. Modelo de Lundberg.



Fuente: elaboración propia, a partir del modelo de Lundberg (1992).

El modelo de Lundberg reivindica que la enfermera laboral es un miembro fundamental en de equipo multidisciplinar dentro de sistema dinámico descrito.

Metaparadigma:

- *Salud*: es el óptimo estado de bienestar y de funcionamiento de los trabajadores como individuos y como conjunto, dentro de los límites personales y ambientales. Dicha definición recuerda a la propuesta por la OMS, si bien profundiza en el perfil laboral de los individuos.

- *Persona*: la Enfermería Ocupacional define a la persona o cliente como el trabajador, pudiendo éste ser tratado individualmente y también como colectivo que da lugar a la comunidad.

- *Entorno*: el modelo reconoce un medio ambiente dual, donde se combina el medio externo e interno, se considera ambos elementos como inseparables.

- *Cuidado*: la labor que desarrolla la Enfermería Laboral cuyo fin es el mantenimiento de la salud del cliente de manera integral.

4.1.3.3.4- Ruth Alston.

En 1993 se fundó en Londres la Federación de Enfermería del Trabajo de la Unión Europea²⁵ (*Federación of Occupational Health Nurses within the European Union*), dicha organización sin ánimo de lucro cuya misión es proporcionar voz a las enfermeras del trabajo europeas (Oakley, 2011), vino a dar respuesta a un vacío histórico que había dado lugar a un desarrollo muy superior de la disciplina al otro lado del atlántico desde hacía décadas. LA FOHNEU se marcó cinco objetivos (Staun, 2012):

1.- Contribuir a la salud integral, la seguridad y el bienestar de la población activa europea. Conscientes de la importancia de dicha misión la fundación apostó por adoptar un marco conceptual concreto. En este caso fue el Modelo Hanasaari de Ruth Alston. La apuesta de la FOHNEU por el modelo de Hanasaari supone un importantísimo punto de inflexión en la aportación que desde el ámbito europeo se hizo a los modelos de Enfermería Laboral, ya que hasta este momento, y según pone de manifiesto la bibliografía, toda la investigación se producía en el ámbito norteamericano.

2.- Mejorar la visibilidad de la enfermera del trabajo en Europa.

3.- Promover la capacitación, educación, el nivel de cualificación y la práctica profesional.

4.- Alentar la investigación en áreas de la práctica profesional de la salud, la educación y la gestión.

5.- Mantener un diálogo abierto con las organizaciones de la Unión

²⁵ Cuyo acrónimo es FOHNEU.

Europea responsables de la salud y la seguridad del trabajador, la Salud Pública y la Enfermería.

En 1993 Ruth Alston, enfermera del trabajo de la Junta Nacional Inglesa (ENB), reivindicó la necesidad de evolucionar en el modelo educativo existente, ya que según afirma el método educativo de principios de los 90 es inadecuado para la práctica futura de la Enfermería Laboral.

Alston apuesta por la educación especializada y por la formación continua como vía para el dominio de conocimientos y logro de competencias propios de la especialidad. La educación continua otorga a la Enfermería Laboral crecimiento personal, conciencia de sí misma, propiedad de rol, capacidad de reflexión sobre sus posibilidades de contribución, etc.

Figura 20. Dimensiones de la educación continua según Alston.



Fuente: elaboración propia, reproducción del esquema propuesto por Alston (1990).

La autora afirma que la Enfermería del Trabajo abarca aspectos relativos a la prevención y promoción, en detrimento del papel terapéutico tradicional de la

enfermera. Para ello es necesario, conforme al criterio de Alston, el desarrollo de nuevas teorías y modelos para la evolución profesional de las enfermeras de Salud Laboral. La enfermera Alston manifiesta que el reto de crear nuevos modelos puede ser la única tabla de salvación para la profesión que ve cómo otros profesionales de la Salud Laboral están apuntalando activamente su base científica.

La propia Alston había publicado en 1990 su modelo de Enfermería del Trabajo a partir de las conclusiones extraídas en un taller educativo internacional celebrado en la ciudad finlandesa de Hanasaari, y que da nombre al modelo. El cónclave de Hanasaari, organizado por el Instituto Nórdico de Estudios Avanzados en Salud Laboral, es uno de los referentes más importantes celebrados para la Enfermería Ocupacional de finales de los ochenta. Al taller asistieron profesores y profesionales de los países nórdicos, Islandia, Polonia y Reino Unido. Los participantes utilizaron su experiencia en Salud Laboral en las reuniones de trabajo para definir conceptos y darles un nuevo enfoque. El objetivo principal que se logró en el taller era dar cuenta de los fundamentos de la Enfermería Ocupacional para desarrollar un marco conceptual aplicable al trabajo práctico (Alston, 1990).

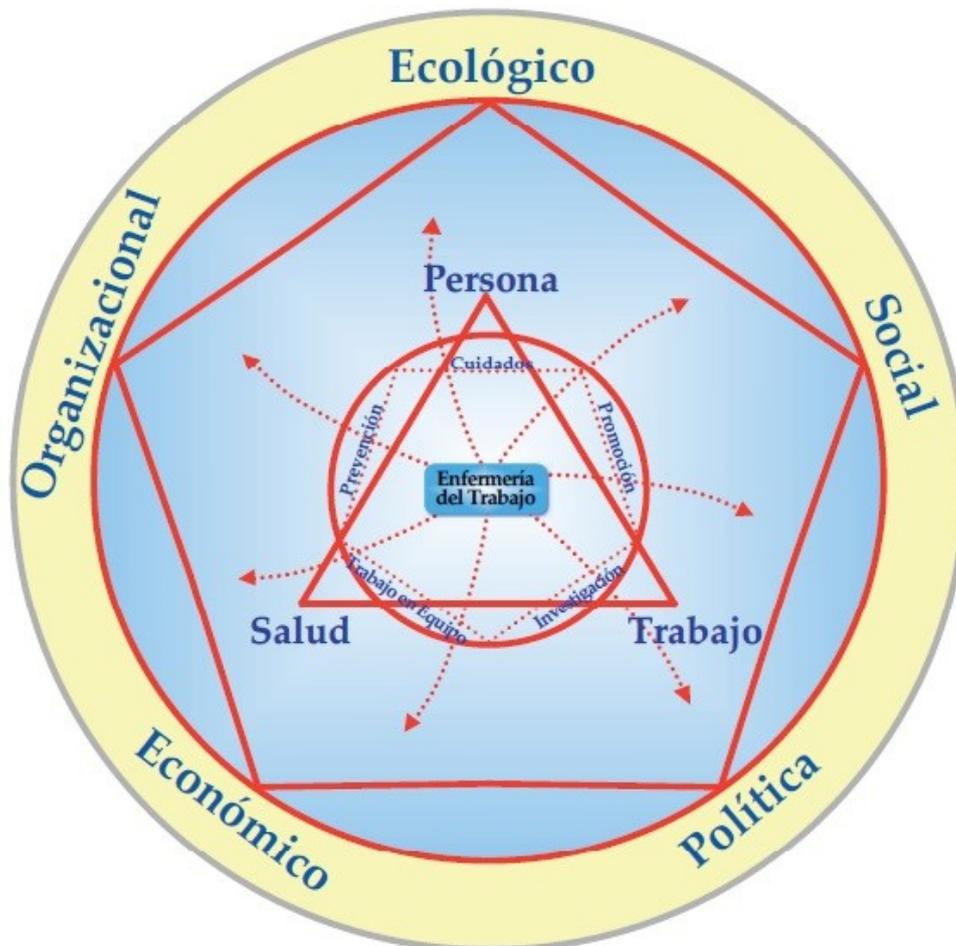
El modelo se representa gráficamente mediante un círculo externo que representa el medio ambiente general, aquí se ubican aquellas influencias que tienen efectos globales y que pueden afectar a la salud: factores económicos, políticos, sociales, ecológicos y organizacionales.

El triángulo -Persona, Trabajo y Salud- se ubica dentro del medio ambiente general. Los factores globales interactúan con este triángulo produciendo efectos sobre la Salud Laboral.

La Enfermería del Trabajo se presenta en el centro del modelo. La flexibilidad, que se representa con flechas curvadas, simboliza que los profesionales de la Enfermería del Trabajo son proactivos, en lugar de reactivos.

El enfermero o enfermera especialista mejora la salud de las personas en su entorno laboral, lo que revierte en beneficio para la comunidad, tanto dentro como fuera de su ámbito de trabajo.

Figura 21. Modelo de Hanasaari.



Fuente: elaboración propia, a partir del modelo de Hanasaari propuesto por Alston (1990).

Este enfoque proactivo, hacia el exterior, puede influir en lo político, social, económico, ecológico y organizativo, para esto es imprescindible que los profesionales de la Enfermería del Trabajo eleven el nivel de conciencia de su contribución real en la salud de la comunidad.

El paradigma dota a los profesionales de una capacidad proactiva, otorgándoles el control sobre su propio trabajo. La enfermera posee la capacidad

de inducir cambios socioeconómicos y en las políticas a través de la mejora continua de la salud de la comunidad.

Metaparadigma:

- *Salud*: estado de bienestar íntimamente relacionado con los conceptos de trabajo y persona. Asimismo se encuentra influenciada por cinco factores globales externos: político, social, económico, ecológico y organizativo.

- *Persona*: es el trabajador que, a su vez, también es el ser que vive en familia y en comunidad, estas realidades no pueden segregarse.

- *Entorno*: está formado por un compendio de aspectos globales externos como son los factores económicos, políticos, sociales, ecológicos y de organización. Dichas áreas son interesantes para la práctica y la innovación en la educación de Enfermería Laboral.

- *Cuidado*: los cuidados de la enfermera en Salud Laboral se sitúan en el centro del modelo, desde y con un trabajo proactivo se expande hacia el exterior, con la intención de mejorar sobre la persona, su salud y su trabajo. Mediante una actitud proactiva, con valores, responsabilidad y autorregulación, la enfermera del trabajo no sólo ofrece sus cuidados sobre la persona, la salud y el trabajo, sino que pretende alcanzar a toda la comunidad.

4.1.3.3.5- Mary E. Maciag.

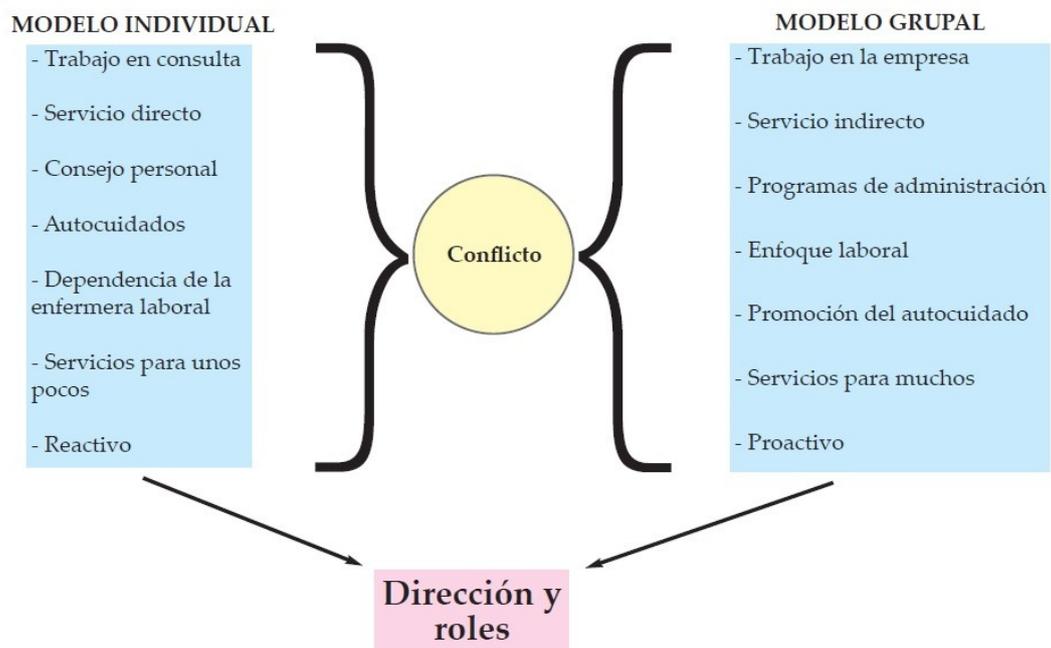
En 1993, Mary E. Maciag, enfermera del trabajo y fundadora de la empresa californiana *Occupational Health Solutions*, propone un modelo práctico de Enfermería Laboral “más sensible a las demandas del trabajo actual y futuro” en una sociedad que cambia a un ritmo acelerado.

Para Maciag la Enfermería debe influir en el futuro de la Salud Laboral, mediante la identificación de riesgos para la salud, el análisis de tendencias, es decir, mediante estudios epidemiológicos y a través del control del gasto para ofrecer servicios más eficaces.

La autora cree en la pervivencia de un modelo grupal, donde sea compatible la salud del trabajador con la productividad empresarial, que da lugar a más ganancias, y que a su vez da lugar a mejoras en las condiciones de trabajo y en los programas de salud.

En la siguiente figura se observan las diferencias entre un modelo individual de Enfermería Laboral, anclado en el pasado a criterio de Maciag, mientras que a la derecha se observa el modelo grupal que propone la enfermera del trabajo para la práctica.

Figura 22. Diferencias entre el modelo individual y el grupal de Maciag.



Fuente: elaboración propia a partir del modelo de Maciag (1993).

El modelo grupal centra su objetivo en el trabajador en riesgo, por ello marca su lugar de la trabajo en la propia empresa, a diferencia del modelo individual anterior que se localiza en la consulta de salud.

El carácter grupal del modelo se pone de manifiesto mediante el uso que la enfermera hace de la información que obtiene, ya que puede extraer resultados epidemiológicos. Por ejemplo, al detectar cierta exposición a un riesgo laboral, o a un tóxico ambiental que está afectando a la salud de los trabajadores. Esta labor redundante en mejorar las condiciones de trabajo en la empresa.

Sin embargo, el modelo propuesto por Maciag carece de una conceptualización clara de los términos del metaparadigma enfermero, y se apoya, quizá en exceso, en el estudio de campos que competen a la Higiene

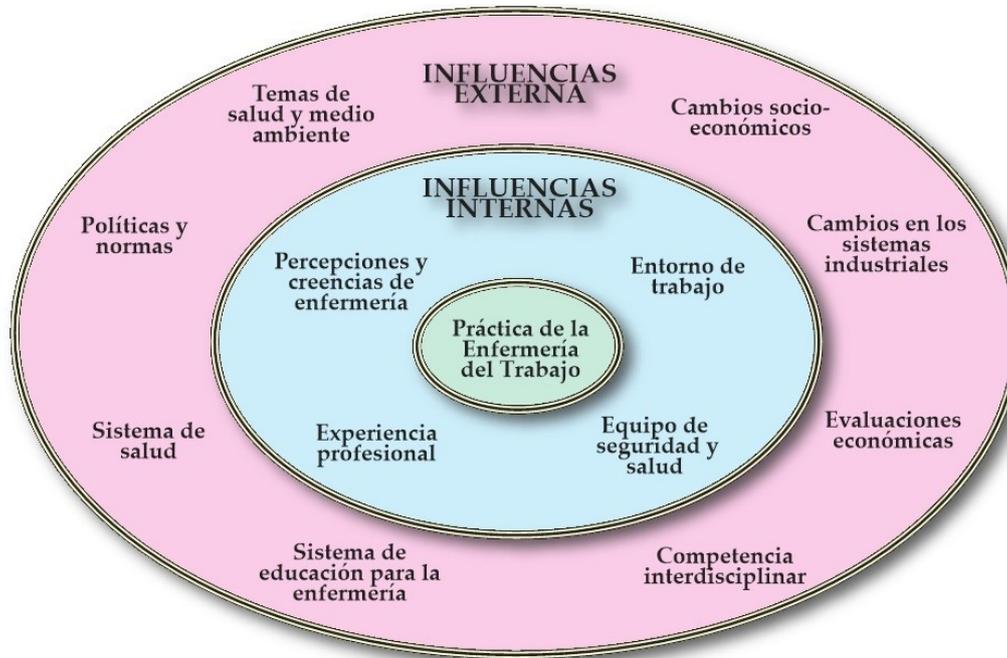
Industrial y la Seguridad. Lo cual hace que su aplicación sea poco útil para crear un corpus de conocimiento propio de la enfermera del trabajo.

4.1.3.3.6.- Pei-Jang Chang.

En 1994 vio la luz la tesis doctoral de Pei-Jang Chang en la Universidad de Londres. El trabajo titulado "*Factores influyentes en la práctica de la Enfermería del Trabajo*" hace una revisión sobre las necesidades percibidas por los profesionales del cuidado en Salud Laboral. Los resultados obtenidos por Chang son reveladores ya que demuestran el bajo interés de las enfermeras especialistas por la existencia y uso de un modelo de Enfermería propio. El 45.5% de las enfermeras consultadas consideraba que no era necesario disponer de un modelo de Enfermería en Salud Ocupacional, mientras que el 38.5% sí que lo consideraban necesario, el 16% restante no tenían opinión al respecto de la cuestión. Aquellos que consideraban conveniente la aplicación del modelo aluden como razones de esa necesidad su utilidad como marco conceptual y su capacidad para estandarizar procesos y procedimientos. A su vez, aquellos que consideran conveniente la adopción de un modelo optan por el paradigma de Hanasaari (en un 36.2%), por el modelo de autocuidado de Orem (un 14.9%) y por el modelo del molino de viento de Wilkinson (un 1.1%).

En su tesis Chang realiza una severa crítica a los modelos que le preceden en el tiempo (Gries, Dees, Morris, Alston, Wilkinson...). Si bien reconoce que todos ellos proporcionan un marco conceptual adecuado para la Enfermería Laboral aprecia debilidades comunes, como por ejemplo la ausencia de claridad en cuanto al alcance de la práctica y una falta de evidencia empírica. A partir de las respuestas obtenidas en un cuestionario cumplimentado por 251 enfermeras especialistas, Chang propone un modelo basado en aquellos factores de influencia que afectan a la enfermera. La autora reconoce 14 factores externos (que se pueden agrupar en 8 como se aprecia en la figura 23) y 4 factores internos.

Figura 23. Modelo de Enfermería de Chang.



Fuente: elaboración propia a partir de las aportaciones de Chang (1994).

4.1.3.3.7.- Christina Ekeberg.

En 1997 Christina Ekeberg, coordinadora de formación para la Enfermería de Salud Laboral del Instituto de Salud de Suecia, denunció la tendencia en Suecia a la vuelta a la Enfermería “de tratamiento” en detrimento de la Enfermería “de prevención”. Ekeberg explica este retorno con motivo de la crisis económica de los años 90. Para combatir dicha involución y la falta de un modelo de Enfermería Laboral de referencia introduce un nuevo concepto: el Empoderamiento. Éste se define como un proceso interpersonal que ayuda al individuo a ejercer control sobre los factores que afectan a su vida.

El concepto de Empoderamiento no es nuevo, años atrás algunos autores lo habían definido como un logro de competencias participativa (Keiffer, 1984), o como un proceso de ayuda para que las personas ejerzan control sobre los factores que afectan a sus vidas (Gibson, 1991). Para otros, empoderar es permitir actuar, es decir, permitir a las personas sentirse libres de manera efectiva para que

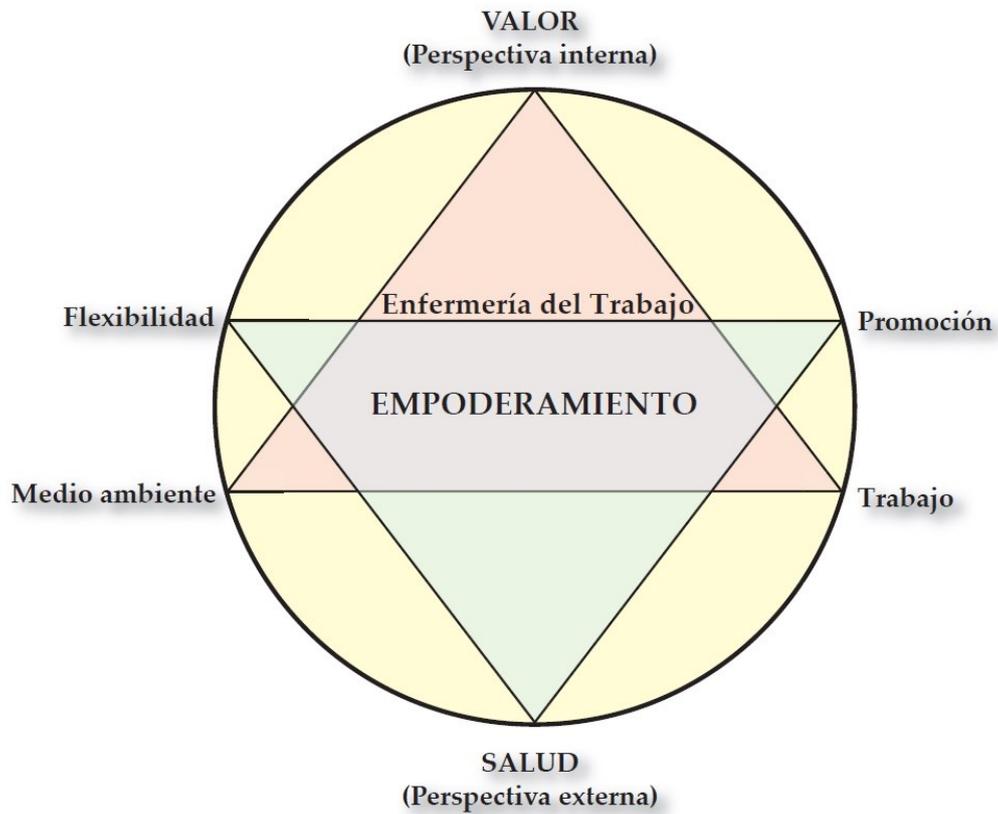
puedan ejecutar con éxito su trabajo (Chandler, 1992).

Según Ekeberg algunos modelos generalistas de Enfermería utilizan, aunque sin aludirlo expresamente, el concepto del Empoderamiento como Roy, Neuman, Pender u Orem.

Ekeberg pone en relieve la reunión que celebró el Instituto Nórdico de Estudios Avanzados en Salud Laboral a finales de la década de los ochenta, de aquella primera reunión en Hanasaari donde surgió su conocido modelo homónimo. En la segunda reunión, convocada en Suecia en 1991, participaron profesionales de la Enfermería Laboral de Lituania, Uganda, Reino Unido o Canadá. De igual manera, que en la asamblea de Hanasaari, los convocados utilizaron su experiencia profesional en las reuniones de trabajo.

El objetivo de esta segunda reunión era desarrollar aún más el modelo plasmado por Alston articulando un paradigma más coherente con la práctica de la Enfermería en Salud Ocupacional, para ello se introduce el concepto de Empoderamiento. El modelo revisado convierte al Empoderamiento en el núcleo, definiendo dos perspectivas diferentes. Una externa, donde la enfermera ayuda al cliente y permite su participación activa en la toma de decisiones, solución de problemas o sus estilos de vida. Es decir, donde la enfermera favorece el Empoderamiento del trabajador. Y otra perspectiva interna, donde la Enfermería se aplica a sí misma el Empoderamiento, siendo más proactiva y asumiendo mayores responsabilidades con el fin de eliminar su ambigüedad de rol y obtener un mayor respeto profesional de sus colegas interdisciplinarios.

Figura 24. Modelo de Ekeberg.



Fuente: elaboración propia, a partir del modelo propuesto por Ekeberg, también llamado de Hanasaari II (1997).

Si bien no se puede afirmar que las aportaciones recogidas por Ekeberg, y que se incorporan al modelo de Hanasaari, constituyen por sí mismas un modelo de Enfermería, la inclusión de nuevas variables dota de gran importancia la contribución hecha en la segunda reunión de trabajo del Instituto Nórdico de Estudios Avanzados celebrada en 1991 en Suecia.

4.1.3.3.8.- Marjorie W. Slagle.

En 1998 Marjorie Witman Slagle, alto cargo del programa de gestión del servicio de Salud Pública de EEUU, define el alcance multidimensional de la Enfermería del Trabajo. Los objetivos del paradigma de Slagle son:

- Alcanzar un nivel óptimo de salud y bienestar del cliente.
- Facilitar un medio de trabajo en condiciones seguras.
- Prevención de enfermedades y lesiones derivadas del trabajo.
- Dar una atención primaria adecuada y referencia para la comunidad.
- Aumento de la autoestima del cliente y su satisfacción laboral.
- Aumentar la productividad.
- Disminuir el absentismo, pérdida de tiempo y reclamaciones.
- Disminuir gastos de atención médica.
- Uso efectivo de las prestaciones sanitarias.

La Enfermería del Trabajo utiliza todos los aspectos del proceso de Enfermería para maximizar la salud y seguridad del cliente a través de la educación, la colaboración y la investigación.

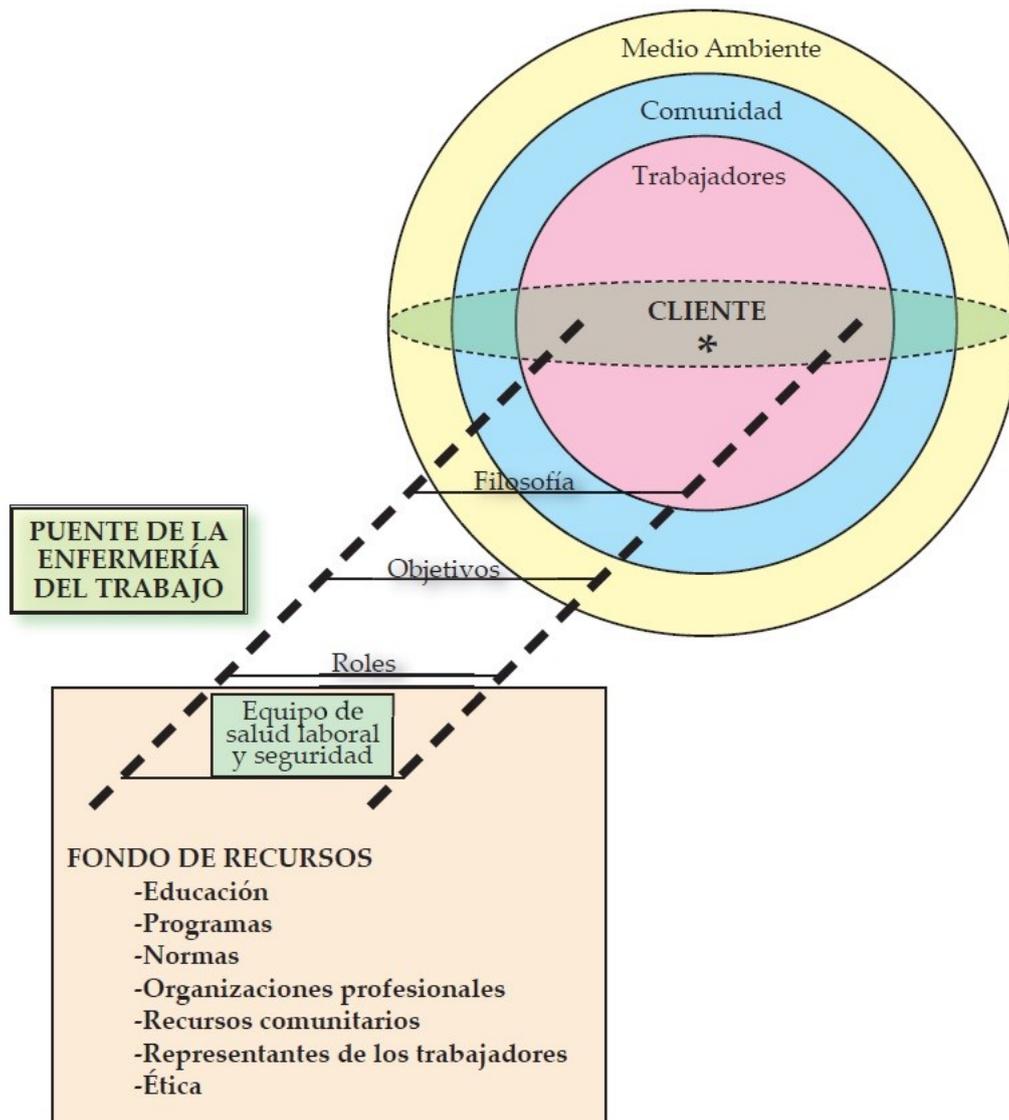
El modelo se representa como un átomo en cuyo núcleo se encuentra el cliente, que interacciona al mismo tiempo con el medio ambiente, la comunidad y su propio entorno de trabajo.

La enfermera de Salud Laboral debe estar preparada, afirma Slagle, para cumplir con una tarea versátil. Su rol abarca la implementación de programas, la educación de los trabajadores o la participación en la gestión empresarial. Dichas tareas deben ser compatibles con la defensa del cliente manteniendo la neutralidad entre los clientes y la dirección de la empresa.

Asimismo, Slagle añade otras funciones irrenunciables para la enfermera especialista como son la atención de urgencias para clientes lesionados, identificación de síntomas o la detección y evaluación de riesgos laborales. A su vez, de forma interdisciplinar, la enfermera ocupacional puede realizar, conjuntamente con el médico especialista, la vigilancia de la salud de los clientes. Destaca la importancia de un equipo de trabajo implicado en la Salud Laboral

multidisciplinar (personal de Enfermería, médico, higienista industrial, especialista en seguridad, delegados de prevención, etc.).

Figura 25. Modelo de Enfermería Laboral de Slagle.



Fuente: elaboración propia, a partir del modelo propuesto por Slagle (1998).

En la figura se aprecia cómo la interacción entre el medio ambiente, la comunidad y el entorno se representa por medio de líneas discontinuas que

simbolizan la fluidez y permeabilidad de estos aspectos entre sí.

La Salud Laboral se describe desde una perspectiva sistemática donde la política, la sociedad, la economía y la legislación influyen enormemente. El Proceso de Enfermería del Trabajo conecta con el cliente gracias a un puente permeable, a su vez, a la comunidad, al entorno laboral y al medio ambiente.

Slagle enumera en su modelo un conjunto de recursos necesarios para satisfacer las necesidades de la comunidad de trabajo y maximizar la eficacia de la enfermera en su lugar de trabajo:

- 1.- Educación.
- 2.- Programas.
- 3.- Normas.
- 4.- Organización profesional.
- 5.- Recursos de la comunidad.
- 6.- Representantes de los trabajadores.
- 7.- Ética.

Este modelo también es conocido como el Modelo de los Recursos ya que integra los diversos recursos disponibles para ser utilizados en el lugar de trabajo y en la comunidad.

La enfermera del trabajo es líder, ya que coordina recursos para la salud y ejecuta los programas de salud de manera adecuada y realista.

En el modelo de los recursos, el proceso de Enfermería del Trabajo es dinámico, gira en torno al núcleo e interacciona con el entorno, la comunidad y el medio ambiente.

Metaparadigma:

- *Salud*: consiste en la prevención de la enfermedad y de lesiones derivadas del trabajo a través de programas que se centran, principalmente, en los trabajadores, y posteriormente, en la comunidad.

- *Persona*: es el cliente. Un individuo (o conjunto de individuos) que se encuentra ubicado en su lugar de trabajo y cuyas características demográficas influyen en el diseño e implementación de los programas de Salud Laboral. El cliente es el núcleo del modelo, y desde ahí abarca al individuo, la familia, el

trabajo y la comunidad.

- *Entorno*: es el lugar de trabajo, donde se pueden encontrar los peligros y riesgos que amenazan la salud del cliente. Si se asume el Modelo de Sistemas, se entiende que el lugar de trabajo supone un subsistema dentro de la comunidad y del medio ambiente.

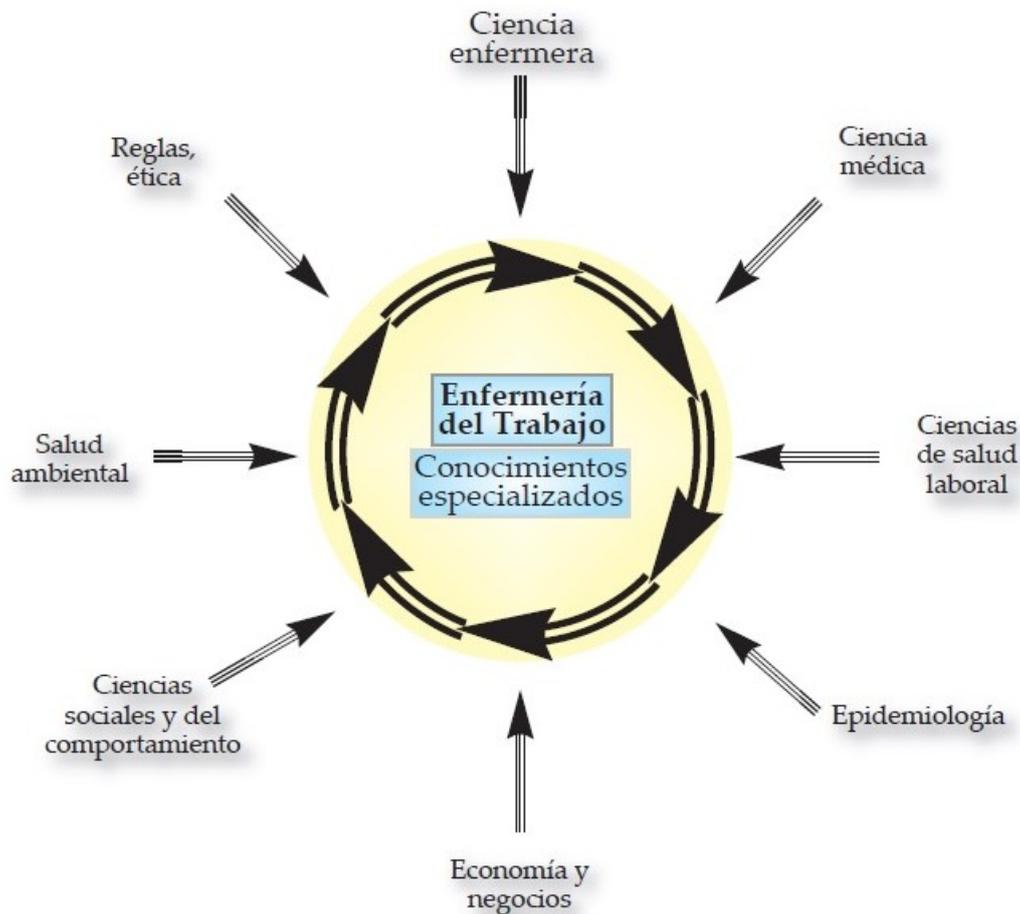
- *Cuidados*: son desarrollados por la enfermera de Salud Laboral, que promueve el bienestar (recuperando el concepto del modelo de Javid), proporciona servicios de salud y se esfuerza por prevenir la enfermedad profesional y los accidentes laborales.

4.1.3.3.9.- Bonnie Rogers.

En 1998 Bonnie Rogers describe el rol de la enfermera del trabajo como aquella profesional que integra saberes de distintas disciplinas:

- Ciencias de la Enfermería: que proporciona el contexto para la salud, la prestación de servicios, la promoción de la salud y la atención en la enfermedad. Incluye la evaluación y gestión de riesgos laborales.
- Ciencias Médicas: a través del tratamiento específico de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.
- Ciencias de la Salud Laboral: que incluyen a la toxicología, la higiene industrial, la seguridad laboral y la ergonomía.
- Epidemiología: cuyo fin es el estudio de tendencias de enfermedad y salud.
- Economía: a través de la valoración de la calidad y coste de los programas de salud y seguridad.
- Ciencias Sociales y del Comportamiento: que son útiles para explorar las influencias del entorno, los estilos de vidas y las relaciones interpersonales que confluyen en el medio laboral.
- Salud Ambiental: que examina, de forma sistémica, la relación entre los trabajadores y el medio ambiente, como base para el desarrollo de la prevención.
- Aspectos éticos y legales: que aseguran el cumplimiento de los mandatos legislativos.

Figura 26. Enfermería del Trabajo según Rogers.



Fuente: elaboración propia, a partir de la propuesta de Rogers (1998).

4.1.3.4.- A partir del año 2000.

Si bien en la década de los 80 y los 90, del s. XX, encontramos importantes modelos relacionados con la Enfermería del Trabajo se aprecia un descenso en la calidad y cantidad de aportaciones científicas a partir del año 2000. Las publicaciones sobre este campo son prácticamente testimoniales. Mediante un análisis de la literatura se observa cómo las autoras, de principios del tercer milenio, buscan la génesis de la Enfermería Laboral a través de la reivindicación de su propia identidad profesional. Resulta revelador ver que la mayor parte de

investigaciones se centran en definir cuál debe ser la formación necesaria para ser enfermero del trabajo, y se olvidan de qué teoría ha de sustentar toda la práctica.

Algunas autoras inciden sobre la necesidad de conocer cuáles son las necesidades educativas de las enfermeras de Salud Laboral dado el avance y cambio en los lugares de trabajo y en los procesos (Olson, 2000). Esta autora estadounidense apuesta por la revisión meticulosa de las necesidades formativas mediante la introducción de un nuevo enfoque basado en las nuevas tecnologías.

Otras autoras europeas sostienen que la necesidad de una evolución en la educación de las especialistas no tiene una única causa relacionada con las nuevas tecnologías, sino que se debe a cambios sociales, económicos y laborales que aconsejan dicha evolución (Rossi & Heinonen, 2000).

En la línea de Olson y Rossi, en 2005 las enfermeras británicas Cathy Harrison, Ann Harriss y Jan Maw redundan en la importancia de implantar una formación especializada, y en la necesidad de que exista un registro público de enfermeras de Salud Laboral dado que la disciplina requiere de un conjunto diferenciado de conocimientos que van más allá de la formación generalista (Harrison, Harriss & Maw, 2005).

Por otra parte, en 2008 Margaret Thomson Croft estudia en su tesis doctoral, publicada en la Universidad de Columbia, otra de las inquietudes que han ocupado en los últimos años a las enfermeras de Salud Laboral: la autonomía profesional. La autora explica cómo sigue existiendo dependencia de las enfermeras especialistas de otras disciplinas profesionales.

En 2011 Julie E. Ward, profesora de la Universidad de Washington, publica un estudio sobre las necesidades educativas de las enfermeras del trabajo y sobre la creación de un Instituto de Enfermería del Trabajo en dicha institución universitaria.

Resulta sintomático descubrir en la bibliografía que las cuestiones que preocupan a las enfermeras del trabajo en pleno siglo XXI son similares a las que han existido desde hace décadas para el conjunto de la profesión. Sin embargo, se ha dejado de lado la definición de una teoría propia y la implementación de un modelo de Enfermería especializado, olvidando que ésta es la mejor manera de dotar de identidad a una disciplina. Las aportaciones al paradigma de la Enfermería en Salud Laboral encontradas a partir del año 2000 son escasas y

dotadas de poca originalidad (Skillen, 2002; McBain, 2006; Noel, 2010).

4.1.3.4.1.- Lynn Skillen.

En 2002 la profesora de la Universidad canadiense de Alberta, Lynn Skillen, publicó su modelo basado en la efectividad. Dicho paradigma especifica los fundamentos, las funciones, las relaciones y las metas para alcanzar la efectividad en materia de Enfermería en Salud Laboral. Si bien algunos autores remarcan la dificultad de definir y medir el concepto de efectividad (Graziani, 1996), otros señalan que este concepto ha de ser una prioridad para la investigación enfermera (Rogers, 1989).

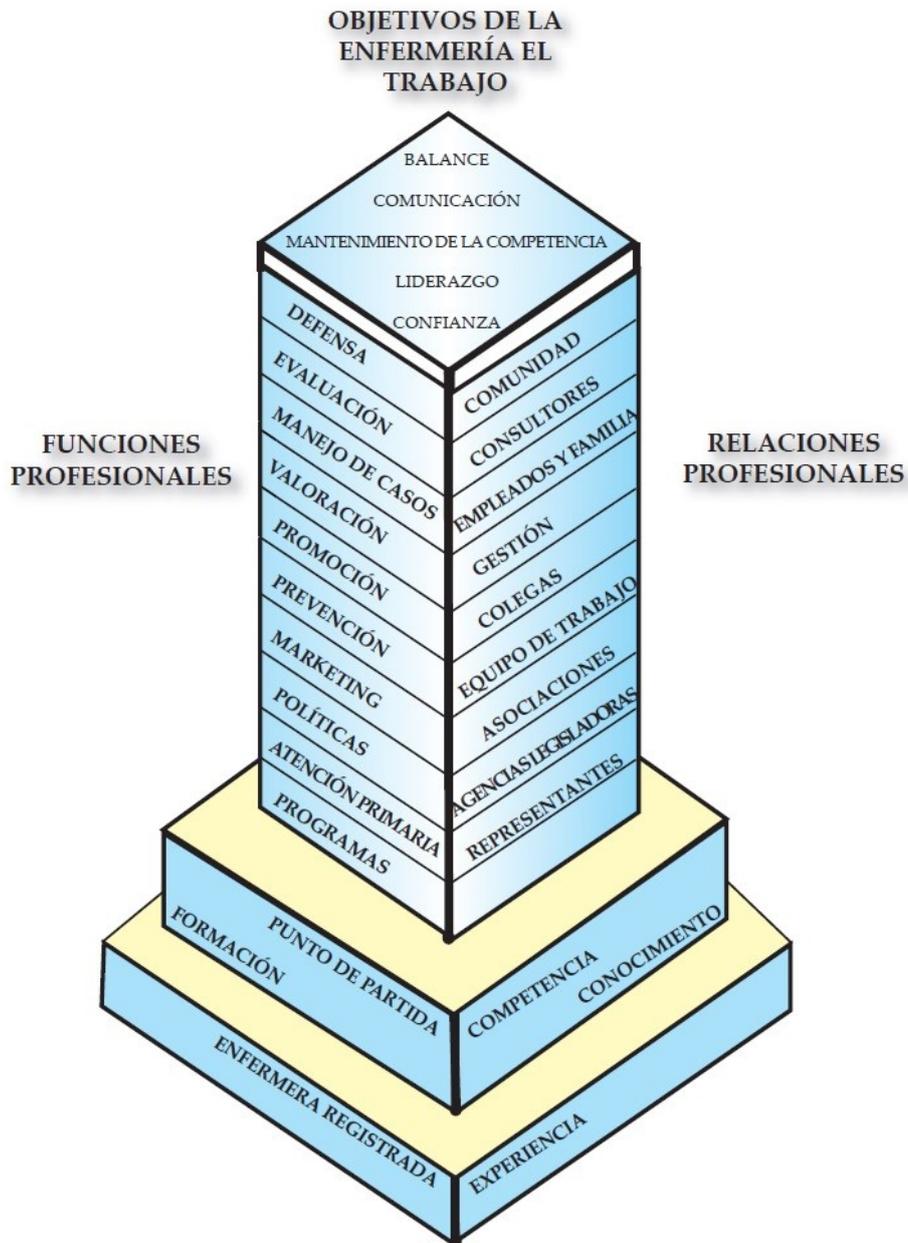
La torre del modelo representa la especialidad de la Enfermería Laboral en sí misma. En ella se encuentran las funciones específicas de la disciplina y las relaciones entre los diversos agentes. Tanto las funciones como las relaciones son necesarias para ascender hasta las metas que se encuentran en la cima de la torre. La experiencia como enfermera generalista proporciona la base para la práctica de la Enfermería especializada. En la línea de base se encuentra la experiencia y los registros enfermeros, a su vez también se encuentran la educación y las competencias profesionales.

Las diez funciones que desarrolla la enfermera ocupacional, según Skillen, son:

- 1.- Defensa de los trabajadores.
- 2.- Evaluación de riesgos.
- 3.- Estudio y manejo de los casos que surjan.
- 4.- Valoración del estado de salud y de las condiciones laborales.
- 5.- Promoción de la salud.
- 6.- Prevención de la enfermedad.
- 7.- Marketing, entendiendo a éste como un proceso social por el cual los individuos satisfacen sus necesidades creando e intercambiando bienes y servicios.
- 8.- Aplicación de políticas e influencia en los posibles cambios.
- 9.- Atención primaria, como primer eslabón en la cadena de atención sanitaria ante un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

10.- Elaboración y cumplimentación de programas.

Figura 27. Modelo de la efectividad de Skillen.



Fuente: elaboración propia, a partir del modelo de Skillen (2002).

Las nueve relacionales de la Enfermería Laboral se dan con:

- 1.- Comunidad.
- 2.- Consultores.
- 3.- Trabajadores y familias.
- 4.- Gestores.
- 5.- Colegas.
- 6.- Equipo de trabajo.
- 7.- Asociaciones profesionales.
- 8.- Agencias u organismos legislativos y reguladores.
- 9.- Representantes de los trabajadores.

Los cinco objetivos que se han de alcanzar son:

- 1.- Balance o equilibrio.
- 2.- Comunicación.
- 3.- Mantenimiento de la competencia profesional.
- 4.- Liderazgo.
- 5.- Confianza (tanto por parte de los trabajadores como de la empresa).

La propia autora del modelo reconoce que éste no se adapta a un paradigma estandarizado dado que no aporta herramientas para su medición de resultados. Paradójicamente, el modelo autodenominado como el de la efectividad, adolece de importantes carencias. Es por esto que Lynn Skillen remarca la necesidad de continuar desarrollando el modelo.

Por otra parte, este modelo no identifica los elementos propios del metaparadigma, lo cual dificulta su estudio y aplicación.

4.1.3.4.2.- Maureen McBain.

En 2006, la profesora de la Universidad británica de Aberdeen, Maureen McBain, recuerda la importancia de algunos modelos como el de Hanasaari, o el del molino de viento de Wilkinson. No obstante, afirma que es necesario evolucionar y dotar a la profesión con nuevos modelos basados en la evidencia

empírica. El objetivo que McBain se marca es construir el modelo que la profesión necesita sobre las cuatro funciones de enfermería: Práctica, Educación, Investigación y Gestión.

McBain (2006) define el concepto de modelo como una forma que tienen las enfermeras de organizar su pensamiento acerca de la Enfermería, para luego transferir ese pensamiento a la práctica con orden y eficacia.

La autora publica en 2006 su propio modelo auspiciado por el Centro para la Investigación de la Práctica Enfermera y financiada por el Consejo Nacional de Enfermería y Obstetricia en Escocia (CeNPRaD). Dicho modelo supone una modesta aportación que viene a complementar el publicado por Chang en su tesis doctoral en 1994. La disposición de los elementos que realiza McBain recuerda a las relaciones de influencia que estableció Chang doce años antes. Según McBain el modelo trata de hacer una aportación más simple que el paradigma de Chang con el objetivo de hacer de éste una herramienta más adaptable a un mundo en constante cambio.

Figura 28. Modelo del CeNPRaD sobre la Enfermería laboral.



Fuente: elaboración propia, a partir de las disposiciones de McBain (2006).

A la vista de los modelos de Enfermería que se han publicado en las últimas décadas cabe preguntarse sobre la aplicabilidad de éstos en nuestro entorno. Para poder responder a esta cuestión, llegados a este punto, resulta fundamental conocer cuáles son las características sociales y laborales de nuestro país.

4.1.4.- Contextualización de los modelos.

A partir de los paradigmas descritos por Kérouac podemos establecer tres épocas históricas que señalan el enfoque de los marcos conceptuales de cada periodo. Como ya hemos indicado el Paradigma de Categorización abarcaría desde 1850 a 1950, el Paradigma de Integración incluiría los modelos enfermeros generalistas de mayor relevancia al discurrir entre 1950 y 1975. Y, por último, el Paradigma de Transformación, cuyo inicio se delimita a partir de 1975. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que estas fechas son meramente orientativas, más aun si tenemos en cuenta la evolución de los modelos propios de la Enfermería del Trabajo descritos.

Si bien el modelo de Baughn se data en 1977 lo que podría dar lugar a considerarlo dentro del paradigma de Transformación, esto no es así. Dado su influencia por el modelo de Roy y su marcado carácter hacia el mantenimiento de la salud de la persona se categoriza dentro del paradigma de Integración. En 1980 surge el modelo de Gries, al igual que el de Baughn, éste también se encuentra influido por Roy y se enmarca dentro del paradigma de Integración. Por otro lado, el modelo de Dees de 1984, que a su vez se inspira en el de Javid, que a su vez se basa en el de Orem, pone de manifiesto su vinculación al paradigma de Integración. Si realizamos un análisis de los enfoques de los marcos que hemos visto se observa que al margen de los modelos descritos los de Morris (1985), Wilkinson (1990) o Lundberg (1992) se consideran incluidos dentro del paradigma de Integración.

Hemos de dar un salto hasta 1993 para encontrar vislumbrar una evolución hacia el paradigma de Transformación, con el modelo de Hanasaari propuesto por Ruth Alston, así como por su continuación propuesta en 1997 por Ekergerb. El carácter único e irrepetible de los fenómenos que contempla el paradigma de Transformación se había resistido a aparecer en los modelos de enfermería anteriores. Si bien, para los modelos generalistas este viraje se da a mediados de los años setenta del siglo veinte, este cambio tarda casi 20 años en darse en los modelos específicos.

4.1.5.- ¿Por qué es necesario elaborar un modelo para nuestro entorno?

El estudio de los modelos de Enfermería aplicables a la Enfermería del Trabajo debe integrar no sólo modelos propios, elaborados genuinamente desde el ámbito laboral, sino que debe contemplar el uso de modelos, que hemos llamado generalistas, y que se pueden adaptar a las características intrínsecas que se dan en el entorno laboral. Es por eso que hemos comenzado realizando una revisión de aquellos modelos generalistas que algunas autoras han adaptado a la Enfermería Laboral. Los conceptos como adaptación, autocuidado o sistema, son utilizados por las autoras descritas para crear nuevos modelos específicos. Si bien, cabe señalar, que buena parte de los modelos, que se consideran genuinos también utilizan algunos conceptos utilizados por las teóricas generalistas, aunque no se manifiesta abiertamente en sus discursos. En definitiva, la frontera entre los modelos generalistas aplicados y los modelos propios no es una línea continua, sino, más bien, una línea discontinua o difusa.

A partir de la década de los 70, del siglo XX, surgen tímidas iniciativas con el objetivo de conceptualizar y definir desde una visión teórica a la subdisciplina. Aunque no es hasta la década de los 80 cuando toma impulso la idea de desarrollar un marco propio, cuya característica esencial, según los modelos publicados, es la necesidad de que sirva para ser utilizados en la práctica diaria de las enfermeras del trabajo.

No es hasta la década de los 90 cuando surge un modelo europeo. Ruth Alston es la autora del conocido modelo de Hanasaari. Este modelo señala el carácter proactivo que debe definir al enfermero laboral, y cómo mediante su labor puede influir sobre el trabajador, la empresa, su familia y sobre toda la comunidad. El desarrollo de este modelo por la sueca Christina Ekerberg dio lugar a la introducción del concepto del Empoderamiento, como mecanismo para que la enfermera pueda ayudar al trabajador para que ejerza el control sobre los factores que afectan a su vida.

El modelo que Alston extrae de Hanasaari posee gran relevancia ya que sabe combinar tres importantes elementos como son: persona, trabajo y salud; al tiempo que identifica los cinco aspectos que conforman el medio ambiente global (ecológicos, sociales, políticos, económicos y organizacionales). La Federación Europea de Enfermería del Trabajo (FOHNEU) apuesta por la difusión de dicho

modelo, sin embargo, dicho modelo carece de una implementación práctica y se circunscribe a un ámbito teórico.

Esta tesis aspira a paliar dicho déficit mediante el desarrollo de una Teoría intermedia que sienta las bases para implementar una validación práctica del mismo, como mecanismo ineludible que justifique su utilidad para la práctica y para la investigación.

Desde el año 2000 a nuestros días se han publicado escasos modelos específicos, que aportan pocos conceptos nuevos. Esta desaceleración en la creación de nuevos marcos conceptuales resulta paradójica si tenemos en cuenta que jamás han existido más enfermeras y enfermeros del trabajo en todo el mundo como en la actualidad. Es por esto que resulta necesario seguir trabajando en la búsqueda de nuevos modelos, que ayuden a definir qué es lo que aporta la enfermera especialista en salud laboral que otros profesionales no aportan.

A continuación se describen los argumentos para justificar la necesidad de desarrollar un marco conceptual adaptado a nuestro entorno.

4.1.5.1- Argumentación Práctica.

Cabe destacar la importancia que adquiere desarrollar un marco conceptual aplicable a nuestro entorno, ya que los modelos vistos de origen anglosajón toman como referencia a una enfermera del trabajo que desarrolla su labor dentro de una organización empresarial. Como hemos visto, desde finales del siglo XIX las grandes industrias americanas incluyen en sus plantillas enfermeras industriales. El perfil de estas industrias que empleaban enfermeras era fundamentalmente de dos tipos, por un lado, se encuentran las grandes industrias extractivas de materias primas y metalúrgicas cuyos trabajadores se encontraban expuestos a intensos riesgos laborales relacionados con las materias extraídas y con las duras condiciones de trabajo. Por otro lado, a principios del siglo XX también aparecen enfermeras en la nómina de grandes cadenas comerciales norteamericanas dedicadas a las ventas y al comercio. Los modelos de Enfermería que surgen en el ámbito anglosajón responden a las necesidades que existen en ese país, es decir, la enfermera del trabajo se encuentra inmersa dentro de la empresa y forma parte de la misma.

Sin embargo, la realidad social y laboral de nuestro país es bien distinta,

según la legislación española, para que una empresa esté obligada a constituir un servicio de prevención propio debe tener en nómina a un mínimo de 500 trabajadores²⁶. Según el Directorio Central de Empresas perteneciente al Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014) existen en España 3.119.310 de empresas, de las cuales más del 99% son pequeñas y medianas empresas (PyMES), es decir de menos de 250 trabajadores.

Por consiguiente, para elaborar un modelo adaptable al contexto español es necesario que éste pueda ser aplicable a la práctica tanto desde el ámbito de los servicios de prevención propios como desde los servicios de prevención ajenos.

Por otro lado, la enfermera del trabajo española debe ser conocedora de la realidad social, laboral y económica de la sociedad donde desarrolla su labor, así como de las condiciones laborales en las que los trabajadores de su entorno desarrollan su trabajo.

En esta línea, para elaborar un perfil fidedigno de la Enfermería del Trabajo española conviene tener presente que en 2015 sólo existe en nuestro país 950 empresas con más de 500 trabajadores²⁷, y por tanto, con la obligación legal de constituir un servicio de prevención propio. De ahí que la gran mayoría de profesionales vinculados a la Enfermería Laboral en nuestro país desarrollan su labor en servicios de prevención ajenos. Ésta es una de las motivaciones por las que resulta necesario elaborar un marco conceptual específico para la subdisciplina que reconozca la realidad laboral de las enfermeras del trabajo que en su inmensa mayoría lleva a cabo una tarea asistencial y de vigilancia de la salud sobre un gran número de trabajadores que pertenecen a una amplia diversidad de empresas.

Condiciones laborales

La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, publicada en 2011, recoge datos relacionados con la percepción de los trabajadores españoles en

²⁶ 250 trabajadores si se trata de una empresa incluida en el Anexo del Real Decreto de los Servicios de Prevención, R.D. 39/1997.

²⁷ Dato aportado por el presidente de la Asociación Española de Enfermería del Trabajo, José Manuel Corbelle Álvarez, en la conferencia inaugural de las IX Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo celebradas el 29 y 30 de mayo de 2015 en Madrid.

relación con su salud y seguridad en el trabajo. Alguno de los indicadores que se desprenden de la encuesta nacional nos sirven para hacer una radiografía de cómo es la realidad laboral y las condiciones de trabajo de los trabajadores en España. Según dicha encuesta el 69% de los trabajadores refieren sentirse expuestos a sufrir algún accidente de trabajo en su entorno laboral. Este dato es inferior al 71% recogido en la anterior encuesta en 2007. Siete de cada diez trabajadores reconocen que tienen algún problema de salud, a su vez, la mayoría de éstos refieren que dichas patologías están vinculadas con el trabajo que realizan (INSHT, 2011).

La implicación en la mejora de las condiciones de trabajo, la salud y la seguridad de los trabajadores es una labor global, que va más allá de nacionalidades o regionalismos, así se desprende del V Estudio Sobre las Condiciones de Trabajo en Europa realizado por Eurofound y publicado por la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea en 2012 (EWCV, 2012). Dicha encuesta europea viene a ser la sustituta de la encuesta nacional editada hasta 2011 por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Las principales conclusiones que se extraen de la V Encuesta Europea reflexionan sobre la exposición laboral a factores de riesgos físicos como psicosociales. Por un lado, se concluye que la exposición a riesgos físicos no ha disminuido de forma drástica si se compara con los resultados de la primera Encuesta Europea de 2001. Por otra parte, sí que se aprecia un crecimiento de la incidencia negativa sobre la salud de los factores de riesgo psicosocial relacionados con el trabajo. Estos riesgos psicosociales incluyen: altas demandas en la intensidad en el trabajo, exigencias emocionales, falta de autonomía, conflictos éticos o malas relaciones sociales.

Por otro lado, según el Informe de Salud laboral, España 2001-2010, en cuanto a la exposición a los riesgos laborales en los hombres predominan los factores de riesgo higiénicos y de seguridad, mientras que no se aprecian grandes diferencias entre hombre y mujeres en relación a los factores de riesgo psicosocial y ergonómicos.

Conforme a todo lo descrito consideramos que se encuentra justificada la necesidad de elaborar un modelo enfermero aplicable al contexto español que contemple la realidad socio-laboral de nuestro entorno y que sea útil para dar

respuesta a las necesidades de nuestros trabajadores.

4.1.5.2.- *Argumentación teórica.*

Al margen del argumento descrito para explicar la necesidad de implementar un marco propio existen otros razonamientos que se relaciona más intensamente con una necesidad teórica o epistemológica. En este sentido conviene reconocer la fortaleza que presentan las teorías de nivel intermedio, como la que presentamos en esta tesis, a la hora dar un enfoque sistemático para la práctica y facilitar el uso de un lenguaje disciplinar. Para Charmaz el uso de Teoría Fundamentada permite a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales. Es decir, a través de los procedimientos analíticos, se construyen teorías que están fundamentadas en los datos de ahí su nombre (Rico & Domingo, 2007). Mientras que, por una parte, las grandes teorías se encargan de dirigir la disciplina a través de constructos abstractos, por otro lado, las teorías de rango medio interpretan fenómenos concretos de la enfermería (Agama, 2011).

Las grandes teorías son las más abstractas de los tres niveles descritos, y se caracterizan por intentar crear una vista de la totalidad de la enfermería (Liehr & Smith, 1999). Abordan la naturaleza, misión y objetivos de los cuidados de enfermería de una manera general (Meleis, 1997). El desarrollo de grandes teorías sirven para diferenciar la disciplina de enfermería del modelo médico, estimulando la expansión del conocimiento de enfermería (McKenna, 1997). Según McKenna (1997) las ventajas que poseen las grandes teorías son:

- Sirven como una guía para la práctica, siendo una alternativa para la práctica que únicamente se nutre de la tradición o la intuición.
- Introduce un marco para la educación al sugerir un enfoque y una estructura para los planes de estudios académicos.
- Supone una gran ayuda para la profesionalización de la enfermería, proporcionando una base de la práctica.

Según McKenna (1997) existen más de cincuenta grandes teorías, si bien este número es difícil de concretar debido a que dado su nivel de abstracción, ha habido una cierta dificultad para distinguir entre las grandes teorías, filosofías y

modelos conceptuales. Algunos ejemplos son: la teoría de Leininger, la Teoría de Newman o la de Parse.

Dado su elevado nivel de abstracción hace que sea dificultosa la comprobación empírica de estas teorías. De hecho, Donnelly (2001) afirma que dado que las grandes teorías son tan abstractas en lugar de facilitar el desarrollo de la investigación lo que hacen en realidad es hacer que el desarrollo de la investigación en enfermería sea más difícil.

Si bien las grandes teorías resultan de utilidad para distinguir la enfermería de otras ciencias, resultan de menor utilidad a la hora de desarrollar investigación propia que pueda evaluarse en el plano empírico (Peterson & Bredow, 2013), de ahí que las teorías de rango medio se haya erigido como la solución a este problema (Suppe, 1996).

En comparación con las grandes teorías, las teorías de rango medio son menos abstractas. Algunos de los atributos que poseen son (Peterson & Bredow, 2013):

- Son de menor alcance.
- Se centra en los aspectos menos abstractos y más específicos.
- Se ve influida por un menor número de conceptos y proposiciones.
- Representa una visión limitada de la realidad enfermera.
- Resulta más apropiada para la validación empírica.

Dichos atributos hacen de las teorías de rango medio más atractivas para la investigación y la práctica enfermera. Dicho atractivo se evidencia por la proliferación de estas teorías en los últimos años. Peterson & Bredow (2013) han recopilado buena parte de las teorías de rango medio que han aparecido en los últimos años y que adjuntan en el Anexo 3.

Liehr y Smith (1999) define los procesos intelectuales que son de utilidad en el desarrollo de teorías de rango medio:

- Se trata de una teoría inductiva que busca la construcción de la teoría a través de la investigación.
- Se trata de una teoría deductiva dado que se apoya y retroalimenta de otras teorías de Enfermería.
- Combina teorías de enfermería y de no enfermería existentes.
- Se sintetizan teorías a partir de los resultados de la investigación.
- Se desarrollan guías de prácticas clínicas a partir de la teoría.

La investigación cualitativa forma parte del desarrollo de las teorías de rango medio. Una fuente importante de desarrollo de la teoría de rango medio es la investigación cualitativa producida por los doctorandos en enfermería. A su vez la práctica clínica y las guías de práctica clínica son fuente de desarrollo de teoría de rango medio (Peterson & Bredow, 2013).

La teoría de rango medio resulta de gran utilidad en la investigación y en la práctica. Según Lenz (1998) la teoría puede servir a una función heurística para estimular y facilitar la justificación de los estudios, así como ayudar a guiar la selección de preguntas y variables de la investigación.

Situar la teoría de rango medio en la vanguardia de la práctica y la investigación es fundamental para el crecimiento epistemológico y ontológico de la enfermería (Sanford, 2000).

La propuesta de marco conceptual que en esta tesis se aborda trata contribuir al desarrollo teórico de la Enfermería desde la humildad y la rigurosidad. En ningún caso trata de desestimar ningún modelo enfermero publicado, sino todo lo contrario, lo que se persigue es potenciar el análisis de los modelos y las teorías enfermeras aplicadas concretamente a la subdisciplina de la Enfermería del Trabajo desde una óptica que contemple el contexto social-laboral español, y por extensión europeo, donde la gran mayoría de empresas tienen un número reducido de trabajadores y por tanto no posee un servicio de prevención propio. La mayoría de los enfermeros de salud laboral de nuestro entorno desarrollan su actividad profesional en servicios de prevención ajenos que aglutinan gran diversidad de empresas y por ende de trabajadores. El modelo enfermero que se propone pretende ser una herramienta de trabajo para todos, tanto para aquellos que trabajan en servicios de prevención propios como ajenos. Gracias a la utilidad para abordar fenómenos concretos que poseen las teorías de rango medio hemos considerado que el análisis mediante Teoría Fundamental resulta el método de elección para arribar a nuestra propuesta.

4.2.- RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN.

Tras la realización de las entrevistas a expertos, definidas en el apartado de Material y Métodos, y su posterior análisis mediante Teoría Fundamentada, han emergido 43 códigos que se agrupan en las siete categorías descriptivas que se analizan a continuación.

4.2.1.- Análisis teórico de las categorías.

Las siete categorías que se analizan a continuación emergen tras el análisis e integración de los testimonios recogidos en las entrevistas. La descripción y agrupación de estas categorías que se aborda a continuación presenta un razonamiento deductivo que va desde los conceptos generales a los particulares: Modelos de Enfermería, Investigación, Promoción de la Salud, Rol, Relaciones, Trabajo en equipo y Metaparadigma.

4.2.1.1.- Modelos de Enfermería.

Los modelos teóricos son necesarios para la conceptualización y desarrollo de cualquier disciplina. La importancia de los modelos de Enfermería radica en su capacidad de generar disciplina y conocimiento propio.

"Un modelo de Enfermería es algo básico, es en lo que basas tu filosofía de trabajo. El modelo es una guía para llegar a tu objetivo, de manera que, si no hay modelo de Enfermería, no hay trabajo autónomo" (F5).

La actividad laboral de la enfermeras siempre se desarrolla utilizando marcos conceptuales, en ocasiones más conscientemente y en otras menos, pero siempre se utiliza un modelo. En la mayoría de ocasiones se utilizan modelos biomédicos que nos abocan a realizar, de manera exclusiva, actividades derivadas de la acción de otros profesionales y limitan la independencia profesional de la enfermera.

"Si no hay modelos, no hay teoría, ni puede haber crecimiento disciplinario, siempre estamos trabajando sobre modelos de otras disciplinas que nos

conducen a la dependencia. Quien diga que trabaja sin modelo es mentira, no es cierto, todos trabajamos en base a un modelo, a veces es nuestro y a veces de otra disciplina” (F1).

El uso de modelos biomédicos donde el médico está en el centro y todo gira en torno a él, nos aleja de la verdadera razón de nuestra existencia que es el paciente, no el médico. A su vez, el trabajo que la enfermera desarrolla en esos otros campos es de utilidad para que esas disciplinas sigan evolucionando y se mantenga su hegemonía.

“El trabajo que vamos a desarrollar, al trabajar con modelos de otras profesiones, servirán para que esas otras disciplinas se desarrollen e investiguen, pero no para la Enfermería” (F5).

La utilidad del uso de modelos de Enfermería radica en la capacidad que éstos tienen de evidenciar la autonomía profesional de la enfermera. Al utilizar modelos de Enfermería para desarrollar los cuidados se enfoca la labor de la enfermera hacia la persona.

Sin embargo, a pesar de la importancia del uso de los modelos o los marcos conceptuales existe un rechazo en la práctica asistencial a su uso. Dicho rechazo comienza desde el primer momento en que los estudiantes de Enfermería toman contacto con ellos y se acentúan cuando éstos se gradúan y desembarcan en los entornos laborales.

“Recuerdo los fundamentos de Enfermería con horror, era una materia áspera” (E5).

“Cuando los estudiantes llegan al hospital para hacer sus prácticas, son los propios profesionales quienes les dicen que eso no sirve para nada” (F4).

No existe una única e inequívoca causa para explicar dicho alejamiento entre la teoría y la práctica. En esa indefinición radica la dificultad para abordar este hecho. Algunas voces apuestan por identificar el origen de dicho rechazo en la propia Universidad; el uso de conceptos abstractos para explicar los modelos de Enfermería en unos estudios con un fuerte carácter práctico hace que los estudiantes no entiendan para qué sirven los modelos.

"Los conceptos cuando son abstractos son difíciles de entender, además si tú tienes una visión de la Enfermería profesional muy asociada a la técnica, entonces no sabes para qué porras te están contando todo eso" (F5).

Dado que los estudiantes de Enfermería no logran entender la utilidad de los marcos conceptuales, son los propios docentes quienes entienden que algo están transmitiendo mal a sus estudiantes, que algo falla en la transmisión de conocimiento. Esto se debe a que en primero de carrera se les habla a los estudiantes de modelos, pero después no se integran estos contenidos en la gran mayoría de las materias.

"Los Fundamentos de Enfermería se dan en primero de manera etérea, y luego nadie más lo da... Yo estoy intentando llevar a mis compañeros [el resto de profesores] al 'lado oscuro'. Para que todos tengamos las mismas estructuras para que los alumnos vean que estamos trabajando con el método enfermero que en definitiva es el método científico aplicado a la práctica" (F8).

Por otra parte, tenemos que tener en cuenta que, para que los modelos de Enfermería sean útiles, éstos deben responder a las realidades de los contextos en los que aparecen. El uso de modelos de Enfermería que no contemplan la realidad social, económica o laboral de una comunidad está encaminado al fracaso. Según Fernández Ferrín (2004), es imprescindible tener en cuenta los valores y las creencias de las personas que generan el modelo, es decir el entorno en el que dicho modelo se da.

"Los modelos presentan un problema; y es que deben responder al contexto en el que aparecen, por ese motivo los modelos de Enfermería desde una óptica teórica son buenos, pero los modelos de Enfermería de los que disponemos en el ámbito español presentan múltiples complicaciones, porque no se han generado en el contexto en el que se pretenden aplicar" (F1).

En cuanto al uso de modelos de Enfermería concretos se encuentra bastante extendida la idea de que en la asistencia sanitaria especializada se utiliza el modelo de Virginia Henderson. Si bien, no son pocas las voces que denuncian que esto no es real, ya que dicho modelo es utilizado únicamente como instrumento de recogida de datos, no como un modelo de atención integral.

"Si tú preguntas aquí en el Hospital te van a decir que trabajan con el modelo de Virginia Henderson porque la estructura de la aplicación informática es esa.... Aquí en Andalucía todo el mundo dice que utiliza el modelo de Henderson pero cuando yo pregunto por qué se hacen algunas actuaciones o hacia dónde se dirige esto, no hay respuesta que fundamente que realmente se está utilizando el modelo" (F3).

El modelo de Henderson, no sólo se utiliza exclusivamente como una herramienta de recogida de datos, sino que no se realiza de forma completa, ya que al abordar temas como la comunicación, el entorno, el desarrollo personal... se deja de aplicar.

"A nivel hospitalario Henderson puede ir bien, pero bien hecha, porque aquí decimos que usamos Henderson, las catorce necesidades, o doce y media, o trece y cuarto, pero no lo hacemos. Hacemos un check-list y se ha acabado.... Cuando no dejamos que las familias entren nos estamos cargando el modelo" (F6).

Las razones del uso del modelo de Henderson radican en su carácter básico y su paralelismo con el modelo biomédico, sin embargo, esto, lejos de ser una ventaja supone un inconveniente a la hora de implementar taxonomía enfermera.

"El salto de las necesidades de Henderson a los diagnósticos de Enfermería es dificultoso, las catorce necesidades no tienen nada que ver con cómo se organizan los diagnósticos dentro de los dominios" (E8).

La Teoría General de Orem es ampliamente reconocida por los profesionales como una elección inequívoca para ser utilizada por la Enfermería. No sólo las características intrínsecas de la teoría, sino por su grado de adaptación a nuestra sociedad donde cada vez existen más pacientes crónicos y de mayor edad. Asimismo, la Teoría General de Orem también podría adaptarse a los entornos laborales, como ya estableció Javid (1983) en su modelo.

La elección de usar un modelo de Enfermería u otro estará en función de su funcionalidad, no existe un modelo que sea mejor que otro, si bien, si que existen modelos que se adapten mejor a las circunstancias de la persona y el entorno.

La búsqueda de un modelo de aplicación para la Enfermería del Trabajo surge en la década de los 70 del siglo XX. Algunas de las propuestas hechas parten de los modelos generalistas como el de Roy (Tompson, 1986), Orem (Javid, 1983), Neuman (McGee, 1995) o Watson (Noel, 2010). Otras autoras han propuesto diversas alternativas, sin inspirarse, al menos directamente, en la influencia de los modelos generalistas. Estos trabajos descritos en la primera parte de la investigación de la presente tesis son criticados por Chang (1994) que aduce una ausencia de claridad en cuanto a su alcance práctico y una falta de evidencia empírica en buena parte de estas propuestas.

A pesar de estas críticas, los modelos específicos recogen unos matices más adaptados al entorno laboral.

"Los modelos específicos están bien, ya que enganchan a gente que está trabajando en ámbitos concretos, son más especializados y puede ser que las personas que realizan una práctica más concreta encuentren en ellos una base, un mejor sustento, y desde esa perspectiva me parece que es una cosa muy interesante y que se puede aprovechar" (F1).

La existencia y uso de un modelo de Enfermería para la Salud Laboral que esté adaptado al entorno y características de nuestro país puede servir para paliar algunos de los problemas que acechan a la profesión, como la excesiva tecnificación.

"El problema que tenemos ahora mismo los Enfermeros de Salud Laboral es que no tenemos un modelo propio, cada profesional toma lo que le parece de cada modelo... El problema que tiene la Enfermería del Trabajo es que está deshumanizada y muy tecnificada, sólo hace técnicas" (E3).

El desarrollo de un marco conceptual propio para la Enfermería del Trabajo debe fundamentarse en la promoción y en la educación para la salud de los trabajadores, de manera que la enfermera del trabajo debe ser reconocida como la promotora de la salud de los trabajadores que están a su cargo. Dicho

objetivo se debe alcanzar a través de dos elementos fundamentales, uno es la comunicación que la enfermera debe mantener de manera fluida y constante con sus trabajadores. La otra circunstancia es que la enfermera debe conocer el entorno, es decir la empresa, y los riesgos que en ella se dan de manera experta.

“Un modelo para la Enfermería del Trabajo debe tener muy arraigado el concepto de Comunicación... buena parte de los problemas que tenemos hoy en día en las empresas se deben a problemas de comunicación, estamos llenos de malos entendidos, de ruidos, es algo que se debe solucionar desde las empresas” (F5).

“Conocer el entorno laboral de un trabajador es fundamental para brindarle cuidados... ¿Cómo le voy a hacer un reconocimiento médico a un trabajador si no sé dónde trabaja y sin leer su evaluación de riesgos? Tengo que saber qué riesgos debo prevenir para poder hacerlo” (E3).

4.2.1.2.- Investigación enfermera.

Resulta innegable afirmar que la investigación es imprescindible para el desarrollo de cualquier disciplina o profesión, para la Enfermería también lo es. Sin embargo, la ausencia de marcos conceptuales propios, o la escasa implantación de los mismos producen un efecto contraproducente para la investigación en Enfermería del Trabajo. Muchos de los estudios de investigación realizados por enfermeros del trabajo podrían ser desarrollados por médicos del trabajo o por enfermeros generalistas. Esto se debe a que dichos estudios no están concebidos desde una perspectiva, o desde un modelo de Enfermería Laboral, limitándose a ser estudios de Salud Laboral o de Medicina del Trabajo.

“Cuando leo artículos firmados por enfermeros del trabajo siempre me pregunto si eso lo podría hacer un médico, y en el 95% de las veces es que sí, porque no se investiga en Enfermería del Trabajo se hace investigación relacionada con la Medicina del Trabajo” (E6).

Se llega a producir una especie de círculo vicioso por el cual la Enfermería no investiga sobre su campo de conocimiento, debido a las cargas de trabajo relacionadas con las tareas delegadas de otros profesionales, y a su vez, sólo

puede desarrollar tareas delegadas porque no investiga y no hace avanzar su cuerpo de conocimientos.

"Llegan muy pocos estudios a la revista²⁸, esto es porque la Enfermería no investiga, se centra en su rol asistencial y se olvida de la investigación" (E7).

La investigación en Enfermería Laboral debe encaminarse al desarrollo e interiorización de los lenguajes enfermeros propios de la subdisciplina, ya que ésta es la vía hacia la identidad propia. Los lenguajes estandarizados de Enfermería y las taxonomías enfermeras marcan el camino de hacia dónde deben orientarse la investigación en Enfermería dada su utilidad para conectar la teoría y la práctica.

"La investigación en lenguajes enfermeros puede hacer que se vea cuál es nuestra identidad" (E6).

Aunque puede parecer que los modelos y los diagnósticos enfermeros son cosas diferentes, no lo son tanto, ya que en cierta forma se complementan y se retroalimentan. Los modelos de Enfermería son constructos teóricos que se integran en la práctica mediante el Proceso Enfermero, y se sirven, a su vez, de las taxonomías enfermeras. Si partimos de la afirmación de que el Proceso Enfermero "supone el método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera" (Hernández & Esteban, 1999), hemos de asumir que para investigar sobre modelos de enfermería debemos avanzar en lenguajes estandarizados. De ahí que surjan voces que afirman que los diagnósticos de Enfermería son los nuevos paradigmas enfermeros.

La NANDA I está desarrollando un importante trabajo en la introducción de lenguajes enfermeros como vehículo para que la disciplina evolucione, y va más allá, en la actualidad, NANDA I quiere que sus diagnósticos adquieran un carácter transcultural, transnacional e incluso transdisciplinar.

"NANDA I lo que quiere es hacer diagnósticos transculturales, transnacionales y transdisciplinarios, en la actualidad trabajan con

²⁸ Revista: Enfermería del Trabajo (ISSN: 217-2510).

trabajadores sociales y con fisioterapeutas, para acercarlos a los diagnósticos... yo trabajo con una Trabajadora Social que cuando vio mi libro de diagnósticos NANDA I comenzó a identificar problemas que ella detecta constantemente” (E6).

En ocasiones se tacha a los profesionales de Enfermería de presentar una actitud negativa hacia los diagnósticos de Enfermería, así como a otras taxonomías como NIC y NOC. Si analizamos los porqués de esas creencias vemos dónde radica el problema. En primer lugar, existe una obligación legal de utilizar la nomenclatura²⁹, pero a los profesionales no se les ha explicado para qué sirve esa nomenclatura, únicamente se les ha puesto a marcar códigos delante de un ordenador.

”Yo pienso que no hemos empezado por la A sino por la C. Se premia con incentivos por productividad al usar las herramientas informáticas pero no se les explica para qué sirve eso, la gente lo único que hace es hacer clic, clic, clic... Y dicen que no sirve para nada, sin saber lo que es” (E6).

Además las herramientas informáticas que existen son poco operativas y los profesionales acaban desechándolas o trabajando mecánicamente sin ser conscientes de su utilidad.

”Muchas veces es un rollo usar las herramientas informáticas, tienes que pasarte veinte minutos metiendo datos de la valoración... La gente, a veces está predispuesta pero no puede estar veinte minutos con la valoración de una persona, y creo que tienen razón, no se puede” (E8).

Por otro lado, las primeras traducciones de las taxonomías resultaban tediosas e ininteligibles lo que daba lugar al rechazo de los profesionales.

”Las traducciones antiguas de la taxonomía no se entendían, en el grupo de trabajo donde estoy, encontramos un error en una de las traducciones de un libro de Swanson, que es la que lleva los NOC, ese error cambiaba totalmente el significado del resultado. Hemos hablado con ella y ha reconocido que había

²⁹ Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

un error en la traducción de su libro” (E6).

En ocasiones ese rechazo a las taxonomías, e incluso a los modelos de Enfermería, se debe al propio desconocimiento de los mismos y de la utilidad que conlleva su utilización. Además los entornos laborales no contribuyen a la implementación de taxonomías, en general, y de diagnósticos de enfermería en particular.

“No todo el mundo rechaza los diagnósticos por inmovilismo, ten en cuenta que los entornos no ayudan, y que nadie le ha dado la oportunidad a los enfermeros de ver lo que hay ahí fuera, es necesario abrir las ventanas de la Enfermería” (E6).

Por el momento no existe ningún diagnóstico de Enfermería NANDA I específico para la Enfermería del Trabajo, si bien la actualización bienal - aproximadamente-, de los mismos abre la puerta a su inclusión a medida que se desarrolle la investigación específica de Enfermería del Trabajo³⁰.

“No hay diagnósticos NANDA I propios para la Enfermería del Trabajo, pero los habrá” (E7).

En lo que respecta a la investigación enfermera la profesión presenta un gran problema, y es que no tiene definido un modelo teórico universal. Según los postulados que Thomas Kuhn (1962) establece en su obra *La estructura de las revoluciones científicas* diríamos que la Enfermería se encuentra en un periodo de preciencia al no tener definido su marco conceptual. En este sentido, Santos, López, Varez y Abril (2008) explican que, aunque existe una importante consolidación teórico-científica, la disciplina enfermera se encuentra en una etapa preparadigmática, al no existir un paradigma dominante que ordene el pensamiento y la práctica profesional.

³⁰ En la actualidad existe una propuesta de una nueva etiqueta diagnóstica (Riesgo de incapacidad laboral temporal) elaborada por la profesora de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) Doña Francisca Sánchez Ayllón (2012) junto con el grupo de investigación *“Pensamiento y lenguajes enfermeros en un contexto social”* del Departamento de Enfermería de la misma Universidad.

“Habría que ver si la Enfermería es una ciencia o una preciencia, y eso daría para muchas cosas, otra cosa es que nos guste hablarlo. Según Kuhn estaríamos en preciencia, si lo leemos bien. No ha habido aún una escuela que haya vencido, no hay un modelo teórico, hay una lucha de escuelas y estamos ahí” (F2).

“¿Alguien se imagina a un físico que no tenga en cuenta la ley de gravedad? Es una aberración. Yo no digo que los modelos que tenemos sean perfectos, todos son perfectibles, pero demostrémoslo, o me sirve o no me sirve, vamos a demostrarlo” (F2).

Pero... ¿cuál es el cuerpo de conocimientos propio a los que la Enfermería hace referencia reiteradamente? Los expertos aluden a la necesidad de incorporar una visión holística de la persona, y a partir de esa visión integral de la persona determinar el cuerpo de conocimientos. La Enfermería no es sólo una ciencia de la salud, debemos conceptualizarla como una ciencia social de salud, ya que la Enfermería debe prestar cuidados tanto en lo biológico, como en el ámbito social, psicológico y espiritual.

“Se describe a la Enfermería como una ciencia social de la salud... yo siempre veo que Enfermería se cataloga como ciencia de la salud pero yo creo que debería catalogarse como ciencia social de la salud. No lo digo yo, también lo he leído. Tú no puedes mirar solamente al paciente desde el punto de vista sanitario. Porque la Enfermería es mucho más. Yo digo, un diabético le das su insulina y... ¿ya vale?, hay que saber si esa persona vive sola, si ha comprendido lo que le ha dicho el médico, sabe ponerse la insulina, tiene algún temor a la hora de ponerse la insulina... todo eso es la parcela social” (F8).

El desarrollo de la investigación enfermera desde esa visión holística, o biopsicosocial, repercute de manera directa en la Promoción y Educación para la Salud que la enfermera del trabajo presta a los trabajadores de su empresa. A medida que dicha investigación se desarrolle la calidad de los cuidados que la enfermera especialista proporciona será mejor.

4.2.1.3- Promoción de la Salud.

Una organización laboral saludable es aquella cuya cultura, clima y prácticas crean un ambiente que promueve tanto la salud de los empleados como la eficacia organizacional (Murphy, 1999). Para que la empresa tenga éxito debe promover el bienestar positivo entre las personas, de esta manera el elemento humano debe ser concebido como el elemento prioritario en la organización (Spender, 1996). En este sentido, Solanes y Martín del Río (2007) inciden imperativamente en la necesidad de que desde la empresa se fomente el bienestar físico y psicológico de los trabajadores.

La Enfermería del Trabajo desarrolla sus funciones en siete áreas competenciales según describe Calderó (2006): Vigilancia de la Salud, Asistencia Sanitaria, Prevención de Riesgos, Promoción de la Salud, Gestión-planificación, Formación-docencia e Investigación. Los entornos laborales resultan ser el ámbito idóneo para el desarrollo de una Promoción de la Salud, debido a que es ahí donde el trabajador pasa gran parte del tiempo. A su vez, la promoción de hábitos saludables se convierte en una inversión rentable para los empresarios, los trabajadores y para toda la sociedad. Asimismo, el objetivo de las actividades de Promoción de la Salud en entornos laborales es contribuir a que se desarrollen hábitos preventivos positivos que deriven en comportamientos sanos tanto extralaborales como los relacionados con el trabajo (Reyes, 2013).

Algunas de las ventajas que conlleva la implementación de la Promoción de la Salud en el ámbito laboral son (Reyes, 2013):

- Disminuyen las enfermedades y costes derivados de ellas, decreciendo tanto el absentismo como el presentismo.
- Aumento de la productividad.
- El trabajador se encuentra sano y más motivado.
- Mejora del clima laboral.
- Disminuyen los accidentes de trabajo.
- Aumenta el impacto positivo en la sociedad de los productos y servicios de la empresa.

La Promoción de la Salud en el ámbito de las empresas es tarea de la

Enfermería del Trabajo. El rol docente que posee la Enfermería se debe intensificar en los entornos laborales. El Enfermero del Trabajo debe tener la misión de promocionar la salud y lograr que los trabajadores estén sanos. Esta promoción debe estar enfocada hacia la reducción y/o eliminación de los riesgos presentes en su entorno laboral, pero debe ir más allá y debe ocuparse también de estilos de vida saludables y del abandono de hábitos nocivos. La idoneidad del Enfermero del Trabajo para llevar a cabo esta tarea se explica debido a su propio valor profesional. El enfermero especialista en Salud Laboral es más cercano al trabajador y puede aprovechar esa circunstancia en la educación y promoción de la salud.

“Si hablamos de salud, y hablamos de mejorar y promocionar la salud, ahí tiene que haber un enfermero. Contamos con que Enfermería es la profesión sanitaria más cercana, más accesible y que mejor valorada está por cualquier usuario, sea un trabajador o una persona de la calle, y esto es porque usamos una terminología más sencilla y que el trabajador entiende mejor. Por nuestro carácter y por nuestra formación empatizamos mejor con el trabajador, y nos buscan antes que al médico” (E7).

El rol de la enfermera es por excelencia el docente, las enfermeras están haciendo en su práctica laboral promoción de la salud de manera continua. No sólo se ejerce ese rol docente y de promoción de la salud dentro de un aula; las enfermeras forman a pacientes, a compañeros, y a alumnos en cualquier ámbito en el que se desarrolla su trabajo. El desarrollo de la promoción de la salud como tarea propia del enfermero del trabajo conlleva una oportunidad para reivindicar la independencia profesional de la disciplina, de manera que puede y debe ser reconocido como el promotor de la salud en la empresa.

“El Enfermero del Trabajo debe ser un referente de salud en la empresa” (E8).

Tinkman (1977) fue una de las enfermeras pioneras que argumentó a favor del uso de un marco conceptual propio para la Enfermería Laboral, en su modelo, descrito anteriormente, ya se ponía de manifiesto el papel de liderazgo que debía ocupar la enfermera ocupacional en el campo de la promoción y la educación para la salud.

Si la Enfermería del Trabajo se limita a realizar las técnicas propias de la Vigilancia de la Salud, en detrimento de la explotación del campo de la Promoción de la Salud de los trabajadores, está haciendo innecesaria su existencia. El Enfermero del Trabajo debe dotar su trabajo de contenido, de manera que su labor no pueda ser asumida por ningún otro profesional.

Las iniciativas institucionales que actualmente existen van más allá del cumplimiento formal de las normas en Prevención de Riesgos Laborales y se encaminan hacia el fomento de las denominadas *Empresas Saludables*³¹. Este escalón más elevado que la mera prevención de riesgos laborales supone la inclusión de las entidades en programas donde se fomentan los hábitos y estilos de vida saludables. La empresa no sólo no puede dañar la salud de los trabajadores, sino que ahora debe ser fuente de salud para ellos. En este contexto se enmarca la función del enfermero del trabajo como promotor de la salud.

“Si enfocas la Salud Laboral hacia una empresa saludable y le das el vuelco hacia la prevención y promoción de la salud, a la Enfermería se le abre un campo bestial, porque ahí entra la deshabituación tabáquica, la promoción del ejercicio físico...” (E6).

La Promoción y la Educación para la Salud deben constituir la razón de la presencia de la Enfermería del Trabajo en la empresa. Es en este ámbito donde la Enfermería puede desarrollarse más y puede lograr cotas de independencia profesional desconocidas hasta la actualidad. No obstante, es obvio que, el papel nuclear de la enfermera en la Educación para la Salud debe coordinarse con

³¹ El programa de *Empresas Saludables* apuesta por gestionar la salud de los trabajadores desde un enfoque integral e integrador, y además, considera la salud en todas las políticas de la empresa. Desde el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) se invita a cualquier empresa u organización, con independencia de su tamaño, titularidad o sector, a solicitar su adhesión a este programa, manifestando su compromiso con la Declaración de Luxemburgo, que aboga por la unión de esfuerzos desde todos los ámbitos en la búsqueda de una adecuada Promoción de la Salud en la empresa. Al mismo tiempo que se insta a solicitar el reconocimiento que otorga la *European Network for Workplace Health Promotion* (ENWHP), a aquellas empresas que trabajen por la buena práctica en promoción de la salud en el trabajo.

profesionales de otras disciplinas como médicos, fisioterapeutas, etc.

La Enfermería de Trabajo presenta grandes similitudes con la Enfermería que desarrollan los profesionales de Atención Primaria. Tanto unos como otros enfocan sus actividades hacia personas que suelen estar sanas. Si bien, en Atención Primaria los cuidados de Enfermería se dirigen a la comunidad en su globalidad, el enfermero de Salud Laboral se dirige a evitar aquellos riesgos que están relacionados, directa o indirectamente, con el entorno de trabajo de las personas. La labor que se desarrolla en ambos ámbitos es paralela y complementaria.

“La Salud Laboral se puede equiparar con la atención primaria, en ambos encontramos personas sanas y lo que debemos hacer es educar sobre aquellos factores que pueden influir sobre su salud” (E2).

El profesional de Enfermería de Trabajo debe prestar especial atención a su formación continua y especializada en el ámbito laboral donde preste sus servicios, el reciclaje académico se convierte en requisito fundamental para brindar una Promoción y Educación para la Salud adaptada y actualizada.

“Si estás trabajando en una empresa sabes, gracias a la evaluación de riesgos, los peligros que existen en tu empresa, y tú tienes que formarte y saber cómo prevenir esos riesgos” (E9).

Esta actualización continua de conocimientos de los profesionales de la Salud Laboral está en consonancia con el carácter versátil que Slagle (1998) identifica en las enfermeras del trabajo.

En el año 2006, el grupo de trabajo de Enfermería del Trabajo de la Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina en el Trabajo elaboró un documento titulado “Las competencias profesionales de la Enfermería del Trabajo” donde se incide sobre la capacidad de los profesionales para potenciar el estado de salud de los trabajadores mediante intervenciones personalizadas o colectivas dirigidas al conocimiento de hábitos saludables. Asimismo en este mismo texto se indica la necesidad de desarrollar un marco conceptual para organizar y poner en marcha los programas de salud en la empresa a nivel individual y colectivo (Calderó, 2006). En 2009 el Ministerio de Sanidad y Política Social publicó a través de la

Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo, en este texto se definen las competencias específicas del enfermero del trabajo, que se agrupan en cinco áreas: preventiva³², asistencial, legal y pericial, de gestión y docente e investigadora. Dentro del área competencial preventiva se describe que durante su etapa formativa los profesionales deben: “Incrementar el nivel de salud de la población trabajadora, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de riesgos derivados del trabajo, protección de la salud, y formación de los trabajadores”.

La realización de una adecuada promoción de la salud debe (Calderó, 2006):

- Fomentar una cultura de salud en la organización.
- Elaborar e implantar programas en relación a conductas de riesgo y vida saludable.
- Informar y formar a los trabajadores en conductas de riesgo y malos hábitos para la salud.
- Desarrollar actividades específicas de promoción de la salud.
- Realizar educación sanitaria tanto individual como colectiva.

A su vez, las tareas principales que hacen viable el desarrollo de estas actividades son (Calderó, 2006):

- Analizar los datos de salud de los trabajadores para determinar las necesidades de promoción de la salud.
- Impartir cursos en relación a conductas de riesgo laborales y extra-laborales (hábitos saludables).
- Realizar campañas informativas sobre patologías prevalentes: diseño, implantación y medición de los resultados.
- Elaborar el material informativo y formativo.

³² En este ámbito se integra la labor de promoción de la salud.

- Aconsejar sobre conductas y hábitos saludables.
- Realizar campañas de vacunación de patología común.

4.2.1.4.- Rol.

Tradicionalmente la Enfermería ha sido parcelada en cuatro roles profesionales: asistencial, docente, gestión e investigación. A pesar de que todos los profesionales saben de la importancia del desarrollo de los cuatro roles, se observa una supremacía del rol asistencial que eclipsa al resto.

“Cuando trabajaba en un servicio de prevención anterior sólo hacía tareas asistenciales, no desarrollaba ningún otro rol, estaba desequilibrado” (E4).

La Enfermería del Trabajo no es una excepción, a pesar de ser una de las especialidades de Enfermería con mayor potencial para el desarrollo de esas cuatro funciones, la realidad laboral de los profesionales es que realizan jornadas maratonianas de reconocimientos médicos laborales, lo que se conoce como Vigilancia de la Salud. Dicha tarea, que se englobaría dentro de ese rol asistencial, ocupa buena parte de la jornada laboral de los enfermeros, que se ven obligados a no desarrollar el resto de roles. Sin embargo, son los propios profesionales quienes consideran que ese rol asistencial debería ser secundario, o al menos debería tener la misma importancia que los demás.

“El rol principal de un enfermero del trabajo son todos; el docente, los primeros auxilios, la asistencia, la gestión, la investigación...” (E6).

Es más, algunos expertos consideran que el rol de Enfermería que debe prevalecer sobre el resto es el rol docente, y más en el caso de la Enfermería de Trabajo sobre la promoción y la educación para la salud específica para los trabajadores que resulta imprescindible para la adecuada prevención de riesgos laborales, y no laborales.

“El rol de la enfermera por excelencia es el rol docente” (F6).

“Por cada persona que tienes que atender tienes cincuenta personas a las que debes educar. Para mí lo fundamental es que los trabajadores estén educados. En un momento determinado sí que se atiende a un amputado. Pero para mí

lo fundamental es la promoción y la educación para la salud, para que sepan estar en su puesto de trabajo.” (E9)

La Promoción y la Educación para la Salud es la vía que la Enfermería del Trabajo tiene para alcanzar el pleno desarrollo de tareas independientes. Si sólo se realizan reconocimientos médicos no existe lugar para la promoción y por tanto se perpetúan las labores delegadas que impiden el desarrollo profesional.

“Yo creo que hace falta un despegue autónomo de la Enfermería de Salud Laboral, seguimos estando muy medicalizados por la tarea delegada, yo creo que no han crecido todavía esas tareas autónomas que somos capaces de desempeñar, como por ejemplo la educación sanitaria y las tareas preventivas” (E2).

“Si te ciñes solamente en la vigilancia de la salud, ahí solo hay actividades delegadas y hay poco que hacer” (E6).

Incluso aparecen voces autocríticas con la Enfermería que denuncian que en muchas ocasiones son los enfermeros quienes se han acomodado en una posición secundaria, carente de grandes responsabilidades y refugiada en tareas dependientes.

“Es mucho más cómodo de hacer, si tú estás en una cadena de montaje apretando tornillos, tu trabajo es infinitamente más sencillo” (F2).

“Estamos en nuestra zona de confort, y entonces es normal que estemos abajo porque no hemos demostrado que estamos al mismo nivel” (F6).

“Si te instalas en el modelo biomédico, te instalas en una situación muy cómoda. Es la situación en la que, en definitiva, yo no soy la responsable de eso, yo simplemente tengo una tarea delegada y ya no me complico la vida” (F1).

Llegados a este punto académico, social y económico, la Enfermería debe replantearse qué puede dar ella diferente al resto de profesionales. ¿Qué es una enfermera? ¿Qué es una enfermera del trabajo? Y en esa respuesta se debe incluir hacia dónde queremos que vaya la Enfermería.

“Ahora estamos en un momento de crisis, yo creo que las crisis tienen puntos positivos, y éste es uno, las profesiones se tienen que replantear, yo creo que la solidez de la profesión viene por ahí. Antes no nos planteábamos esto, la gente estaba trabajando y te daba igual que te reconocieran o que no te reconocieran, ahora te tienes que ganar el puesto. ¿Qué puedo yo dar, como profesión, diferente a los demás?” (F5).

El problema de la indefinición de la identidad de la enfermera es quizá tan antiguo como la propia profesión, incluso los propios estudiantes de Enfermería, o aquellos que anhelan serlo, no saben qué es ser enfermera.

“Muchos de los estudiantes de Enfermería no saben dónde van, quieren perpetuar el modelo biomédico. La mitad son ayudantes del médico y la otra mitad son gente que quería estudiar Medicina y no ha podido” (F8).

Dicha indefinición profesional también aqueja a los enfermeros especialistas de Salud Laboral, ya que buena parte de éstos no aciertan a describir qué son y qué los hace únicos e insustituibles.

“He trabajado con auxiliares de Enfermería, muy buenas, que me han hecho ver que la única diferencia entre ellas y yo es que yo sacaba sangre” (E11).

“...hago analíticas, espirometrías... y se lo paso al médico, para eso ni siquiera hace falta un enfermero generalista, en realidad habría que tener un papel más proactivo, y tener más libertad” (E1).

El camino hacia una identidad profesional propia transcurre en paralelo al desarrollo de un marco conceptual que contemple a la promoción y educación para la salud como eje de la relación entre la enfermera del trabajo y el trabajador.

“Un enfermero del trabajo es un profesional de Enfermería que trabaja dentro de las empresas, en el ámbito del trabajo al objeto de promocionar la salud del trabajador y evitar que las condiciones del trabajo afecten a su salud” (E7).

4.2.1.5.- Relaciones.

La relación que se establece entre el enfermero del trabajo y los trabajadores de la empresa es intensa. Esa relación debe basarse en una comunicación activa y bidireccional, a partir de los siguientes tres principios: la Confianza, el Respeto y la Confidencialidad. Si bien, por un lado estos tres supuestos guardan una estrecha vinculación con los principios básicos regulados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente, por otro lado, establecen un intensa relación con el concepto de *Empoderamiento* que Ekeberg (1997) utiliza para enmarcar la relación entre los profesionales y los trabajadores, y que se define como el proceso interpersonal que ayuda al individuo a ejercer control sobre los factores que afectan a su vida.

La importancia de la relación entre la enfermera y el paciente no es un tema nuevo; Hildegard Peplau describe en el modelo que lleva su nombre (1952) la importancia de la comunicación como herramienta terapéutica y relacional, definiendo cuatro fases en el proceso de relación de ayuda entre la enfermera y el paciente: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

Para que se establezca una relación de confianza la enfermera del trabajo debe mantener una actitud cercana para que el trabajador se dé cuenta de que él es el foco de nuestro trabajo. A su vez, tal y como afirman Cibanal y Arce (1997), el enfermero debe abordar a su paciente/cliente desde una enfoque holístico.

“La relación debe ser de cercanía, hace falta que haya una confianza. Para el trabajador nosotros somos el enemigo. Y a veces para la empresa estamos del lado del trabajador” (E11).

“Hay que enseñar al trabajador que la confidencialidad es cien por cien, y a veces cuesta que nos crea. Muchas veces te ocultan cosas. Es importante que el trabajador confíe en nosotros, sin llegar al colegao” (E11).

“La confianza y la empatía son fundamentales, para eso hay que dejar hablar a la gente” (E4).

La construcción de una relación de confianza se basa en la empatía,

entendiendo a ésta como “la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro” (Rogers, 1968). Para, Cibanal (1991) la empatía es “la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor”. Sin embargo, Borrell (1988) dice “que no basta con comprender al cliente, si no se es capaz de transmitirle esa comprensión”.

Por otro lado, para Borrell (1989), el respeto se refiere a “la capacidad del entrevistador para transmitir al cliente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos”. Mientras que Cibanal (1991) añade que “implica el aprecio de la dignidad y valor del cliente y el reconocimiento como persona”.

Para alcanzar dicho objetivo de comunicación el enfermero del trabajo no sólo debe estar abierto a los trabajadores en su despacho, el profesional debe conocer la empresa, debe estar con los trabajadores en su entorno, y conocer de primera mano cuáles son los riesgos presentes en los entornos laborales.

“Yo creo que un enfermero del trabajo se tiene que conocer la empresa, se la tiene que patear, no puede estar en el despacho” (E5).

Si bien, es obvio, que en un servicio de prevención ajeno la realidad laboral de los enfermeros del trabajo es bien distinta, ya que al mismo tiempo prestan servicio en decenas de empresas diferentes, no obstante, el enfermero del trabajo puede seguir rigiendo su comunicación con los trabajadores en los principios de confianza, respeto y confidencialidad, independientemente del número de trabajadores que tenga asignados.

En ocasiones la relación del enfermero del trabajo con los empleados de la empresa comienza y acaba en el reconocimiento médico laboral, ese encuentro es fundamental que se dé en unas condiciones adecuadas ya que a partir de los resultados de ese encuentro el enfermero va a planificar toda la acción preventiva que debe desarrollar. Es necesario que exista una atmósfera de apertura y confianza entre ambos donde el trabajador se encuentre cómodo y pueda expresarse con libertad y sin miedos.

“Partimos de la base de que el reconocimiento es una vía básica de información de las necesidades de salud de los trabajadores. No todos lo creen

necesario, por eso debemos potenciar los reconocimientos médicos” (E4).

Sin embargo, la Vigilancia de la Salud, tal y como está concebida en España, adolece de un gran problema: el mercantilismo. Los servicios de prevención ajenos que contratan miles de empresas se rigen por las leyes del mercado. En este mercado el precio de cada reconocimiento médico laboral está tasado, y se deja poco margen para la prevención de riesgos laborales y la salud.

“El problema del servicio de prevención es que está montado para ganar dinero, no está montado para la salud. ¿Cómo vas a hacer un reconocimiento en 5 minutos? ¿Cuánto cuesta? 36€, Está montado para ganar dinero no para generar salud” (E3).

Para los servicios de prevención ajenos su cliente es el empresario, no es el trabajador. Muy al contrario que para el enfermero del trabajo cuyo cliente es el trabajador. Las dinámicas laborales que se dan en las sociedades de prevención hacen que en ocasiones se pierda la perspectiva de lo que estamos haciendo, y para qué lo estamos haciendo. No obstante, tal y como explica Morris (1985) la enfermera de Salud Laboral debe aspirar a ser la “defensora” de los trabajadores y utilizar sus dotes de liderazgo e influencia en la empresa que le reconocen Alston (1993) y Skillen (2002) para mejorar la salud de los trabajadores.

“Dentro de eso hay otro problema, en base a lograr lo que el cliente quiera, y cuando él quiera se comercializan ciertas cosas que no son prevención. El problema es que la empresa, el trabajador y nosotros mismos perdemos la perspectiva de lo que estamos haciendo. Está de moda que se hagan todas las pruebas en el reconocimiento médico, eso para qué vale” (E11).

Se llegan a realizar reconocimientos médicos completos y analíticas completas a trabajadores que no lo tienen indicado a tenor de su riesgo laboral, incluso contraviniendo a lo que determina la legislación que establece que las pruebas deben adaptarse a los riesgos presenten en cada puesto de trabajo. De poco sirven los reconocimientos genéricos y homogéneos para todos los trabajadores.

“Muchas veces se hacen pruebas que no estén justificadas desde el punto de vista de los riesgos, analíticas completas, espirometrías...” (E1).

El enfermero del trabajo debe contribuir, desde su medio, a que esto cambie, el profesional puede influir en que la empresa incorpore un enfoque más propersona, fomentando el compromiso o *Engagement* de la empresa y su trabajador.

“En la empresa donde yo trabajo hay un concepto más propersona, se trabaja el Engagement, el compromiso. Yo tengo una consulta de deshabitación tabáquica que llevo yo sólo, consulta de prevención de trastornos musculoesqueléticos...” (E6).

El enfermero del trabajo debe reivindicar su autoridad e incluso su rol político para cambiar las cosas. La enfermera del trabajo puede influir con sus acciones no sólo a los trabajadores sino también a los gestores y gerentes de las empresas, para visibilizar que la inversión en prevención es beneficiosa para los trabajadores y rentable para la empresa. La vía para que dicho salto hacia delante se dé es la marcada por las *Empresas Saludables* como entornos preventivos y generadores de salud. Y es ahí donde la Enfermería del Trabajo debe estar presente y ser abanderada de dicha acción.

“Los enfermeros laborales tenéis que tener una perspectiva política de la situación, porque vosotros tenéis que trabajar con el entorno de estas personas para que sea saludable, por tanto, vosotros tenéis un rol político, porque tú tienes que garantizar el entorno laboral” (F6).

4.2.1.6.-Trabajo en Equipo.

Los profesionales de Enfermería son sabedores de que el trabajo en equipo es vital en el desarrollo de su día a día ya que legitima una asistencia sanitaria segura y eficaz que redundará en beneficio de sus pacientes (González-Navarro, 2014).

La Enfermería del Trabajo comparte con otras disciplinas, como la Medicina del Trabajo, la Ergonomía, la Seguridad y la Higiene Industrial, la tarea de preservar la Salud Laboral de los trabajadores. Las diferentes disciplinas encargadas de llevar a cabo una adecuada Vigilancia de la Salud deben colaborar de manera coordinada y en equipo. El objetivo común que comparten todos los miembros del equipo de trabajo debe estar fundamentado en una relación entre

iguales donde nadie está por encima de otro.

“La relación debería ser de igual a igual, no entiendo que haya nadie por encima de mí, soy tan especialista como los demás” (E11).

Dicha relación entre iguales sólo se alcanza cuando las diferentes disciplinas son consientes de qué es aquello genuino y propio que aportan ellos a la relación. La enfermera del trabajo debe preservar y defender el valor enfermero de su trabajo dentro del equipo.

“Debemos hablar de relaciones entre iguales, y debo tener un enorme conocimiento y responsabilidad de lo que digo. A más conocimiento más responsabilidad. Por tanto, mucha formación enfermera que me lleve a poder plantear desde mi punto de vista como enfermera qué es lo que yo veo y cómo lo veo” (F3).

“Son tareas diferentes, si no demostramos que hacemos cosas diferentes no hace falta que sigamos todos haciendo lo mismo” (F6).

Para que el trabajo en equipo sea efectivo la comunicación e interacción entre sus miembros debe ser fluida y dinámica. Los expertos describen que dicha relación profesional ha de darse en un marco de horizontalidad jerárquica, donde todos se encuentran al mismo nivel dentro del equipo de trabajo. De manera similar al trabajo que se efectúa en atención primaria, donde todos los integrantes del equipo son necesarios, y donde el trabajo de unos adquiere valor al combinarlo con el trabajo de otros.

“Yo creo en el equipo, yo estoy muy influenciada por atención primaria, pero es que yo creo en el equipo...Yo creo que eso está cambiando y en muchos sitios, lo que hay son los servicios de vigilancia para la salud y por lo tanto la vigilancia de la salud forma un gran engranaje donde están los higienistas, los técnicos...y nosotros somos unos más. Pero somos un equipo... En los servicios de atención primaria sí que se trabaja en equipo cada uno tiene su rol, y nos tenemos en cuenta y planificamos el cuidado” (E9).

Sin embargo, si analizamos en profundidad el concepto de horizontalidad se aprecia que sólo hace referencia a la relación profesional en cuanto a la jerarquía pero no necesariamente alude a la interconexión que debe existir entre

los dos actores fundamentales en la Vigilancia de la Salud: el enfermero y el médico del trabajo.

“La verticalidad u horizontalidad no señala necesariamente interrelación”
(F1).

Es por esto que quizá debemos superar el concepto de horizontalidad e incorporar una relación entre profesionales cuyo nexo sea en Red, para así, no sólo demostrar que todos los profesionales se encuentran al mismo nivel, sino que además están en constante interacción.

“Yo creo que esa relación debería ser según lo que cada una de las partes haya puesto sobre la mesa en igualdad de condiciones obviamente, yo creo que horizontal, bueno, más a lo mejor sería mejor en Red, los profesionales están continuamente interrelacionados” (F1).

Es por esto que se hace necesario transitar desde estructuras clásicas sustentadas en los equipos multidisciplinares³³ hacia los equipos interdisciplinares³⁴ (Gutiérrez, Jiménez & Corregidor, 2007).

Parece necesario que exista una figura que dirija o coordine a los equipos de trabajo en el ámbito de la Salud Laboral. En la actualidad se encuentra en vigor el RD 843/2011 que establece que los servicios de prevención deben contar con un director técnico, con el título de especialista en medicina del trabajo. Dicha norma renuncia a que sea la competencia profesional la que prime en los servicios de prevención, en beneficio de la clase médica y en detrimento de los trabajadores.

³³ El equipo multidisciplinar se compone de un grupo diverso de profesionales que trabajan en un área común de forma independiente, valoran al enfermo por separado e interactúan entre ellos de manera informal.

³⁴ El equipo interdisciplinar está formado por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan de manera cooperativa para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

“Para la Enfermería del Trabajo el RD 843/2011 es inadmisibile, hemos hecho muchas actuaciones para eliminarlo porque ha hecho mucho daño a la Salud Laboral. Limitarse a cumplir con unos requisitos normativos no es el espíritu de la Ley, ni de muchas organizaciones. No creo que sea bueno el modelo del Real Decreto 843. La ley se ha ido forzando hacia un modelo donde lo que prima es la certificación, pero no potenciar la salud de los trabajadores” (E11).

El líder de un servicio de prevención debe contener una serie de características innatas como el carisma, la responsabilidad, la eficacia, la confianza, la serenidad y el temple, estas cualidades no se adquieren con el estudio de una determina disciplina.

“El liderazgo no se estudia, se nace... si tú tienes un título de médico eso no te hace líder, eso te habilita para ejercer tu profesión” (E10).

Parece obvio que el liderazgo en cualquier estamento debe ser ejercido por aquel que esté más capacitado para llevarlo a cabo. Los médicos especialistas en Medicina del Trabajo obtienen a lo largo de su formación un gran bagaje formativo. Pero esa razón apriorística no debe deslegitimar la formación, tanto de pregrado como de postgrado, de los enfermeros del trabajo.

“Te voy a decir una cosa con sinceridad, Enfermería siempre que tenga a su lado a Medicina es difícil que sea líder... Eso no quiere decir que ya de antemano el médico sea el líder, hay que valorarlo, a lo mejor el enfermero es doctor y el médico no, y eso hay que valorarlo. Actualmente la norma establece que el director técnico de una unidad de Salud Laboral sea el médico y no da pie a que sea el enfermero, ¿quién debe ser el director? la persona más competente, a lo mejor el enfermero publica y el médico no, todo hay que valorarlo” (E7).

Si bien es cierto que los equipos de trabajo siempre deben de tener una figura que ejerza el liderazgo, dicho liderazgo debe ser entendido como un coordinador que organiza el trabajo que desarrollan unos profesionales de la salud responsables y maduros. Dicha coordinación no puede encontrarse en las alturas jerárquicas de la organización, el líder es aquel que está abajo, aquel que conoce los problemas reales y que tiene a su disposición los instrumentos para

solucionar esos problemas.

“Hay un concepto que es clave, para mí un jefe... siempre tiene que liderar el equipo, siempre hay que tener la referencia en una persona. Estamos hablando de profesionales maduros, con capacidad de decisión. Yo veo al jefe como el coordinador. Cuando uno es jefe debe ser más humilde, estar más en el humus, en el suelo” (F5).

El liderazgo dentro de un equipo de trabajo debe estar determinado por la valía profesional, académica y humana de quien lo ejerce. Los enfermeros del trabajo deben luchar y trabajar para demostrar esa valía.

“El enfermero del trabajo puede ser ese líder en una unidad de Salud Laboral... si está preparado” (F8).

El liderazgo en Enfermería, y más concretamente en Enfermería del Trabajo, se advierte como un asunto nuclear a tenor del gran número de referencias bibliográficas que hacen mención al liderazgo ejercido por la enfermera del trabajo (Tinkman, 1977; Alston, 1993; Skillen, 2002).

4.2.1.7.- Metaparadigma.

Los conceptos que componen el metaparadigma enfermero son útiles para comprender y delimitar el alcance de los marcos conceptuales enfermeros a lo largo de la Historia. Gracias al metaparadigma se explica cómo ha ido evolucionando el papel de la enfermera y cómo ésta se ha ido adaptando. Los conceptos que los diferentes modelos han otorgado a salud, persona, entorno y cuidados, son esenciales para comprender qué es lo que diferencia a la Enfermería de otras disciplinas, es por esto que no podemos renunciar a seguir utilizándolos como herramientas para acotar nuestro campo de trabajo.

“El concepto de metaparadigma como estructura para comenzar a caminar yo creo que es útil, creo que no están las enfermeras en situación de poder tener ahí un caos, y de momento, puede servir para avanzar, pero no quiero encorsetarme. Yo creo que como punto de partida es bueno, incluso a mí me permite demostrar que esto es común a la totalidad de los profesionales de salud y que hay una diferencia que es la mirada. Esa mirada es importante

porque completa la atención de la persona, no me hace que me diferencie de otros profesionales, sino que lo utilizo para concienciarme de que forma parte de un grupo de profesionales de la salud” (F1).

Para alcanzar el objetivo que nos propusimos al iniciar esta tesis doctoral es necesario que abordemos desde una perspectiva holística cómo entiende el enfermero laboral los elementos del metaparadigma.

Salud: para la enfermera del trabajo la salud adquiere un concepto global, ya que es tanto un Estado como un Proceso³⁵. Esa concepción total debe incluir no sólo a la ausencia de enfermedad sino que debe contemplar las percepciones, los valores y las creencias de las personas. La persona ha de alcanzar su bienestar; no únicamente el bienestar físico, sino también un bienestar psicológico, social y espiritual. El medio laboral debe ser fuente de salud para alcanzar dicho grado de bienestar, y no debe concebirse exclusivamente como un lugar expuesto a riesgos laborales que deben ser evitados. El concepto de bienestar que emerge del análisis coincide con los hallazgos bibliográficos encontrados en la primera fase de la investigación, la búsqueda de dicho bienestar en el ámbito laboral ya había sido introducida por Baughn (1977) y por Dees (1984).

“Un enfermero que trabaje en Salud Laboral debe tener ese concepto global de lo que es la salud, no solamente la ausencia de enfermedad... y cambiará el concepto de salud...” (F1).

“Para mí la salud es bienestar, bien-estar, que está asociado al concepto de bien ser... pero eso es ya más filosófico, el bien ser está asociado a la persona, la salud asociada al bienestar” (F5).

Persona: en el ámbito de la Salud Laboral el concepto de persona evoluciona hacia el concepto de trabajador. El trabajador es el elemento nuclear del trabajo de la Enfermería. La función de la enfermera del trabajo sólo adquiere sentido cuando existe un trabajador al que hay que brindarle cuidados. Pero el concepto de persona-trabajador no sólo está compuesto por el individuo en sí. La enfermera debe ser consciente de que el concepto de persona integra a su familia

³⁵ Idea ya utilizada por Callista Roy en su modelo de adaptación.

y a la comunidad a la que pertenece. Los cuidados que la enfermera presta al trabajador influyen sobre su familia y trascienden a la comunidad. La Enfermería del Trabajo entiende a la persona como el receptor de la promoción y la educación para la salud que servirá para evitar los riesgos presentes en los entornos específicos de trabajo y para influir sobre sus hábitos y estilos de vida.

“El trabajador para mí es fundamental porque es nuestro cliente, es la persona a la cual van dirigidos nuestros cuidados, yo no puedo imponer, pero tengo que darle la responsabilidad a él. A la persona hay que darle responsabilidad, la persona es el centro” (F5).

“Dentro de sus ámbitos de competencia [de la enfermera], cuando se habla de persona, incluye también a la familia. Todos los modelos enfermeros dicen que la persona es el individuo, familia o comunidad...pero eso se queda después sólo en un nivel teórico porque no se trabaja en la práctica. La enfermera debe ser consciente de que su labor también está para con esa otra persona [el familiar]. A veces dicen que ‘encima de lo que tengo, además la familia’, no, no, la familia es parte de lo que tienes” (F3).

Entorno: para la Enfermería del Trabajo, el concepto del entorno va más allá de lo que tradicionalmente se ha clasificado como entorno laboral. La Enfermería laboral no sólo incorpora al concepto de entorno las características del medio laboral como son las condiciones de trabajo, sino que integra más elementos. El entorno aglutina la organización del trabajo, las relaciones con los compañeros que conforman el grupo humano, e incluso las vivencias que tanto el trabajador como su familia tienen en relación con el trabajo.

“El entorno no sólo es la persona en su puesto, es la familia, las horas que trabaja, si trabaja de día o de noche, cómo vive su familia el horario que hace, cuántas horas ve a su hija al día, cómo vive el hecho.... El trabajo tiene una implicación directa en el entorno, la familia, los compañeros, la tarea que hago... ¿Cómo veo yo los cambios? Dentro de la Enfermería del trabajo una cosa que es entorno es el no trabajo, el paro. Eso es entorno” (F6).

“El entorno es mucho más que las estructuras físicas...el entorno se compone de todas aquellas circunstancias personales que yo también incorporo. Por

ejemplo todas las implicaciones que tienen venir al trabajo, el estrés que supone para mí estar trabajando, las condiciones laborales, las relaciones con los demás que son fundamentales. El entorno tiene una importancia tremenda para que la enfermera pueda ayudar para que ese entorno sea favorecedor” (F3).

Cuidados: el enfermero del trabajo debe incorporar el valor enfermero en su misión de prevenir los riesgos laborales, a través del desarrollo de la promoción y educación para la salud. La Enfermería del Trabajo tiene un marcado carácter eminentemente preventivo, de manera que, la enfermera laboral debe favorecer con su labor que el trabajador mantenga, o recupere, el mayor grado de calidad para su salud. Para alcanzar dicha meta, el enfermero debe llevar a cabo de manera efectiva una adecuada Promoción y Educación para la Salud que contemple de manera específica los riesgos presentes en el medio laboral, pero, a su vez, debe ejercer su labor para evitar que otros riesgos o estilos de vida no directamente relacionados con el trabajo afecten a la salud de sus pacientes. Todo ello encaminado a que el medio laboral sea considerado como un espacio de salud.

“El título de especialista habla de la atención integral del trabajador en la sociedad. Estamos hablando de cuidar, de atender y de escuchar, hay mucho trabajo que hacer” (E10).

“El enfermero del trabajo es mucho más cercano al trabajador y puede aprovecharlo para hacer una educación sanitaria y de promoción de la salud” (E10).

“Nosotros nos movemos mejor en el terreno de la formación y la promoción de la salud, somos más cercanos al trabajador, somos más accesibles y con una orientación más clara hacia ese campo” (E11).

4.3.- PROPUESTA DE UN MODELO TEÓRICO PARA LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO ADAPTADO AL CONTEXTO ESPAÑOL.

El modelo de Enfermería para la especialidad laboral trata de dar respuesta a diversas preguntas, como por ejemplo: ¿qué es un enfermero del trabajo? ¿qué hace? y ¿qué le diferencia de otros profesionales? Para dar respuesta a dichas preguntas, y a los objetivos que nos planteábamos al inicio de la investigación hemos buceado en la bibliografía específica internacional publicada desde hace décadas, y se ha llevado a cabo una intensa investigación cualitativa que ha contado con la inestimable colaboración de profesionales de Enfermería residentes en diversas ciudades de la geográfica española.

Como vimos anteriormente, la teoría de rango intermedio debe contener ciertos elementos como son: la meta, los conceptos, las definiciones, las relaciones, las estructuras y los supuestos.

La META de este trabajo es elaborar un modelo teórico para la Enfermería del Trabajo adaptado al contexto español. Para alcanzar dicha meta se propone un modelo teórico para la Enfermería del Trabajo, que utiliza, por una parte, los conceptos teóricos extraídos mediante la investigación historiográfica de los marcos conceptuales publicados a nivel internacional desde la década de los 70 del siglo XX hasta nuestros días, y por otro lado, los códigos, las categorías descriptivas y la categoría central emergidos a lo largo del análisis de las entrevistas realizadas.

Las cinco verdades aceptadas y básicas sobre las que se fundamenta el razonamiento de la teoría, es decir, sus SUPUESTOS, son:

- Supuesto 1. El modelo propuesto presenta como elemento nuclear de la relación entre la enfermera del trabajo y el trabajador a la Promoción de la Salud en la empresa. Si bien dicha relación debe estar compuesta por otras actividades como la Vigilancia de la Salud o la Prevención de Riesgos Laborales. Los principios rectores de la relación entre la enfermera y el trabajador son la confianza, el respeto y la confidencialidad.

- Supuesto 2. A su vez la enfermera puede actuar, mediante su labor, sobre

el trabajador, sobre la comunidad en la que vive, su entorno, su familia u otro tipo de relaciones. La vía por la que la enfermera actúa sobre la familia y la comunidad del trabajador es a través de él mismo. Mediante una adecuada promoción y educación para la salud los cuidados que la enfermera brinda al trabajador pueden trascender a su entorno más cercano. La enfermera tiene la tarea de empoderar al trabajador para que éste pueda erigirse en un vector de cambio hacia hábitos de salud y estilos de vida saludables.

- Supuesto 3. Por su parte, la enfermera se integra dentro una organización empresarial donde debe trabajar de manera coordinada y en equipo, al tiempo que se relaciona con otros compañeros o estamentos de la organización. La enfermera del trabajo debe conocer su rol profesional, de manera que aporte una mirada genuina a la salud laboral y a la concepción holística del trabajador, incluyendo en su quehacer diario los avances de la investigación científica y construyendo, a su vez, conocimiento enfermero.

- Supuesto 4. Los resultados obtenidos en esta investigación apuntan hacia una nueva concepción de la enfermera del trabajo, ésta se aleja de tareas dependientes derivadas de la Vigilancia de la Salud, y se abre hacia un nuevo marco conceptual. Este nuevo campo abre la posibilidad a los enfermeros del trabajo de desarrollar plenamente sus capacidades profesionales en la búsqueda de una Promoción y una Educación para la Salud que se adapta a los riesgos presentes en los entornos laborales de los trabajadores. La explotación de este rol docente que adquiere la enfermera es lo que posibilita el despegue académico y profesional de los especialistas. La enfermera debe ser quien dé un paso al frente y se haga responsable de estas funciones, y así abandonar la zona de confort en la que se encuentra al estar ajena a responsabilidades y tareas propias.

- Supuesto 5. Los organismos nacionales e internacionales han apostado, desde hace años, por el fomento de las denominadas Empresas Saludables. La única vía que existe para lograr que las empresas sean realmente entornos generadores de salud es a través del desarrollo de Políticas de Promoción y Educación para la Salud. Es la oportunidad que la Enfermería del Trabajo ha estado esperando desde hace décadas para subirse al carro de su evolución profesional. El enfermero laboral debe erigirse como ese promotor de la salud en la empresa y debe defender esa posición con vehemencia ya que está en propiedad del aval que le otorga ser el profesional de la salud especialista en

cuidar a las personas, y en hacerlo desde un punto de vista holístico.

RELACIONES de la teoría. Buena parte de los modelos propuestos en la bibliografía se nutren de la especialización de otros modelos generalistas previos. Algunos de los modelos propuestos manifiestan abiertamente su relación con modelos generalistas, como por ejemplo hace Thompson (1986) con el Modelo de Adaptación de Roy; Javid y Lester (1983) con la Teoría General de Orem; McGee (1995) con el Modelo de Sistemas de Neuman; o Noel (2010) a partir de la Teoría del Cuidado Humano de Watson. Sin embargo, los modelos que podemos categorizar como genuinamente especializados, también se alimentan de algunos conceptos extraídos de las teorías de generalistas. Es por esto que resulta habitual encontrar referencias sobre la importancia del Proceso de Enfermería y de la Promoción de la Salud. La propuesta que se presenta en este trabajo comparte grandes similitudes con el modelo de enfermería propuesto por Nola Pender³⁶ sobre la Promoción de la Salud. Esta teoría de alcance medio, explica cómo la interacción entre los factores perceptivos y ambientales influye en la toma de decisiones relacionadas con su salud (Sheehan, 2006), mientras que, por otra parte también, se orienta hacia la generación de conductas saludables (Aristizábal, Blanco, Sánchez, & Ostiguín, 2011).

Asimismo se realiza una descripción de aquellos CONCEPTOS TEÓRICOS que representan ciertas propiedades o eventos dentro de nuestra teoría. Los conceptos teóricos que adquieren relevancia se corresponden con las categorías emergidas en la fase analítica de la investigación. Aquellos conceptos teóricos son:

- Modelos de Enfermería. Los modelos enfermeros son necesarios para el desarrollo de la disciplina enfermera al ser una herramienta fundamental en la creación de conocimiento propio. Su uso es útil para evidenciar la autonomía del profesional, al mismo tiempo que pone el foco de atención en la persona y en los cuidados que ésta necesita.

- Investigación enfermera. El desarrollo de la investigación enfermera es imprescindible para el crecimiento de la disciplina. La ausencia de marcos

³⁶ Dicho modelo no se recoge en la primera parte de la investigación dado que no presenta vinculación con el medio laboral.

conceptuales propios repercute negativamente en la investigación especializada, ya que, las tareas delegadas que desarrolla la enfermería a lo largo de buena parte de su jornada laboral impiden la profundización e investigación en tareas genuinamente enfermeras. La investigación en Enfermería laboral debe profundizar en la construcción de lenguajes enfermeros propios de la subdisciplina.

- Promoción de la Salud. Para que se dé una adecuada Promoción de la Salud en el ámbito laboral deben coexistir tres elementos adecuadamente coordinados. En primer lugar, unas adecuadas condiciones de trabajo, en segundo término la promoción de unos hábitos de vida saludables, y en tercer lugar, la existencia de una cultura preventiva real, y no meramente un cumplimiento formal de la norma. La enfermera del trabajo debe ser un referente dentro de la organización para alcanzar dicho objetivo velando por el cumplimiento y adecuada coordinación de estos tres elementos. Para alcanzar esta meta la enfermera debe integrar la promoción de la salud en los todos los estamentos de la organización.

- Rol. El rol de la enfermera ha sido tradicionalmente dividido en cuatro ámbitos. El rol asistencial, el rol docente, la gestión y la investigación. La enfermera de salud laboral no debe renunciar a ninguno de estos roles, si bien ha de potenciar su propio rol docente en aras de acrecentar su especial dedicación a la promoción de la salud. De esta manera el rol asistencial que la enfermera lleva a cabo como consecuencia de las tareas delegadas, como por ejemplo la realización de pruebas diagnósticas y exploratorias en los exámenes médicos de salud periódicos, puede incorporar nuevos matices, de manera que, dichas pruebas pueden considerarse una nueva vía de entrada de información útil y de calidad para la enfermera a la hora de poner en marcha nuevas acciones de promoción y educación para la salud. De manera que aquellas tareas que se consideraban subordinadas pueden pasar a considerarse propias ya que son de utilidad para el desarrollo de la Enfermería.

- Relaciones. La relación que el enfermero del trabajo debe mantener con los trabajadores de las empresas debe sustentarse en los principios de confianza, respeto y confidencialidad. El profesional de la salud laboral debe favorecer una comunicación activa y bidireccional que favorezca un vínculo terapéutico y relacional. Para ello es necesario el fomento de una actitud cercana y el fomento

del compromiso. El enfermero del trabajo debe mantener unas adecuadas relaciones con el resto de profesionales y con los órganos de la organización, siendo consciente de su función dentro de las empresas y de reivindicando su figura de autoridad y su rol “político” como mecanismo para mejorar los entornos laborales, los hábitos de salud y el compromiso de la empresa por la prevención.

- Trabajo en equipo. La Enfermería del Trabajo comparte con otras disciplinas la misión de proporcionar seguridad y preservar la salud de los trabajadores. La relación de la enfermera con los profesionales del resto de disciplinas al estar encaminada al mismo objetivo debe establecerse en igualdad de condiciones, para ello es necesario que todos sean conscientes de que aquello que aportan para mejorar la salud del trabajador es genuino y propio. El trabajo en red es el pilar del vínculo igualitario entre el médico del trabajo, el ergónomo, el higienista, el técnico en seguridad y el enfermero del trabajo. La coordinación de los equipos de trabajo interdisciplinarios debe ser realizada por aquel profesional que posea la valía profesional, académica y humana necesaria. El enfermero del trabajo puede ejercer el liderazgo dentro de los equipos de trabajo si acredita dicha valía.

- Metaparadigma. Como hemos mencionado, los conceptos que componen el metaparadigma enfermero son claves para explicar el desarrollo de nuestra profesión y para conocer cuáles son los elementos que distinguen a la Enfermería de otras profesiones relacionadas con el ámbito de la salud. Algunos autores explican que, en ocasiones, el carácter abstracto y la complejidad de estos conceptos ocasionan un escaso uso de los mismo en la práctica, lo que en consecuencia da lugar a una limitación en la generación de nuevo conocimiento enfermero (Acevedo, Guillén & García, 2012).

Sin embargo, los conceptos generales de la profesión, a los que Fawcett (1984) denominó metaparadigma de la Enfermería, constituyen el núcleo de la relación entre el paciente/trabajador, la enfermera y sus acciones de enfermería, el ambiente dentro del cual se lleva a cabo el proceso enfermero y el estado de salud de la persona. El hecho de elaborar un marco teórico que contenga los elementos del metaparadigma es garante de una práctica eficaz para alcanzar nuestra meta profesional (Leddy & Pepper, 1989).

Los conceptos que integran el metaparadigma para un modelo enfermero aplicable al ámbito laboral deben estar íntimamente relacionados con la prevención de riesgos laborales, al objeto de reducir los accidentes laborales y las enfermedades relacionadas con el trabajo, pero a su vez, estos conceptos deben estar presentes tanto en la promoción de la salud desde la empresa, como en la atención de urgencias.

Salud: la salud es un concepto global, que abarca no solamente la ausencia de enfermedad, sino que aglutina las percepciones, valores y creencias de la persona. La salud se convierte en un sinónimo de bienestar en todos los sentidos, no únicamente como un bienestar físico, sino que además debe existir un bienestar psicológico, social y espiritual. El medio laboral no sólo debe ser un entorno donde se deban evitar los riesgos laborales presentes, sino que debe ser un enclave de fomento de la salud. Debemos concebir el puesto de trabajo como el lugar idóneo para fomentar hábitos y conductas de salud. La enfermera del trabajo debe contribuir desde el ámbito laboral a que el trabajador alcance dicho grado de bienestar mediante el fomento de dichos hábitos y estilos de vida saludable.

Persona: en el medio laboral la persona es el trabajador, que es el núcleo de la acción de Enfermería. El concepto de persona engloba a su familia y a la comunidad, la enfermera del trabajo puede influir sobre éstos tres mediante su interacción con el trabajador, ya que los cuidados que la enfermera presta al trabajador influyen sobre su familia y trascienden a la comunidad.

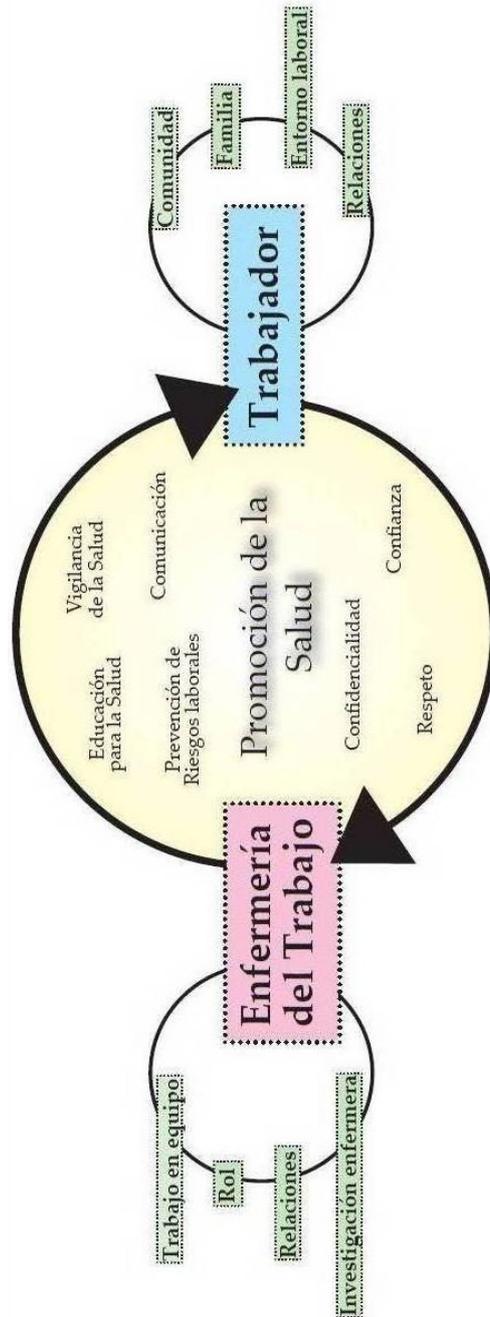
Entorno: El enfermero del trabajo no sólo incorpora los elementos del medioambiente laboral al concepto de entorno; este incluye a las relaciones personales, los sistemas de organización de la empresa, los acontecimientos que se dan el trabajo, así como la forma en que cada persona vive esos acontecimientos. Para un trabajador su entorno se conforma, a su vez, por su familia y sus relaciones personales extralaborales.

Cuidados: La Enfermería del Trabajo tiene un marcado carácter eminentemente preventivo, de manera que, la enfermera laboral debe favorecer

con su labor que el trabajador mantenga, o recupere, el mayor grado de calidad para su salud. Para alcanzar dicha meta, el enfermero debe llevar a cabo de manera efectiva una adecuada Promoción y Educación para la Salud incorporando valor enfermero a su tarea, que contemple de manera específica los riesgos presentes en el medio laboral, pero, a su vez, debe ejercer su labor para evitar que otros riesgos o estilos de vida no directamente relacionados con el trabajo afecten a la salud de sus pacientes. Todo ello encaminado a que el medio laboral sea considerado como un espacio de salud.

ESTRUCTURA. Al integrar la opinión de los expertos gracias al análisis mediante Teoría Fundamentada ha emergido con fuerza la importancia que tiene la Promoción de la Salud en el ámbito laboral. El modelo que se propone pone el foco en la relación entre el enfermero del trabajo y el trabajador; siendo una interacción constante y que se retroalimenta de manera continua. El fin de dicha interacción es el desarrollo de una Promoción de la Salud adaptada al entorno laboral y efectiva en cuanto a resultados (ver Figura 29).

Figura 29. Modelo de Promoción de la Salud en el Trabajo de Sánchez*.



*Elaboración Propia.

Dentro de esa Promoción de la Salud se enmarcan ciertos principios que deben regir dicha relación, y que son a su vez las PREMISAS del modelo propuesto:

- Debe estar dirigida hacia una prevención de riesgos laborales.
- Debe estar sustentada por los resultados de la Vigilancia de la Salud, tarea que el enfermero y el médico del trabajo realizarán de forma colaborativa (junto con el resto de profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar implicado en la prevención).
- Debe enriquecerse por una Educación para la Salud mediante programas dirigidos a evitar riesgos laborales como al fomento de la salud y de estilos de vida saludables.
- Debe darse en un entorno de comunicación fluida y bidireccional.
- Debe existir un entorno entre la enfermera y el trabajador de confianza, respeto y confidencialidad.

Paralelamente, al margen de esta relación nuclear deben existir otro tipo de vínculos. Por un lado las relaciones que van desde la Enfermería del Trabajo hacia su equipo de trabajo, su autoconcepto profesional (rol) y las relaciones del profesional de Enfermería con otros profesionales vinculados a la Prevención de Riesgos laborales, órganos de administración de la empresa, así como con los representantes de los trabajadores. Por último, la enfermera del trabajo debe contribuir y fomentar al desarrollo de la investigación de enfermería, e incluir los resultados obtenidos en la investigación a su medio laboral.

Por otra parte, la enfermera del trabajo debe concebir al trabajador desde una visión holística donde se integre a éste con el resto de relaciones que él tiene. El trabajador no puede ser segregado de su vínculo con su familia, con la comunidad, con las características de su entorno laboral, y de las relaciones humanas que establece con el resto de compañeros de trabajo y superiores jerárquicos. A través de la unión que el enfermero mantiene con el trabajador podrá llegar e influir sobre su familia, sobre la comunidad y sobre su entorno laboral.

4.4.- ¿POR QUÉ UN MODELO ENFERMERO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO?

La Enfermería del Trabajo ha de procurarse un papel principal en la Promoción y Educación para la Salud dentro de las empresas. Con el afán de desarrollar plenamente nuestras competencias profesionales debemos promover la inclusión de la Enfermería en los programas de Empresas Saludables que se pongan en marcha en las empresas, promovidos tanto desde los servicios de prevención propios como ajenos. La Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo³⁷ (ENWHP) consensuó en el año 1997, a partir del espíritu y la letra de la carta de Ottawa de 1986, la definición de Promoción de la Salud en el Trabajo. Según esta definición, que se encuentra en la Declaración de Luxemburgo (Anexo 4), la Promoción de la Salud en el Trabajo resulta de la comunión de esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo. Esa definición defiende la integración de la promoción de la salud en las intervenciones de prevención de riesgos laborales e intenta establecer un marco conceptual que ayude a organizar y emprender programas de salud en la empresa que consideren actuaciones a todos los niveles (individual, entorno y organización), al tiempo que busca la participación y colaboración de todos los actores importantes (administraciones competentes, expertos, empresarios y trabajadores). Por su parte, en España el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) colabora con la Red Europea en la difusión de sus proyectos. En esta línea, desde el INSHT se puso en marcha el Proyecto “Empresa Saludable” cuyo objetivo va más allá del cumplimiento legal de la norma de Prevención de Riesgos Laborales incentivando la gestión de la salud de los trabajadores desde un enfoque integral e integrado y la consideración de la salud en todas las políticas de la empresa. Cualquier empresa u organización, con independencia de su tamaño, titularidad o sector,

³⁷ Organismo creado en 1996 en el seno de la unión europea y que está formado por los Estados miembros de la UE y por otros países del área económica europea elegidos / nominados por los respectivos gobiernos. Entre las funciones que lleva a cabo la ENWHP destacan: la organización del intercambio de experiencias e información a nivel europeo, la identificación de “buenas prácticas” y la recogida, análisis y difusión sobre la Promoción de la Salud en el Trabajo.

puede solicitar su adhesión al proyecto de Empresa Saludable, manifestando su compromiso con la Declaración de Luxemburgo y, si lo desea y cumple con los criterios de calidad elaborados por la ENWHP, pedir su reconocimiento como buena práctica en promoción de la salud en el trabajo.

Es en este marco donde consideramos que la labor de la enfermera laboral cobra su máxima significación. La formación académica en cuidados de la enfermera, así como el reconocimiento de su influencia en la familia y en el entorno del trabajador sirve para reivindicar la labor de la enfermera del trabajo desde una concepción holística e integral.

4.5.- CRÍTICA AL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO.

Como vimos en el apartado Marco Conceptual, Hickman (2002) nos propone que antes de construir la crítica teórica debemos enmarcarla, tanto dentro de un contexto histórico como filosófico. El Modelo de Promoción de la Salud en el Trabajo es una teoría de rango intermedio que surge ya iniciado el siglo XXI. A diferencia de los modelos conceptuales y las grandes teorías que jugaron y continúan jugando un papel definitivo en el proceso de pensamiento y desarrollo teórico de enfermería ya que generaron y reforzaron la identidad profesional de la disciplina (Durán de Villalobos, 2007), las teorías de rango intermedio se erigen como marcos estructuralmente más sencillos cuya implementación en la práctica y en la investigación resulta, a priori, más sencilla.

El Modelo de Promoción de la Salud en el Trabajo que se propone se nutre de marcos conceptuales específicos, los cuales han sido estudiados en este trabajo, como el Modelo de Hanasaari, Modelo de Wilkinson. Pero, a su vez, de grandes marcos generalistas como el de Orem, Roy; y también de manera muy próxima con la teoría intermedia desarrollado por Nola Pender sobre Promoción de la Salud.

Como ya se ha mencionado, se hace patente la necesidad de contrastar la teoría intermedia emergida del discurso de los entrevistados con el análisis que Marriner y Alligood³⁸ (2011) proponen para las teorías enfermeras, a partir del estudio de los indicadores: Claridad, Simplicidad, Generalidad, Precisión

³⁸ A partir de los postulados de Chinn y Kramer (2004).

empírica y Consecuencias deducibles. Este análisis es el primer paso en la aplicación de los trabajos teóricos enfermeros en la educación, la investigación, la administración o la práctica.

- Claridad. Para considerar que una teoría es suficientemente clara hemos de analizar tanto la semántica de los conceptos como su estructura lógica. El modelo de Promoción de la Salud en el Trabajo es una teoría intermedia que utiliza una serie de conceptos como son: Modelos enfermeros, Investigación de enfermería, Promoción de la Salud, Trabajo en Equipo, Rol, Relaciones o Metaparadigma. Dichos conceptos son definidos y utilizados con precisión al usar un lenguaje comprensible y certero. A su vez también se incluyen otros subconceptos de gran valor explicativo como son: comunidad, familia, entorno laboral, educación para la salud, prevención de riesgos laborales, vigilancia de la salud, etc. Para su mejor comprensión y las relaciones que se establecen entre los diversos conceptos y subconceptos se han elaborado diversos diagramas.

- Simplicidad. El número de términos y conceptos utilizados en la teoría es limitado, asimismo, las relaciones que se establecen en los conceptos utilizados en la teoría son de carácter simple, lógico y coherente, de ahí que se puede afirmar que es una teoría parsimoniosa. La teoría describe cinco supuestos que se describen manera lógica y clara para el lector.

La teoría intermedia de Promoción de la Salud en el Trabajo establece una serie de relaciones entre diferentes actores implicados en la teoría. Este tipo de relaciones resulta fundamental para la comprensión de la teoría, tanto es así que el vínculo que se establece entre el trabajador y el enfermero del trabajo se sitúa en el centro del modelo. A diferencia de otros modelos descritos como el de Hanasaari que sitúa en el centro del modelo a la Enfermería del Trabajo, en el nuestro el foco se desplaza hacia el trabajador, de manera que éste se convierte en actor fundamental del modelo y su relación con la enfermera del trabajo en los cimientos donde construir una adecuada promoción de la salud laboral.

La generación de esta teoría intermedia se sirve de la inducción, propia de los análisis con Teoría Fundamentada, para describir los conceptos y las relaciones entre los diversos elementos del modelo. Este razonamiento inductivo se sirve del análisis e investigación de situaciones concretas de la práctica para elaborar unas bases teóricas propias.

- Generalidad. El marco conceptual propuesto se ciñe al ámbito específico

de la Enfermería de Trabajo. El alcance del Modelo de Promoción de la Salud en el Trabajo es limitado dado que no es de aplicación universal, aunque parte del medio laboral y desde ahí puede trascender a la familia y la comunidad. Podríamos decir que el grado de generalidad de la teoría es intermedio en cuanto a su objetivo. Como hemos comentado anteriormente el uso de teorías intermedias para explicar fenómenos concretos de la disciplina resulta útil para su implementación en la práctica, pero sin embargo presenta grandes déficits en cuanto a su capacidad de universalización. Dicha capacidad de extrapolación y universalización suele quedar restringida a los grandes marcos teóricos y filosofías enfermeras.

- Precisión Empírica³⁹ y Consecuencias Deducibles⁴⁰. Ambos indicadores hacen referencia a la comprobación de la teoría a nivel empírico y a su capacidad para guiar a la investigación. A tenor de este objetivo el análisis de estas variables resulta inviable mediante la investigación desarrollada y será objeto de una investigación posterior.

Como ya hemos descrito el uso de teoría intermedia favorece la implementación práctica de la teoría, dado que su alcance es más limitado y los conceptos y sus relaciones más simples. El análisis sobre la Precisión Empírica que queda pendiente servirá para conocer los resultados de dicha implantación y así completar la crítica a nuestra teoría. Una vez conocida la implementación en la práctica y en la investigación de la teoría podremos terminar de responder a algunas cuestiones que quedan en el tintero como si la teoría se propaga.

Una vez que hemos establecido las líneas maestras de nuestra teoría intermedia y con el objetivo de orientar nuestros hallazgos hacia una implementación en la práctica del modelo, resulta necesaria la utilización del Proceso Enfermero, para ello, y en adelante vamos a abordar el estudio específico de la Valoración de enfermería que da comienzo al Proceso.

³⁹ Este término ha sido sustituido por Marriner y Alligood (2015) recientemente por ACCESIBILIDAD.

⁴⁰ Este término ha sido sustituido por Marriner y Alligood (2015) recientemente por IMPORTANCIA.

4.6.- VALORACIÓN ENFERMERA EN SALUD LABORAL.

La valoración propia de un *Proceso de Enfermería* que se da en el campo de la Salud Laboral debe contener unas características propias que contemplen el entorno laboral en su conjunto, así como los riesgos físicos, químicos, biológicos o psicosociales a los que el trabajador se encuentra expuesto (Rasmor & Brown, 2001). En este sentido, Baughn (1977) ya apostaba por una recogida de datos que incluía una descripción del área de trabajo, descripción de equipos de seguridad, historia laboral anterior, hábitos relacionados con el trabajo y factores estresantes.

Asimismo, Rasmor (2001) entiende que dicha valoración de Enfermería debe estar enfocada a reconocer cuáles son los riesgos presentes en el entorno laboral, y ha de incluir información demográfica, enfermedades actuales, historia médica que incluya lesiones y cirugías, estilos de vida, historia laboral de ocupaciones y riesgos expuestos, historia socio-familiar y una revisión física por sistemas.

Forsyth (1985) sostiene la idoneidad del uso de los patrones funcionales de Gordon para la valoración enfermera dentro de un ámbito laboral, dado su carácter holístico y su adecuada integración con los lenguajes enfermeros.

Algunos ejemplos de la aplicación práctica de los patrones funcionales de Gordon a la salud laboral dan cuenta Moreno, Meneses y Hernández (2012) en la elaboración de un Plan de Cuidados en un paciente con asma laboral publicado en la revista de la asociación española de Enfermería del Trabajo.

Sin embargo, dado también a su carácter holístico y global algunos de los puntos de valoración de Gordon no son aplicables a la Salud Laboral, como por ejemplo aquellos que aluden a niños o a ancianos. En este sentido Frenchoso, Ínsua y Velázquez (2014) han elaborado una pionera revisión de los patrones funcionales de Gordon para adaptarlos a la valoración enfermera en Vigilancia de la Salud de los trabajadores. Esta adaptación de los patrones funcionales de salud de Gordon a los entornos laborales resulta de gran utilidad para el desarrollo profesional y académico de la subdisciplina, al profundizar, por una parte, en los aspectos vinculados al trabajo que pueden influir en la salud de los trabajadores, y por otra parte, al descartar otros aspectos que no tienen relevancia en el medio laboral. Llegados a este punto conviene profundizar sobre los resultados obtenidos por este grupo de trabajo castellanoleonés. En el Anexo 6 se recoge la

Hoja de Registro que se propone a partir de la adaptación de Frechoso, Ínsua, y Velázquez (2014) de los patrones funcionales de salud de Gordon. Por su parte, en el Anexo 7 se recogen alguno de los posibles diagnósticos enfermeros (NANDA I) que se pueden obtener tras la valoración enfermera que se propone.

Al objeto de lograr una implementación práctica del Modelo de Promoción de la Salud en el Trabajo se propone el uso de la valoración enfermera de adaptada a partir de Gordon realizada por Frenchoso, Ínsua y Velázquez (2014) descrita en el anexo 6.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES.

Las conclusiones que extraemos a continuación vienen a dar respuesta del grado de superación de los objetivos propuestos en la planificación de este trabajo. Si bien, antes de dar cuenta del logro de objetivos, conviene remarcar los aspectos genuinos de nuestra propuesta que explican por qué resulta necesaria.

La teoría que se presenta en la presente tesis reconoce el valor de la enfermera del trabajo como agente promotor de la salud en los entornos laborales al mismo tiempo que reivindica la necesidad de implementar leguajes enfermeros estandarizados como vía inequívoca de desarrollo profesional y académico.

Mediante el desarrollo de teorías de rango intermedio se busca dotar a la enfermería de una guía específica para la práctica que resulte útil para hacer avanzar la disciplina enfermera. En este sentido consideramos de vital relevancia el desarrollo de una teoría de rango intermedio que ahonde en el carácter único de la enfermera del trabajo, sobre su función y sobre la importancia de su labor para el beneficio de los trabajadores, de su familia y de todo su entorno laboral.

5.1.- LOGRO DE OBJETIVOS.

Objetivo principal:

- Elaborar un modelo teórico para la Enfermería del Trabajo adaptado al contexto español.

Este trabajo culmina con la difusión de una propuesta de marco conceptual para la Enfermería del Trabajo. Para llegar a este punto se han integrado los resultados de una investigación cualitativa dando lugar a la elaboración de una teoría de rango medio. La búsqueda de este marco conceptual no se centra en explicar qué hace un enfermero del trabajo, ya que esto viene dictado por su atribución de competencias, sino qué significa ser un enfermero del trabajo.

Objetivos secundarios:

- Realizar una revisión sistemática de los modelos aplicables a la Enfermería del Trabajo.

A lo largo del texto se han descrito dos decenas de modelos teóricos aplicables a la Enfermería dentro del ámbito laboral, dichos modelos se han agrupado por décadas, siendo las de los años 80 y 90, del siglo XX, las que concentran un mayor volumen de marcos conceptuales, no sólo en número sino también en valor epistemológico. La superación de este objetivo ha resultado costosa dado que buena parte de los modelos publicados carecen de un cuerpo teórico sólido, resultan ser fruto de la práctica, y es por esto que prescinden de la inclusión de los elementos teóricos 'típicos' que componen un marco conceptual.

- Buscar interacciones y sinergias entre diferente modelos.

Los modelos de enfermería generalistas se erigen como la fuente de inspiración de buena parte de los marcos conceptuales específicos para la subdisciplina. Algunos conceptos como adaptación o autocuidado son referencias recurrentes en los modelos especializados. Por su parte, la inclusión de la Promoción de la Salud como elemento nuclear del modelo también ha sido tratada en profundidad por autoras como Nola Pender. En este trabajo hemos tratado de desarrollar una teoría de rango medio que sirva de modelo de enfermería para la especialidad del Trabajo. Esta teoría comparte con otras la

especial relevancia de elementos como Promoción y Educación para la Salud pero adaptando ésta a los entornos laborales.

- Analizar de manera crítica los modelos existentes valorando cuáles de éstos pueden adaptarse al marco español.

La condición principal que delimita si un modelo es aplicable o no dentro de un contexto viene determinada por su utilidad. La crítica fundamental que se puede llevar a cabo y que afecta a la gran mayoría de los modelos enfermeros de origen anglosajón radica en que están concebidos exclusivamente para ser aplicados en grandes empresas donde se da por supuesto que existe un servicio de prevención propio. Pero en nuestro entorno el 99% de las empresas son PYMES que carecen de servicio de prevención propio. La enfermera del trabajo no puede ser ajena a esta realidad, es por esto que si queremos que el modelo enfermero se pueda aplicar en la realidad social y laboral de nuestro país es necesario que éste sea aplicable a cualquier en cualquier tipo de empresa y sobre cualquier trabajador, independientemente de si nuestra vinculación con ellos es a través de un servicio de prevención propio, como de un servicio de prevención ajeno.

- Integrar la opinión de expertos españoles en cuanto a los elementos claves que debe contener un modelo aplicable a la Enfermería del Trabajo.

Para integrar estas opiniones se ha desarrollado un análisis cualitativo conocido como Teoría Fundamentada, a partir de este análisis se extraen interesantes elementos que explican la relación entre la enfermera del trabajo y el propio trabajador. Algunos de estos conceptos son: la comunicación, el respeto, la confianza, la confidencialidad, la educación para la salud, la vigilancia de la salud, la prevención de riesgos laborales, y por supuesto, la Promoción de la salud en la empresa.

5.2.- LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Las líneas de investigación que se abren para el futuro se encaminan en dos direcciones.

Por un lado, es necesario profundizar en el modelo propuesto en esta tesis, para ello conviene trabajar sobre los dos aspectos que Marriner y Alligood⁴¹ (2011) denominan Precisión Empírica y las Consecuencias Deducibles. Para esto es imprescindible una verificación en la práctica del modelo teórico elaborado.

Por otro lado, y una vez alcanzada la verificación práctica del modelo, conviene trabajar sobre el desarrollo de lenguajes enfermeros estandarizados que sirvan para evidenciar qué actuaciones realiza la enfermera del trabajo, qué objetivos tiene, y qué resultados pretende alcanzar. El desarrollo de la taxonomía enfermera ha de contemplar las conclusiones obtenidas en este trabajo, y en su posterior verificación, para a continuación, dirigir sus energías hacia el desarrollo de etiquetas diagnósticas, intervenciones y resultados enfermeros (NNN) específicos para la Enfermería Laboral que contemplen las necesidades formativas y de promoción de la salud de los trabajadores.

Se abre ante nosotros un futuro prometedor y esperanzador para la Enfermería en general, y para la Enfermería Laboral en particular. Conscientes de nuestra valía profesional y avalados por nuestra investigación científica lograremos brindar a nuestros trabajadores los cuidados que merecen.

⁴¹ Basándose en los trabajos de Chinn y Kramer (2004).

BIBLIOGRAFÍA.

- Acevedo Peña, M., Guillén Cadena, D. M., & García Zeferino, E. (2012). El Metaparadigma, una limitante para el Conocimiento de la Enfermería. *CuidArte*,1(2), 6-11.
- Ackoff, R. L. (1971). Towards a system of systems concepts. *Management Science*, 17(11), 661-671.
- Adam, E. (1991). *Être infirmiere. Un modèle conceptuel*. Montréal: Études Vivantes.
- Adam, E., & Somalo, M. E. (1982). *Hacia dónde va la enfermería*. México: Interamericana.
- Agama, A., Cruz, L., & Ostiguín, R.M. (2011). Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería. *Biblioteca Lascasas*, 7(3).
- Aggleton, P. A., & Chalmers, H. (1987). Models of nursing, nursing practice and nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 12(5), 573-581.
- Aggleton, P., & Chalmers, H. (1985). Paper delivered to royal college of nursing conference on models, reported in caution on nursing theory bandwagon. *Nursing Times*, 81(40), 8.
- Alba Rosales, M. A., Bellido Vallejo, J. C., Cárdenas Casanova, V., Ibáñez Muñoz, J., López Márquez, A., Millán Cobo, M. D., & Rodríguez Torres, M. D. C. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN.

- Alberdi, R. M., Arroyo, P., Cabedo, B., Mompert, M. O. & Segura, M. (1981). *Conceptos de enfermería*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Alfaro-LeFevre, R. (1999). *Aplicación del proceso enfermero: Guía paso a paso*. Stuart: Springer Science & Business Media.
- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier España.
- Almodóvar, A., Galiana, M., Hervás, P., Pinilla, F., De la Orden, M. V., & Día, C. I. (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: INSHT.
- Alonso, L. E., & Benito, L. E. A. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Alston, R. (1993). A future for occupational health nursing: Part 1. *Occupational Health; a Journal for Occupational Health Nurses*, 45(1),12-15.
- Alston, R. (1993). A future for occupational health nursing: Part 2. *Occupational Health-London-*, 45, 42-42
- Alston, R. (1993). A future for occupational health nursing: Part 3. *Occupational Health; a Journal for Occupational Health Nurses*, 45(3),78,80-1.
- Anadón, M. (2008). La investigación llamada cualitativa: de la dinámica de su evolución a los logros innegables y cuestionamientos presentes. *Pedagogía y saberes*, (27), 13-36. Final del formulario
- Andreu, J., García-Nieto, A. & Corbacho, A. (2007). *Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Madrid: CIS.
- Arantzamendi, M., Gordo, L. C., López-Dicastillo, O., & Vivar, C. G. (December 01, 2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index De Enfermería*, 19, 4, 283-288.
- Arino, N. S. (2003). Occupational health nursing in japan. current practice and future perspectives. *AAOHN Journal : Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 51(2), 58-64.
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. *Una reflexión en torno a su comprensión*.

Enfermería Universitaria, 8(8), 4.

- Aróstegui J. (2001). *La investigación histórica: teoría y método*. Barcelona: Crítica.
- Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en Enfermería. *Texto Contexto Enferm*, 14(4), 567-74.
- Arribas Cahá, A. A., Aréjula Torres, J. L., Borrego de la Osa, R., Domingo Blázquez, M., Morente Parra, M., & Robledo Martín, J. (2006). Valoración enfermera estandarizada: Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUDEN.
- Arribas, A.A., Amezcua, A., Hernández, M., Núñez, E. Rodríguez, A.M. (2013). *Valoración enfermera: Herramientas y técnicas sanitarias: proyecto CENES, línea de investigación de "Valoración de enfermería"*. Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado, FUDEN.
- Atkins, J., & Magnuson, N. (1990). Occupational health nursing research. June 1984 to June 1989. *AAOHN journal*, 38(12), 560-566.
- Aziz, B. (2000). The evolution of occupational health. *Nursing management*, 6(10), 6.
- Báez, J., (2007). *Investigación cualitativa*. ESIC Editorial; Madrid.
- Barnum, B. S. (1998). *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. New York: Lippincott.
- Bartolomé Pineda, A. (1988): El Dr. Oller y la enseñanza de la medicina del trabajo, *Medicina y seguridad del trabajo*, 35 (139), 8-15.
- Batey, M. V. (1977). Conceptualization: Knowledge and logic guiding empirical research. *Nursing research*, 26(5), 324-329.
- Baughn, S. L. (1977). A Nursing Theory and Model for Occupational Health Nursing. *Occup Health Nurs*, 25(1), 7-12.
- Bautista, C. N. P. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa: Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá: Manual Moderno.
- Bello, N. L. (2006). Fundamentos de enfermería. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas*, 32-5.
- Benavent, A., Ferrer, E., & Francisco, C. (2009). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

- Benavent, E., Zambrana, A. C., & Camaño, R. (1999). *Metodología en enfermería*. Valencia: Universitat de València.
- Benavent, M.A., Francisco, C., & Ferrer, E. (2001). Los modelos de cuidados. En Mompert, M.P. Ed. *Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería Siglo 21*. Valencia: DAE; 2001.
- Benavides, F. G., Rodrigo, F., Boix, P., & Alcamí, J. M. G. (2013). Salud Laboral en España: Balance de una década. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 16(3), 121-124.
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller.
- Blumer, H. & Alonso, P. R. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- Boldt, C., Grill, E., Bartholomeyczik, S., Brach, M., Rauch, A., Eriks-Hoogland, I., & Stucki, G. (2010). Combined application of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the NANDA-International Taxonomy II. *Journal of advanced nursing*, 66(8), 1885-1898.
- Borrell, F. B. (1988). *Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud*. Barcelona: Doyma.
- Brown, M. L. (1973). Trends for the future of occupational health nursing. *Occupational health nursing*, 21(8), 7.
- Brown, M. L. (1988). One hundred years of industrial or occupational health nursing in the United States. *AAOHN journal*, 36(10), 433.
- Burgel, B. J. & Childre, F. (2012). The occupational health nurse as the trusted clinician in the 21st century. *Workplace health & safety*, 60(4), 143-150.
- Burgel, B., Camp, J., & Lepping, G. (2005) *The Nurse's Contribution to the Health of the Worker*. Scientific Committee on Occupational Health Nursing. Occupational Health Nursing in 2000 - An International Perspective, Working Party Report 10, SCOHN.

-
- Burns, N., & Grove, S. K. (2004). *Investigación en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
 - Cahall, J. B. (1981). The history of occupational health nursing. *Occupational health nursing*, 29(10), 11.
 - Cano V. (2004). *Enfermería Laboral*. Jaén: Logoss.
 - Carlson, J. H., MacGuirre, A. D. y Craft, C. A. (1985). *Diagnóstico de enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámide.
 - Carmona, A. S. (1989). *El trabajo industrial en la España contemporánea, 1874-1936*. Barcelona: Anthropos Editorial.
 - Carpenito, L. J. (2003). *Diagnósticos de enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
 - Carvalho, S. R. (2010). *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças* (Vol. 163). Hucitec.
 - Castejón, E. Evaluación de riesgos. En: Ruiz-Frutos, C., Garcia, A.M, Declós, J., Benavides, F.G. (1997). *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Madrid: Elsevier.
 - Castro, J. J. (2002). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológicos*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
 - Cavanagh, S. J. (1993). *Modelo de Orem: aplicación práctica*. Barcelona: Masson.
 - Chandler, G. E. (1992). The source and process of empowerment. *Nursing Administration Quarterly*, 16(3), 65-71.
 - Chang, P.J. (1994). *Factors influencing occupational health nursing practice*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Londres.
 - Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. En Denzin, N. y Lincoln, Y. *The Sage Handbook of qualitative research*. London: SAGE.
 - Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st Century. En Denzin, N. y Lincoln, Y. *The Sage Handbook of qualitative research*. London: SAGE.
 - Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research*. London: SAGE.

- Cheung, K., Ishihara, I., Lai, G. K. & June, K. J. (2012). Challenges and opportunities for occupational health nurses in Asia. *Workplace health & safety*, 60(2), 67-75.
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*. School of Nursing Departmental Papers. Boulder, CO: Aspen Publication.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (1991). *Theory and nursing: A systematic approach*. St Louis: Mosby.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2004). *Integrated knowledge development in nursing*. St Louis: Mosby.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1987). *Theory and nursing: A systematic approach*. St. Louis: Mosby.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1999). *Theory and nursing: Integrated knowledge development*. St Louis: Mosby.
- Cibanal, J. L. & Arce, M. C. (1997). ¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente? *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (1), 25-30.
- Cibanal, J. L. (1991). *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. Barcelona: Doyma, D.L.
- Cid, P., Merino, J. M., & Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista médica de Chile*, 134(12), 1491-1499.
- Corbetta, P. (2003). *Metodologías y Técnicas de Investigación Social*, Madrid: Mc Graw Hill.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1994). Grounded theory methodology. *Handbook of qualitative research*, 273-285.
- Craw, H. & Humphries, A. (1976). Occupational health nursing in New South Wales. *Occupational health nursing*, 24(1), 19-20.
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River: Pearson Education.
- Cross, K. P. (1981). *Adults as learners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- D'Antonio, P. (1997). Toward a history of research in nursing. *Nursing research*, 46(2), 105-110.

-
- Davidson, P., Halcomb, E., Hickman, L., Phillips, J., & Graham, B. (2006). Beyond the rhetoric: what do we mean by a 'model of care'?
 - Dávila, A. (1994). Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las Ciencias Sociales: debate teórico e implicaciones praxeológicas. En Delgado, J.M., & Gutiérrez, J. (Coord.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*, Madrid: Síntesis.
 - Davis, S. (1985). Occupational health nursing--a twofold challenge. *Occupational health nursing*, 33(1), 27-30.
 - De Castro, A. B., Agnew, J., & Fitzgerald, S. T. (2004). Emotional labor: relevant theory for occupational health practice in post-industrial America. *AAOHN journal*, 52(3), 109-115.
 - De Helsinki, D. (1964). Asociación Médica Mundial. *Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos*. Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. Helsinki, Finlandia.
 - De la Cuesta Benjumea, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado: un estudio cualitativo de pacientes con demencia. *Revista Rol de Enfermería*, 27(12), 843-850.
 - De la Cuesta Benjumea, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, 20(2), 136-140.
 - De la Torre, G., Di Carlo, E., Santana, A.F., Carvajal, H.O., Vega, C.R., Herrero, P.R., & Torres, J. T. (2004). Teoría fundamentada o grounded theory. *Métodos de Investigación*. Madrid; UAM.
 - De Landsheere, O. (1994). "La etnometodología, vía privilegiada de la investigación sobre la educación personalizada". En: García-Hoz, V. *Problemas y métodos de investigación en educación personalizada*. Rialp: Madrid.
 - Dees, J. (1984). Conceptual model for nursing practice in occupational health. *Occupational health nursing*, 32(3), 137.
 - Delgado, E. B. (2001). *La revisión sistemática de la evidencia científica*. Valencia: EVES.
 - Dempsey, C. R. (1943). The industrial nurse. *Clinics*, 2(3), 521.
 - Doblaz, J. L. & Martínez, M. S. (2005). Herramientas para el trabajo

sociológico. En *Leer la sociedad: una introducción a la sociología general*, Madrid: Tecnos.

- Donabedian, A. (1987). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 25(1), 173-192.
- Donahue, P. (1993). *Enfermería. Una historia ilustrada*. St Louis: Mosby.
- Donnelly, E. (2001). An assessment of nursing theories as guides to scientific inquiry. En: Chaska, L.N. *The nursing profession: Tomorrow and beyond*. 331 – 344. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Durán de Villalobos, M.M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichán*, 2(1), 7-18.
- Durán de Villalobos, M.M. (2007). Teoría de enfermería: ¿un camino de herradura? *Aquichán*, 7(2), 161-173.
- Edelman, C. L., Mandle, C. L., & Kudzma, E. C. (2013). *Health promotion throughout the life span*. St Louis: Mosby.
- Eduardo, B. (1998). La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. *Significado y Medida*. Barcelona: Ariel.
- Ekeberg, C., Lagerström, M. & Lützén, K. (1997). Empowerment and occupational health nursing. A conceptual framework for reducing role ambiguity and facilitating client empowerment. *AAOHN journal*, 45(7), 342.
- Ellis, R. (1968). Characteristics of significant theories. *Nursing Research*, 17(3), 217-222.
- Estany, A. (1993). *Introducción a la filosofía de la ciencia*, Barcelona: Critica.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2012). *Quinta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (EWCS)*. Luxemburgo: Publications Office.
- Fawcett, J. (1984). *Analysis and evaluation of conceptual models*. Philadelphia: Davis.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 77-87.

-
- Fawcett, J. (1997). Conceptual models of nursing, nursing theories, and nursing practice: Focus on the future. En Alligood, M.R., Marriner, A. *Nursing Theory: Utilization & Application*. St Louis: Mosby.
 - Fawcett, J. (2000). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories*. Philadelphia: Davis.
 - Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. FA Davis.
 - Felton, J. S. (1985). The genesis of American occupational health nursing. Part I. *Occupational health nursing*, 33(12), 615-621.
 - Felton, J. S. (1986). The genesis of American occupational health nursing. Part II. *AAOHN journal*, 34(1), 31-35.
 - Fernández Ferrín, C., & Martí, G. N. (1993). *El proceso de atención de enfermería*. Barcelona: Masson.
 - Fernández, C., Garrido, M., Santo, M., & Serrano, M. (2004). *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson.
 - Finkel, L., Contreras, P. P., & Baer, A. (2008). La entrevista abierta en investigación social: trayectorias profesionales de ex deportistas de élite. En Gordo, A., Serrano, A. *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*, Portugal: Pearson Educación.
 - Fitzpatrick, J.J., & Whall, A.L. (1989). *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. London: Appleton & Lange.
 - Flanagan, J., & Jones, D. (2009). High-Frequency Nursing Diagnoses Following Same-Day Knee Arthroscopy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(2), 89-95.
 - Ford, L.C. (1973). Opportunities and obstacles in occupational health nursing. *Occupational health nursing*, 21(7), 9.
 - Frechoso, C., Ínsua, C.M., & Velázquez M. (2014). Revisión de los patrones funcionales de Gordon para configurar un método de valoración enfermera en la vigilancia de la salud de los trabajadores [Artículo inédito]. Complejo Asistencia Universitario de León (CAULE).
 - Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.

- Gifford, A. J. & Kimbro, C. D. (1984). A management model for occupational health nursing practice. *Occupational health nursing*, 32(1), 39-43.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery grounded theory: strategies for qualitative inquiry*. Chicago.: Aldin.
- Glaser, B. (1992). *Emergence vs forcing: Basics of grounded theory analysis*. Mill valley, CA: Sociology Press.
- Glass, J.L. (1992). La teoría de Enfermería de Levine. Una crítica. En: *Modelos conceptuales de Enfermería*. Riehl-Sisca, J. Barcelona: Doyma.
- Gómez Salgado, J. (2010). *Vigilancia individual de la salud*. Madrid: FUDEN.
- González-Navarro, S. (2014). ¿Cómo conciben los profesionales de enfermería el trabajo en equipo en las unidades de hospitalización? *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 11(45), 14.
- Gordon, M. (1996). *Diagnóstico enfermero: Proceso y aplicación*. Madrid: Doyma.
- Gordon, M. (2003). Manual de diagnósticos enfermeros. *Manual de diagnósticos enfermeros*. Madrid: Elsevier España.
- Grainger, L. & Mitchell, K. (2003). Occupational health nursing in South Africa. Enhancing international perspectives. *AAOHN journal*, 51(2), 72-78.
- Graziani, C. (1996). Defining "effectiveness" in health development. *Synergy: Canadian Initiatives for International Health*. 8 (3), 1, 5.
- Greenhill, S. (2002). The Challenge and Scope of Occupational Health Nursing. *AAOHN journal*, 50(5), 207-208.
- Gries, M. W. (1980). Continuing education and occupational health nursing: a value analysis. *Occupational health nursing*, 28(11), 13-17.
- Griffith, J. W. & Christensen, P. J. (1986). *Proceso de atención de enfermería: aplicación de teorías, guías y modelos*. México: El Manual Moderno.
- Griffiths L. (2005). Times of need. *Occup Health*, 57(11)24-25.
- Gupta S. C. (1970). *Fundamentals of automatic control*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Gutierrez, C., Jimenez, C., & Corregidor, A. I. (2007). *El equipo interdisciplinar. Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: SEGG.

-
- Hall, A. D., & Fagen, R. E. (1956). Definition of system. *General systems*, 1(1), 18-28.
 - Hannigan, L. J. (1984). Occupational health nursing practice: a state of the art. *Occupational health nursing*, 32(1), 17.
 - Hardy, M. E. (1978). Perspectives on nursing theory. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 37-48.
 - Harrison, C., Harriss, A., & Maw, J. (2005). Occupational health nursing in the United Kingdom: exploring the world through international occupational health programs. *AAOHN journal*, 53(5), 202-208.
 - Hawking, S. W. (1988). *A brief history of time*. New York: Bantam.
 - Hernández Martín, F. (2008). Historiografía de la Enfermería en España: la historia de una pequeña-gran familia. *Cultura de los cuidados*, 24(2), 35-39.
 - Hernández Sampieri, R. (2007). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
 - Hernández, J. M., De Maya, B., Díaz, A., & Giménez, M. (2010). *Fundamentos Teóricos de Enfermería. Teorías y Modelos*. Murcia: DM-Librero Editor.
 - Hernández, J., & Esteban, M. (1999). *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método*. México: Mc Graw-Hill.
 - Hernández, J., Herrera, L., Martínez, R., Páez, J., & Páez, M. (2011). *Teoría fundamentada*. Puerto Ordaz: Universidad de Zulia.
 - Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Diseños del proceso de investigación cualitativa. Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
 - Hickman, J. S. (2002). An introduction to nursing theory. En: George, J. B. *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
 - Higgins, P. A., & Shirley, M. M. (2000). Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing Outlook*, 48(4), 179-183.
 - Horan S. (2009). The more things change. *Occup Health* 2009;61(5)16-16.
 - Huber, D. (1999). *Liderazgo y administración en enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana.
 - Instituto Nacional de Estadística (2014). Directorio Central de Empresas.

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (España). (2011). VII Encuesta nacional de condiciones de trabajo. Madrid: INSHT.
- Javid, L. B., & Lester, M. M. (1983). Occupational health nursing: a model for practice. *Occupational health nursing*, 31(3), 38.
- Jensen, S. (2012). *Valoración de la salud en enfermería: Una guía para la práctica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.
- June, K. J., Hong, O., & Cho, T. R. (2003). Occupational health nursing practice, education, and research in Korea. An international update. *AAOHN journal*, 51(2), 65-71.
- Kalisch, P. A., & Kalisch, B.J. (2003). *American nursing: A history*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keller, M. J. (1970). An overview of occupational health nursing in an era of change. *Occupational health nursing*, 18(4), 19.
- Kemmis, S., & MacTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kershaw, B., Salvage, J., Vilagrasa, P., & Luis, M. T. (1988). *Modelos de enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Kieffer, C. H. (1983). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3, 1983-1984.
- Komulainen, P. (1993). Occupational health nursing in Finland. *AAOHN journal*, 41(3), 130-135.
- Kozier, B., Berman, A., Snyder, S.J. & Erb, G.L. (2008). *Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y prácticas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Kuerten, P., & Lenise, M. (2008). Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo?. *INDEX de Enfermería*, 17(2), 128-132.
- Kuhn, T. S. & Mari, A. B. (1992). *Que son las revoluciones científicas y otros ensayos*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Kuhn, T. S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Leddy, S., & Pepper, J. M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería*

profesional. Nueva York: OPS.

- Lenz , E. R. (1998). Role of middle range theory for nursing research and practice. Part 1. Nursing research. *Nursing Leadership Forum*, 3 (1), 24-33.
- Lenz, E. R., Suppe, F., Gift, A. G., Pugh, L. C., & Miligan, R. A. (1995). Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 1-13.
- Lepping, G. (1985). Mentorship in occupational health nursing. *Occupational health nursing*, 33(11), 547.
- Liehr , P. , & Smith, M. J. (1999). Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium . *Advances in Nursing Science*, 21 (4), 81– 91.
- López-Parra, M., Santos-Ruiz, S., Varez-Peláez, S., Abril-Sabater, D., Rocabert-Luque, M., Ruiz-Muñoz, M., & Mañé-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218-221.
- Lundberg, G. E. (1992). Occupational health nursing: a theoretical model. *AAOHN journal*, 40(11), 538-544.
- Lunney, M. (2009). Valoración, juicio clínico y diagnósticos enfermeros: cómo determinar los diagnósticos adecuados. En: *Nanda International: Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.
- Maanen, J. V. (1988). *Tales of the field: On writing ethnography*. Chicago Guides to Writing, Editing, and Publishing.
- Maciag, M. E. (1993). Occupational health nursing in the 1990s: a different model of practice. *AAOHN journal*, 41(1), 39-45.
- Marjory, G. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Marriner, A. (1989). *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis: Mosby.
- Marriner, A. (2009). *Guía de gestión y dirección de enfermería*. Amsterdam: Elsevier.
- Marriner, A., & Alligood, M. R. (1999). *Modelos y teorías en Enfermería*. Madrid: Harcourt Brace.

- Marriner, A., & Alligood, M. R. (2011). Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier.
- Marriner, A., & Alligood, M. R. (2015). Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier.
- McAbee, R. (1991). Occupational stress and burnout in the nursing profession. A model for prevention. *AAOHN journal*, 39(12), 568-575.
- McBain, M. (2006). This year's model. *Occup Health*, 58(3), 16-19.
- McCauley, L. A. (2012). Research to practice in occupational health nursing. *Workplace health & safety*, 60(4), 183-189.
- McCullagh, M. C. (2012). Occupational health nursing education for the 21st century. *Workplace health & safety*, 60(4), 167-176.
- McFarlane, J. (1988). Importancia de los modelos para el cuidado. En: Kershaw, B. *Modelos de Enfermería*. Barcelona: Doyma.
- McGee, M. (1995). Implications for use of the Neuman systems model in occupational health nursing. En: Neuman, B. *The Neuman System Model*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- McKenna, H. (1997). Nursing theories and models. London: Routledge.
- Meleis, A. I. (1985). Theoretical nursing: development and progress. *AJN The American Journal of Nursing*, 85(12), 1350.
- Meleis, A. I. (1997). Theoretical nursing: Development and progress. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- Merton, R. K. (1968) "On sociological theories of the middle-range". In *Social theory and social structure*, New York; Free Press.
- Migliozzi, A.A. (1990). Developing quality assurance programs in the occupational health setting. *AAOHN journal*, 38(3), 101-104.
- Montañés, M. (2009). *Metodología y técnica participativa. Teoría y práctica de una estrategia de investigación participativa*, Barcelona: UOC.
- Montero, M. (2002). Sobre la noción de paradigma. *Paradigmas y Diseños de la Investigación Cualitativa en Salud, Una Antología Iberoamericana*, 233-248.
- Moreno, A. (2014). Historia de la Enfermería del Trabajo en el S.XIX y la 1ª mitad del S.XX. *Enfermería del Trabajo*, 4(1), 14-19.
- Moreno, A. Meneses, A., & Hernández, M. (2012). Plan de cuidados en un

- paciente con asma laboral (III): Paciente con incapacidad permanente total. *Enfermería del Trabajo*, 2(4), 278-283.
- Morris, L. I. (1985). A conceptual model for occupational health nursing practice. *Occupational health nursing*, 33(2), 66-70.
 - Morse, J. (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
 - Morse, J. (2003). Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En: Morse J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia
 - Morse, J. M. (1994). *Critical issues in qualitative research methods*. Sage.
 - Morse, J. M. (2009). *Developing grounded theory: The second generation*. Walnut Creek, Calif: Left Coast Press.
 - Moya, E. (2008). La Enfermería del trabajo en España desde su reconocimiento formal. En: Ruiz Frutos, C. *Fundamentos de la Enfermería del Trabajo*. Madrid: Enfo Ediciones.
 - Munhall P.L. (2001). *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. Boston: Jones & Bartlett.
 - Muñoz Sánchez, A. I. (2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: teoría y realidad. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(220), 220-225.
 - Murphy, L. R. (1999). Organizaciones laborales saludables: Agenda de investigación. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(2), 223-235.
 - Nelson, M. J. (1992). Utilización de los modelos conceptuales en el servicio de Enfermería. En: Riehl-Sisca, J. *Modelos conceptuales de Enfermería*. Barcelona: Doyma.
 - Neuman, B. (1980). The Betty Neuman health care systems model: A total person approach to patient problems. *Conceptual models for nursing practice*, 119-134.
 - Nistal, J. M. S. (1993). Problemas y soluciones para la búsqueda de información bibliográfica en la investigación histórica. En: *Problemas actuales de la historia*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
 - Noel, D. L. (2010). Occupational health nursing practice through the

Human Caring lens. *AAOHN journal*, 58(1), 17-24.

- Oakley, K. (2011). Focus on Occupational health nursing in Europe. *Occup Health*, 63(8), 22-24.
- O'Brien, S. (1995). Occupational health nursing roles: future challenges and opportunities. *AAOHN journal*, 43(3), 148-52.
- Olson, D. K. (1987). Framework for tomorrow. The future of occupational health nursing. *AAOHN journal*, 35(11), 501.
- Olson, D. K., Cohn, S., & Carlson, V. (2000). Technology enhanced learning for occupational and environmental health nursing: a global imperative. *AAOHN journal*, 48(4), 175.
- Olson, D. K., Kochevar, L., & McGovern, P. (1997). Form follows function. Occupational health nursing as a member of the management team. *AAOHN journal*, 45(4), 161-169.
- Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
- O'Reilly, S. (2009). Next generation OH. *Occup Health*, 61(12), 40-42.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Madrid: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Parent-Thirion, A. (2012). *5th european working conditions survey: Overview report*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Parker-Conrad, J. E. (2002). A century of practice. Occupational health nursing. 1988. *AAOHN journal*, 50(12), 537-541.
- Parrish, R. S., & Allred, R. H. (1995). Theories and trends in occupational health nursing: prevention and social change. *AAOHN journal*, 43(10), 514-521.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
- Pearson, A. (1988). Modelos de Enfermería y equipo de trabajo multidisciplinario. En: Kershaw, B. *Modelos de Enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice* (1st ed.). Norwalk, CT: Appleton CenturyCrofts.

-
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
 - Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 52(6), 765.
 - Pérez-Cañaveras, R. M. (2007). Modelos y metodología de los cuidados enfermeros. En: Berenguer, J., & Quiles, C. *Actualización en técnicas, procedimientos, cuidados y normativa para Enfermería en el ámbito hospitalario y de atención primaria*. Valencia: CECOCA.
 - Pérez-Cañaveras, R. M., & Juan Herrero, J. D. (1994). Importancia de las asignaturas y materias del curriculum en la formación de los Profesionales de Enfermería, *Enferm Científica*, 142, 69-72.
 - Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2013). *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
 - Phaneuf, M. C. (1980). The Catherine R. Dempsey Memorial Lecture. Occupational health nursing: a perspective for 1980. *Occupational health nursing*, 28(7), 9-13.
 - Phillips, K. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner, A & Alligood, M. R., *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
 - Poletti, R. A. (1980). *Cuidados en Enfermería actual: tendencias y conceptos actuales*. Barcelona: Rol.
 - Prellezo, J. M., & García, J. M. (2003). *Investigar: Metodología y técnicas del trabajo científico*. Madrid: CCS.
 - Pujadas, J. J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
 - Randolph, S. A. (1988). Occupational health nursing: a commitment to excellence. *AAOHN journal*, 36(4), 166-169.
 - Randolph, S. A. (2012). Scientific committee on occupational health nursing: past and present. *Workplace health & safety*, 60(2), 59-62.
 - Rasmor, M. & Brown, C. (2001). Health assessment for the occupational and environmental health nurse. Skills update. *AAOHN journal*, 49(7), 347-57.
 - Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid:

Espasa.

- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española.
- Reilly, D. E. (1975). Why A Conceptual Framework? *Nursing outlook*, 23(9), 566-9.
- Restrepo, J. H. B., & Mejía, J. M. M. (2005). *Fundamentos de salud pública*. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Reyes, J. F. (2013). 7 pasos hacia el éxito en su programa de promoción de la salud en el trabajo. *Revista Enfermería del Trabajo*, 3(3), 113-117.
- Rico, C., Domingo, M. (2007). Investigación y sus métodos. En Actualización en técnicas, procedimientos, cuidados y normativa para enfermería en el ámbito hospitalario y de atención primaria. Alicante: CECOVA.
- Riehl Sisca, J. (1992). *Modelos conceptuales de Enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Robles, J.A., Hernández, M. & Novos, M. La Historia de la Enfermería del Trabajo desde la OSME hasta nuestros días. *Enfermería del Trabajo*, 4(1), 20-40.
- Rodrigo, M. T., Navarro, M. V., & Fernández-Ferrín, C. (1998). De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez, J. M. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de Investigación Silogismo*, 1(08).
- Rodríguez-Martínez, P. (2009). *La teoría fundamentada: un plan metodológico para respetar la naturaleza del mundo empírico*. Praxis Sociológica, (13): 137-172.
- Rogers, B. (1988). Perspectives in occupational health nursing. *AAOHN journal*, 36(4), 151.
- Rogers, B. (1989). Establishing research priorities in occupational health nursing. *AAOHN journal*, 37(12), 493-500.
- Rogers, B. (1994). *Occupational health nursing: Concepts and practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.

-
- Rogers, B. (1998). Occupational health nursing expertise. *AAOHN journal*, 46(10), 477-483.
 - Rogers, C. (1968). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
 - Rossi, K., Heinonen, K., & Heikkinen, M. R. (2000). Factors affecting the work of an occupational health nurse. *Occupational Medicine*, 50(5), 369-372.
 - Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
 - Roy, D. R. (1997). Consulting in occupational health nursing. An overview. *AAOHN journal*, 45(1), 8-14.
 - Ruiz, C., Gómez, J., & Malagón, J. (2008). *Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, Fundamentos de la Enfermería del Trabajo*. Madrid: EnfoEdiciones.
 - Ryans, D. G. (1960). *Characteristics of teachers, their description, comparison, and appraisal: A research study*. Washington: American Council on Education.
 - Saller, D. M. (1976). Occupational health nursing of the future. *Occupational health nursing*, 24(11), 24-26.
 - Salmon, M. (1982). Construct for public health nursing. *Nursing outlook*, 30(9), 527.
 - Sandoval, C.A. (1997). *Investigación cualitativa*. Santafé de Bogotá: Icfes.
 - Sanford, R. C. (2000). Caring through relation and dialogue: A nursing perspective for patient education. *Advances in Nursing Science*, 22 (3), 1-15.
 - Santos, A., Arévalo, G., & García, B. (2014). Orígenes de la Enfermería del Trabajo. *Enfermería del Trabajo*, 4(1), 5-13.
 - Santos, S., López, M., Varez, S., & Abril, D. (2008). Aplicabilidad de modelos y teorías de Enfermería en la realidad asistencial: perspectiva profesional. Resultados primera fase. *Metas de enfermería*, 11(6), 50-57.
 - Sheehan, C. A. (2006). *Pender's health promotion model*. En: Fitzpatrick, J. J., & Wallace, M. (2006). *Encyclopedia of nursing research*. Nueva York. Springer Publishing Company.
 - Siles, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España: Perspectiva*

histórica y epistemológica. Valencia: CECOVA.

- Siles, J. (1997). Epistemología y Enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enferm Clin*, 7, 188-194.
- Skillen, D. L., Anderson, M. C., Seglie, J., & Gilbert, J. (2002). Toward a model for effectiveness. What Alberta occupational health nurses think. *AAOHN journal*, 50(2), 75-82.
- Slagle, M. W., Sun, S. M., & Mathis, M. G. (1998). A conceptual model of occupational health nursing. The resource model. *AAOHN journal*, 46(3), 121-126.
- Solanes, A., & Martín del Río, B. Organizaciones Saludables. En: Carrión, L., López, F. & Tous, J. (2007). *Organizaciones Saludables. Colección de Psicología de la Salud Ocupacional*. Barcelona: AEPA.
- Solé, M. D., Piqué, T., & Bultó, M. (1998). La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. NTP, 471.
- Spector, R. E., & Muñoz, R. M. J. (2003). *Las Culturas de la salud*. Madrid [etc.: Prentice Hall.
- Spender, J. C. (1996). Making Knowledge the Basis of a Dynamic Theory of the Firm. *Strategic Management Journal*, 45-62.
- Stake, R. E. (1998). Investigación con estudio de casos. Ediciones Morata.
- Staun, J. M. (2012). Occupational health nursing and the European dimension. *Workplace health & safety*, 60(3), 122..
- Stevens, B. J. (1994). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Suppe, F. (1996). Middle range theory: Nursing theory and knowledge development . Paper presented at the Proceedings of the Sixth Rosemary Ellis Scholars' Retreat, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, Cleveland, OH .
- Tenney, R. R. (1981). Research directions in large scale systems and decentralized control. En *NASA Conference Publication* (Vol. 2180, p. 93).

The role of the occupational health nurse in workplace health management. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe..

- Thompson, M. (1986). Role enactment: a model for pre-retirement planning. *AAOHN journal*, 34(5), 221.
- Thompson, M. C., & Wachs, J. E. (2012). Occupational health nursing in the United States. *Workplace health & safety*, 60(3), 127-33.
- Tinkham, C. W. (1977). The Catherine R. Dempsey Memorial Lecture. Occupational health nursing in the 1980s. *Occupational health nursing*, 25(6), 7-13.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. (2006). *Nursing theory utilization and application*. St.Louis: Elsevier.
- Travers, P. K. (1986). Application of toxicological concepts to the occupational history. *AAOHN journal*, 34(11), 524.
- Trinidad, A., & Jaime, A. M. (2007). Meta-Análisis de la investigación cualitativa. El caso de la evaluación del Plan Nacional de Evaluación y Calidad Universitaria en España. *Revista Internacional de Sociología*, 65(47), 45-71.
- Trinidad, A., Ayuso, L., Gallego, D., & García, J. M. (2003). La evaluación del Plan Nacional de Evaluación y Calidad Universitaria desde la Grounded Theory. *Papers. Sociología*, (70), 83-113.
- Trinidad, A., Carrero, V., & Soriano, R. M. (2006). *Teoría fundamentada "grounded theory": La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid: Síntesis.
- Van Dorpe, F. M. (1981). Occupational health nursing in The Netherlands. *Occupational health nursing*, 29(5), 24-27.
- Vega, O.M. (2006). Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 3(3), 53-68.

- Verrall, A. B. (1997). Certification and occupational health nursing. An historical perspective. *AAOHN journal*, 45(6), 283-289.
- Walker, L. A different approach. *Occup Health* 2004;56(3)18-20.
- Ward, J. A., Beaton, R. D., Bruck, A. M., & De Castro, A. B. (2011). Promoting Occupational Health Nursing Training: An Educational Outreach With a Blended Model of Distance and Traditional Learning Approaches. *AAOHN Journal*, 59(9), 401.
- Wassel, M. L. (1995). Occupational health nursing and the advent of managed care: meeting the challenges of the current health care environment. *AAOHN journal*, 43(1), 23-28.
- West, B.J.M., McBain, M., Macduff, C., & Lyon, M. (2001). Occupational Health Nursing in Scotland: scope of practice and future continuing professional development. *Research report submitted to the National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting Scotland*.
- Widtfeldt, A. K. (1992). Quality and quality improvement in occupational health nursing. *AAOHN journal*, 40(7), 326-332.
- Wilkinson, W. E. (1990). A conceptual model of occupational health nursing. *AAOHN journal*, 38(2), 73-77.
- Wircenski, M. (2006). *A study of the relationship between work experience and occupational work ethic characteristics of baccalaureate nursing students*. Denton, Tex.: University of North Texas.
- Yoo, K. H., & Ashworth, P. M. & Boore, J. R. P. (1993). Expectation and evaluation of occupational health nursing services, as perceived by occupational health nurses, employees and employers in the United Kingdom. *Journal of advanced nursing*, 18(5), 826-837.

ANEXOS.

Anexo 1. Competencias profesionales, actividades y tareas de la Enfermería del Trabajo según González (2005).

VIGILANCIA DE LA SALUD.

Actividades:

- Conocimiento de los puestos de trabajo y su entorno.
- Examen de salud programado.
- Instaurar actuaciones basadas en la evidencia científica.
- Sistematizar la vigilancia de la salud en función de los riesgos laborales.
- Vigilancia específica a los trabajadores especialmente sensibles.
- Valorar la relación carga física y mental del trabajo.
- Evaluación de los efectos de los agentes físicos, químicos y biológicos sobre la salud de los trabajadores.
- Prevención de accidentes e incidentes de trabajo.

Tareas:

- Recogida inicial de datos: antecedentes personales, laborales, etc.
- Exploraciones instrumentales: peso, talla, pulso, presión arterial, recogida de muestras biológicas, audiometría (otoscopia previa), dinamometría, espirometría, control de la visión, electrocardiograma, dermorreacciones...
- Complimentar y actualizar la historia clínico-laboral.
- Explicación personalizada de los objetivos de la vigilancia de la salud y métodos empleados.
- Comunicación personalizada de los resultados de la vigilancia de la salud.
- Registro de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Seguimiento de la IT investigando posibles causas de origen laboral.
- Registro e investigación de las ausencias por motivos de salud.
- Visitar los puestos de trabajo.

ASISTENCIA SANITARIA

Actividades:

- Consulta de enfermería a demanda y programada.
- Asistencia en caso de primeros auxilios y situaciones de emergencia.
- Proporcionar cuidados de enfermería según protocolos.

- Seguimiento de lesiones y accidentes laborales.
- Establecer diagnósticos de enfermería.
- Interactuar con el sistema público de salud.
- Colaborar en la rehabilitación y readaptación laboral del trabajador.

Tareas:

- Proporcionar cuidados y técnicas de enfermería (extracción cuerpos extraños, curas, vendajes, inmovilizaciones, suturas, masajes, tratamiento con agentes físicos: frío, calor, infrarrojos...).
- Administración de fármacos.
- Derivación del trabajador al médico del trabajo u otro profesional sanitario.
- Registrar la actividad asistencial.
- Instalar o equipar botiquines.
- Tratar las secuelas derivadas de las enfermedades profesionales o accidentes laborales.

PREVENCIÓN

Actividades:

- Participar en la evaluación de riesgos.
- Evaluación higiénico-sanitaria en los puestos de trabajo e instalaciones.
- Información preventiva sobre la patología laboral relacionada con los factores de riesgo.
- Evaluación de la efectividad de las medidas correctoras instauradas.
- Adaptación a las tareas de los trabajadores especialmente sensibles.
- Asesorar a la organización en materia de prevención de riesgos laborales.
- Investigación de incidentes, accidentes y enfermedades profesionales.
- Ser ejemplo de actuación profesional en materia de riesgos laborales.

Tareas:

- Diseñar campañas informativas, impartir actividades formativas, y promover conductas seguras ante los riesgos laborales.
- Identificar y actuar preventivamente sobre los riesgos biológicos, higiénicos, físicos, químicos, psicosociales y de seguridad.
- Realizar campañas de vacunación de enfermedades laborales.
- Colaboración activa en el control de riesgos laborales.

- Gestión y asesoramiento en la utilización de los equipos de protección individual y colectiva.
- Valoración higiénico-sanitaria, orden y limpieza de instalaciones y puestos de trabajo, e impartir formación específica en función de las necesidades detectadas.
- Análisis de condiciones higiénicas de salubridad de espacios comunes de trabajo e instalaciones generales (comedores, vestuarios, servicios higiénicos y zonas de descanso, torres de refrigeración, agua potable, etc.).

EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Actividades:

- Información y formación relativa a las conductas de riesgo en el ámbito laboral y extralaboral.
- Involucrar a los trabajadores como protagonistas de su salud.
- Fomentar una cultura preventiva en la organización.
- Participar en programas de salud organizados por las instituciones o autoridades sanitarias.
- Diseño e implantación de programas en relación a conductas de riesgo y hábitos de vida saludables.
- Formación de trabajadores ante riesgos laborales específicos.

Tareas:

- Realizar campañas informativas sobre enfermedades prevalentes entre la población laboral.
- Diseñar, elaborar y divulgar información sobre hábitos de vida saludables.
- Utilizar el consejo terapéutico para fomentar conductas y hábitos saludables.
- Realizar campañas de vacunación de enfermedades comunes.
- Impartir formación en relación a conductas de riesgo laboral y extralaboral.

FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN

Actividades:

- Formación continuada en todas las áreas de conocimiento que consoliden y aumenten nuestras competencias profesionales.

- Realizar o colaborar en estudios epidemiológicos.
- Asistencia a cursos de formación continuada.

Tareas:

- Búsqueda y análisis de documentación científica actualizada.
- Docencia en cursos de enfermería del trabajo y salud laboral.
- Actualización formativa en materia preventiva sobre patología laboral, riesgos específicos y su prevención.
- Actualización formativa específica acorde con la valoración higiénico-sanitaria del puesto de trabajo e instalaciones.
- Actualización formativa sobre primeros auxilios, higiene básica, higiene postural, hábitos saludables, etc.
- Actualización en el conocimiento de la normativa legal para su aplicación en la actividad profesional.
- Difundir adecuadamente los resultados y conclusiones de los estudios epidemiológicos.
- Participar en grupos profesionales de trabajo creando talleres específicos.

GESTIÓN

Actividades:

- Planificación consensuada de las actividades de la Unidad Básica de Salud (UBS).
- Gestión de los recursos materiales e instalaciones de la UBS.
- Gestión económico-administrativa de la UBS.
- Custodia de la documentación y datos recogidos en la UBS.
- Gestión de la documentación sobre normativa legal y relativa a la salud laboral.
- Interrelación de la unidad básica de salud con el resto del servicio de prevención de la empresa.
- Basar la práctica profesional en principios deontológicos de respeto, confidencialidad, dignidad y no discriminación por motivos de salud.
- Trabajar de forma integrada en el equipo multidisciplinar de prevención de riesgos laborales.
- Participar en tribunales evaluadores.

- Organización del itinerario de ejecución de las actividades planificadas de la UBS.

Tareas:

- Definir los objetivos de actuación de enfermería.
- Programar los exámenes de salud.
- Archivar y mantener las historias clínico-laborales del personal activo y pasivo.
- Registrar y procesar los datos de la vigilancia de la salud, incapacidad temporal, accidente de trabajo, enfermedad profesional e invalidez.
- Redacción conjunta de la memoria anual de actividades de la UBS.
- Comunicar los resultados y conclusiones de las actividades.
- Reponer el material sanitario.
- Participar en el Comité de Seguridad y Salud.
- Calibrado periódicamente y mantener en correctas condiciones de uso los equipos sanitarios.
- Cumplimentar documentos y formularios para la autoridad laboral y sanitaria.
- Administración de la UBS: comunicación, accesos, redacción de informes, presupuestos, facturas, etc.
- Gestión de los residuos sanitarios.

Anexo 2. Competencias profesionales, actividades y tareas de la Enfermería del Trabajo según Calderó et al. (2006).

VIGILANCIA DE LA SALUD

Actividades:

- Realizar los exámenes de salud
- Conocer los puestos de trabajo y su entorno
- Colaborar en los estudios para determinar la aptitud de los trabajadores.
- Elaborar y administrar cuestionarios y encuestas de salud
- Realizar consultas de salud a iniciativa de los trabajadores
- Participar en el registro y análisis de ausencias de trabajo por problemas de salud
- Dar recomendaciones preventivas en relación a los datos obtenidos en los exámenes de salud y en otras actividades relacionadas con la vigilancia de la salud.
- Realizar propuestas de medidas preventivas a los órganos de responsabilidad en materia de prevención.
- Obtener, registrar y analizar datos sobre la salud de los trabajadores y las condiciones de trabajo (consultas, asistencias de salud, etc.).

Tareas:

- Realizar la entrevista clínica.
- Realizar exploraciones instrumentales.
- Complimentar la parte de historia clínico-laboral correspondiente.
- Comunicar los resultados.
- Diferenciar entre resultados normales y patológicos.
- Visitar los puestos de trabajo
- Analizar de forma colectiva y epidemiológica los datos y resultados de la vigilancia de la salud.

ASISTENCIA SANITARIA

Actividades:

- Realizar curas y asistencias de enfermería individualizadas mediante un método sistemático y organizado.

- Seguimiento y evaluación de la efectividad asistencial.
- Asistencia en primeros auxilios y situaciones de emergencia.
- Atención de consultas a demanda.

Tareas:

- Dar cuidados de enfermería (extracción de cuerpos extraños, inmovilización, suturas, limpieza, etc.).
- Administración de medicación por vía parenteral, enteral, tópica u otras vías.
- Derivación al médico de la UBS o al especialista.
- Registrar la actividad asistencial.

PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

Actividades:

- Participar en la evaluación de riesgos.
- Participar en la investigación de accidentes de trabajo y otros daños a la salud.
- Verificar y controlar la implantación de medidas preventivas en relación a factores de riesgo.
- Asesorar a la organización en materia de prevención de riesgos.
- Participar en programas formativos e informativos en materia de prevención.
- Participar y colaborar en la elaboración del plan de emergencias, especialmente en la organización de primeros auxilios y su implantación.
- Participar en el análisis de las condiciones higiénico-sanitarias de los puestos de trabajo e instalaciones.
- Elaborar propuestas de adaptación de los puestos de trabajo a los trabajadores especialmente sensibles.
- Participar en el seguimiento y control de la actividad preventiva.
- Participar en la indicación de los equipos de protección individual (EPI's), así como su adaptación individual a los trabajadores, la formación sobre su uso y mantenimiento, la verificación de su uso correcto.

Tareas:

- Impartir cursos de prevención de riesgos para la salud.
- Realizar campañas informativas.

- Realizar campañas de vacunación de patología laboral.
- Colaborar en el control de los riesgos laborales.
- Dar consejos preventivos.
- Valoración sanitaria de los puestos de trabajo.
- Investigar daños a la salud derivados del trabajo.
- Visitar los puestos de trabajo.
- Participar en la evaluación de riesgos.
- Interpretación de las evaluaciones de riesgo.
- Seleccionar y proporcionar los EPI's, verificar su adaptación individual a los trabajadores, formar a los trabajadores sobre su uso y mantenimiento correcto, verificar el uso correcto de los mismos.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Actividades:

- Fomentar una cultura de salud en la organización.
- Elaborar e implantar programas en relación a conductas de riesgo y vida saludable.
- Informar y formar a los trabajadores en conductas de riesgo y malos hábitos para la salud.
- Desarrollar actividades específicas de promoción de la salud.
- Realizar educación sanitaria tanto individual como colectiva.

Tareas:

- Analizar los datos de salud de los trabajadores para determinar las necesidades de promoción de la salud.
- Impartir cursos en relación a conductas de riesgo laborales y extra-laborales (hábitos saludables).
- Realizar campañas informativas sobre patologías prevalentes: diseño, implantación y medición de los resultados.
- Elaborar el material informativo y formativo.
- Aconsejar sobre conductas y hábitos saludables.
- Realizar campañas de vacunación de patología común.

GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN

Actividades:

- Participar en la planificación consensuada de las actividades del servicio de prevención y de la UBS.
- Participar en la planificación específica en riesgos laborales.
- Custodia de datos y documentación recogidos en la UBS.
- Participar en la organización y ejecución de actividades planificadas en la UBS.
- Gestionar los recursos materiales e instalaciones de la UBS.
- Participar en la elaboración, adaptación y revisión de procedimientos y protocolos específicos.
- Participar en la elaboración de la memoria de actividad del servicio de prevención.
- Asesorar al comité de seguridad y salud.
- Gestionar los residuos sanitarios.

Tareas:

- Programar los exámenes de salud.
- Programar la atención de consultas y asistencia.
- Procesar los datos de la vigilancia de la salud e incapacidad temporal.
- Elaborar la memoria de actividades.
- Comunicar los resultados y conclusiones de las actividades.
- Gestionar el material sanitario.
- Mantenimiento y calibrado periódico de los equipos sanitarios.

FORMACIÓN Y DOCENCIA

Actividades:

- Realizar formación continuada para el desarrollo de su actividad profesional
- Impartir docencia.
- Participar en el diseño y ejecución de programas formativos, así como en la elaboración de materiales docentes, organización logística de los cursos y evaluación de resultados.

Tareas:

- Participar en cursos de formación de prevención de riesgos laborales.
- Impartir cursos de formación en prevención y promoción de la salud.
- Participar en jornadas y congresos.
- Impartir cursos teóricos y supervisar las prácticas a los alumnos que realicen la especialidad de Enfermería del Trabajo.

INVESTIGACIÓN

Actividades:

- Investigar sobre temas relacionados con la salud laboral.
- Publicar artículos de interés profesional.
- Realizar o colaborar en la elaboración de estudios epidemiológicos.

Tareas:

- Realizar búsquedas bibliográficas entre las publicaciones científicas de salud laboral.
- Desarrollar correctamente una publicación.
- Colaborar en trabajos de investigación.

Anexo 3. Teorías de rango medio de rango medio publicadas en los últimos años.

Teoría de Rango Medio	Referencia
Aspectos fisiológicos	
Dolor agudo	Good, M. A. (1998). A middle range theory of acute pain management: Use in research. <i>Nursing Outlook</i> , 46, 120–124.
Intervención terapéuticas para el dolor postquirúrgico	Auvil-Novak, S. E. (1997). A mid-range theory of chronotherapeutic intervention of postsurgical pain. <i>Nursing Research</i> , 46, 66–71.
Disnea	Gift, A. G. (1992). Dyspnea. <i>Northern Clinics of North America</i> , 25, 955–965.
Menopausia	Quinn, A. A. (1991). A theoretical model of the perimenopausal process. <i>Journal of Nurse-Midwifery</i> , 36 (1), 25–29.
Presencia y detección espacio	Orticio, L. P. (2007). Sensing presence and sensing space: A middle range theory of nursing. <i>Insight: The Journal of American Society of Ophthalmic Registered Nurses</i> , 32 (4), 7–11.
Síntomas desagradables	Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A. G., & Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptoms: An update. <i>Advances in Nursing Science</i> , 19, 14–27.
Aspectos cognitivos	
Toma de conciencia	Davidson, J. E. (2010). Facilitated sensemaking a strategy and new middle range theory to support families of intensive care unit patients. <i>Critical Care Nurse</i> , 30 (6), 28–39.
Creencias de salud	Champion, V. L. (1985). Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination. <i>Research in Nursing Health</i> , 8, 373–379.
Capital intelectual enfermero	Covell, C. L. (2008). The middle range theory of nursing intellectual capital. <i>Journal of Advanced Nursing Practice</i> , 63, 94–103.
La teoría del aprendizaje social	Bandura, A. (1986). <i>Social foundations of thought and action: A social cognitive theory</i> . Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Teoría de historia	Smith, M. J., & Liehr, P. (2005). Story theory: Advancing nursing practice scholarship. <i>Holistic Nursing Practice</i> , 19 (6), 272–276.
Aspectos emocionales	

Estrés del cuidador	Tsai, P. (2003). A middle range theory of caregiver stress. <i>Nursing Science Quarterly</i> , 16 (2), 137–145.
Dolor crónico	Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle range theory of chronic sorrow. <i>Image</i> , 30, 179–184.
Estrés crónico	Peters, R. M. (2006). The relationship of racism, chronic stress emotions, and blood pressure. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 38, 234–240.
Empatía	Olson, J., & Hanchett, E. (1997). Nurse expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle range theory. <i>Image</i> , 29, 71–76.
Cumplimiento	Kylma, J., & Vehvilainen-Julkunen, K. (1995). Hope in nursing research: A meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research on hope. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 25 (2), 364–371.
Dolor	Chapman, K. J., & Pepler, C. (1998). Coping, hope and anticipatory grief in family members with palliative home care. <i>Cancer Nursing</i> , 21 (4), 226–234.
Esperanza	Morse, J. M., & Doberneck, B. (1995). Delineating the concept of hope. <i>Image</i> , 27 (4), 277–285.
Riesgo personal	Hitchcock, J. M., & Wilson, H. S. (1992). Personal risking: Lesbian selfdisclosure of sexual orientation to professional health care providers. <i>Nursing Research</i> , 41, 178–183.
Depresión postparto	Beck, C. T. (1993). The lived experience of postpartum depression: A substantive theory of postpartum depression. <i>Nursing Research</i> , 42, 42–48.
Resistencia	Polk, L. V. (1997). Toward a middle range theory of resilience. <i>Advances in Nursing Science</i> , 19, 1–13.
Incertidumbre	Mishel, M. H. (1991). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. <i>Image</i> , 2, 256–261.
La incertidumbre de la enfermedad	Deane, K. A., & Degner, L. F. (1998). Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. <i>Cancer Nursing</i> , 21 (2), 117–126.
Aspectos sociales	
Cuidado burocrático	Ray, M. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. <i>Nursing Administrative Quarterly</i> , 13 (2), 31–42.
Cuidar a través la relación y el diálogo	Sanford, R. C. (2000). Caring through relation and dialogue: A nursing perspective for patient education. <i>Advances in Nursing Science</i> , 22 (3), 1–15.
Coerción en el desarrollo de comportamiento	Patterson, G. R. (1982). <i>Coercive family process</i> . Eugene, OR: Castalia.

Departamento (el poder del grupo)	Sieloff, C. L., & Dunn, K. (2008). Factor validation of an instrument measuring group power. <i>Journal of Nursing Measurement, 16</i> (2), 113–124.
Entrada en hogar de ancianos	Chenitz, W. C. (1983, March/April). Entry into a nursing home as status passage: A theory to guide nursing practice. <i>Geriatric Nursing, 92–97</i> .
Cuidados en el hogar	Smith, C. E., Pace, K., Kochinda, C., Kleinbeck, S., Koehler, J., & Popkess-Vawter, S. (2002). Caregiver effectiveness model evolution to a midrange theory of home care: A process for critique and replication. <i>Advances in Nursing Science, 25</i> (1), 50–64.
Humor	McCreadie, M., & Wiggins, S. (2009). Reconciling the good patient personal with problematic and non-problematic humor: A grounded theory. <i>International Journal of Nursing Studies, 46</i> , 1079–1091.
Cuidado informado	Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. <i>Image, 25</i> (4), 352–357.
Función materna	Mercer, R. T. (1986). <i>First time motherhood: Experiences from teens to forties</i> . New York: Springer.
Asociaciones de negociación	Powell-Cope, G. M. (1994). Family caregivers of people with AIDS: Negotiating partnerships with professional health care providers. <i>Nursing Research, 43</i> , 324–330.
Calidad del cuidado familiar	Phillips, L. R., & Rempusheski, V. F. (1986). Caring for the frail elderly at home: Toward a theoretical explanation of the dynamics of poor quality family caregiving. <i>Advances in Nursing Science, 8</i> (4), 62–84.
Autotrascendencia	Reed, P. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. <i>Advances in Nursing Science, 12</i> , 64–74.
Empatía Espiritual	Chism, L. A., & Magnan, M. A. (2009). The relationship of nursing students' spiritual care perspectives to their expressions of spiritual empathy. <i>Journal of Nursing Education, 48</i> , 597–605.
Sistema del superenlace	Chen, H., & Boore, J. R. P. (2007). Establishing a super-link system: Spinal cord injury rehabilitation nursing. <i>Journal of Advanced Nursing, 57</i> , 639–648.
Modelo teórico de espera	Trimm, D. R., & Sanford, J. T. (2010). The process of family waiting during surgery. <i>Journal of Family Nursing, 16</i> , 435–461.
Aspectos integrales	
Adaptación a la diabetes	Whittemore, R., & Roy, C. (2002). Adapting to diabetes

mellitus	mellitus: A theory synthesis. <i>Nursing Science Quarterly</i> , 15, 311–317.
La vulnerabilidad de adolescentes en riesgo	Cazzell, M. (2008). Linking theory, evidence, and practice in assessment of adolescent inhalant use. <i>Journal of Addictions Nursing</i> , 19 (1), 17–25.
Persistencia	Hodges, H. F., Troyan, P. J., & Keeley, A. C. (2010). Career persistence in baccalaureate-prepared acute care nurses. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 42, 83–91.
Experimentar transiciones	Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. <i>Advances in Nursing Science</i> , 23 (1), 12–28.
Promoción de la salud	Pender, N. J. (1987). <i>Health promotion in nursing practice</i> . Norwalk, CT: Saunders.
Constelación de enfermedad	Morse, J. M., & Johnson, H. K. (1991). In <i>The Illness Experience: Dimensions of Suffering</i> . Newbury Park, CA: Sage.
Modelo de interacción del cliente	Cox, C. L. (1982). An interaction model of client behavior: A theoretical prescription for nursing. <i>Advances in Nursing Science</i> , 5 (1), 41–56.
Música, estado de ánimo , y movimiento	Murrock, C. J., & Higgins, P. A. (2009). The theory of music, mood, and movement to improve health outcomes. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65, 2249–2257.
Gestión de Autocuidado para poblaciones vulnerables	Dorsey, C. J., & Murdaugh, C. L. (2003). <i>Journal of Theory Construction & Testing</i> , 7 (2), 43–49.
Manejo de los síntomas	Linder, L. (2010). Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: Implications for pediatric oncology nursing. <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i> , 6, 316–324.

Fuente: Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2013). *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Anexo 4. Declaración de Luxemburgo.



Declaración de Luxemburgo

La Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST) es aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo.

Esto se puede conseguir:

- Mejorando la organización y las condiciones de trabajo.
- Promoviendo la participación activa.
- Fomentando el desarrollo individual.

La PST es una estrategia empresarial moderna que aspira a la prevención de los riesgos profesionales (incluyendo enfermedades relacionadas con el trabajo, accidentes, lesiones, enfermedades profesionales y estrés) y a aumentar la capacidad individual de la población trabajadora para mantener su salud y calidad de vida.

La PST propugna una serie de medidas que influyen sobre la salud de los trabajadores. Éstas incluyen:

- Principios y métodos procedentes de la dirección de la empresa que reconozcan que los trabajadores son un elemento necesario en la organización y no un mero coste.
- Una cultura, con sus correspondientes principios, que incluya la participación de los trabajadores alentando su motivación y responsabilidad.

- Unos criterios de organización del trabajo que proporcionen a los trabajadores un equilibrio entre las demandas del trabajo, el control sobre el mismo, su formación y el reconocimiento social derivado.
- Una política de personal que incorpore activamente temas de promoción de la salud.
- Un servicio integrado de seguridad y salud en el trabajo.

La PST puede llegar al objetivo de "gente sana en organizaciones sanas", si se basa en las siguientes premisas:

- Todo el personal tiene que estar implicado (participación).
- La PST ha de integrarse en todas las decisiones importantes y en todas las áreas de las organizaciones (integración).
- Todas las medidas y programas han de orientarse hacia la solución de problemas: análisis de las necesidades, establecimiento de prioridades, planificación, ejecución, control y evaluaciones continuadas (proyecto de gestión).
- La PST debe incluir medidas dirigidas al individuo y al ambiente desde varios campos; combinar la estrategia de control del riesgo con la de desarrollo de factores de protección y potenciadores de la salud (integral).

Esta declaración fue asumida por todos los miembros de la Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo en la reunión mantenida en Luxemburgo los días 27 y 28 de noviembre de 1997.

Anexo 5. Guía de valoración enfermera conforme a los patrones funcionales de Marjory Gordon (2006).

Guía de valoración enfermera basada en Patrones Funcionales De Gordon	
Datos personales	
Nombre y apellidos:	Fecha de nacimiento:
DNI:	N ^a S.S:
Teléfono:	Email:
Antecedentes personales:	
Antecedentes familiares:	
Historia laboral	
Nombre de la empresa:	Antigüedad:
Puesto de trabajo actual:	
Riesgos a los que se encuentra expuesto (si los conoce):	
Número de personas a su cargo:	
Trabajos anteriores:	
Riesgos a los que ha estado expuesto:	
Valoración de Enfermería – Datos a recoger	
1. PATRÓN PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> • La percepción del cliente de su estado de salud, y la importancia que tiene para él actualmente y en su futuro. • Hábitos higiénicos: personales, vestido, vivienda, etc. • Vacunas. • Alergias. • Conductas saludables: conocimiento, interés y práctica. • Existencia o no de alteraciones de la salud: tipo, conocimientos, cuidados, disposición de mejora. • Existencia o no de hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco, otras drogas. • Accidentes laborales, de tráfico o domésticos. • Patologías crónicas y agudas que tenga la persona. • Ingresos hospitalarios: causa, tiempo, recaídas, etc. 	

- Tratamientos farmacológicos o no que tenga la persona.
- Adherencia a tratamientos farmacológicos o medidas terapéuticas.
- Automedicación.

2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Patrones de la persona en relación a alimentos: sólidos y líquidos. Tipo y cantidad de alimentos.
- Requerimientos nutricionales en base a sus necesidades metabólicas: niño, embarazada, adulto, etc.; o en base a su actividad física, trabajo, etc.
- Horario de comidas.
- Preferencias alimenticias. Alergias alimenticias.
- Suplementos nutricionales/vitamínicos.
- Posibles problemas en la ingestión, digestión, absorción, metabolismo e hidratación.
- Aspecto de la piel. Lesiones. Capacidad de cicatrización.
- Condiciones de la piel, uñas, fáneras, membrana, mucosa, dientes.
- Temperatura.
- Medidas antropométricas. Peso. Talla. IMC.

3. PATRÓN DE ELIMINACION

- La regularidad percibida por el individuo de su función excretora.
- El uso sistemático de laxantes o/y diuréticos.
- Cualquier cambio en el patrón de eliminación: tiempo, forma de excreción, cantidad o calidad de lo eliminado, olor, etc.
- Uso de dispositivos para el control de la excreción.
- Tipo de sudoración, olor, etc.
- Heridas exudativas, tipos de drenaje, etc.

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Patrón de actividad - ejercicio diario de la persona.
- Requerimiento de consumo de energía para la realización de las actividades diarias.
- Tipo, calidad, cantidad de actividad - ejercicio realizado por la persona.
- Factores que intervienen en el patrón: sistema nervioso, aparato locomotor, sistema cardiocirculatorio, etc.
- Capacidad funcional de la persona.
- Patrones de tiempo libre que suponen recreo para la persona.

5. PATRÓN DE REPOSO-SUEÑO

- Patrones de sueño, descanso y relax a lo largo de las 24 horas.
- La percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso.
- La percepción del nivel de energía.
- Ayudas para dormir: rutinas para conciliar el sueño, horas de acostarse, medicamentos utilizados para conciliar el sueño, etc.

<p>6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de los órganos de los sentidos: vista, oído, tacto, olfato y gusto. • Compensaciones o prótesis para hacer frente a los deterioros. • Descripción de habilidades cognitivas funcionales: lenguaje, memoria, coherencia, comprensión de ideas, juicio, toma de decisiones. • Ayudas para la comunicación. • Percepción y tratamiento del dolor.
<p>7. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se percibe la persona, como se define y qué actitudes tiene hacia sí misma. • Percepciones de sus capacidades: cognitivas, afectivas y físicas. • Imagen, identidad, sentido general de valía, patrón de emociones (en general). • Patrón de postura corporal y movimiento. • Contacto visual. • Patrones de voz y conversación.
<p>8. PATRÓN DE ROL- RELACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los roles que tiene la persona, y al percepción de la misma de cuáles son más importantes. • Las responsabilidades en la situación actual. • Satisfacciones o alteraciones en las relaciones familiares, laborales, sociales, etc. • Problemas percibidos por el cliente, acciones llevadas a cabo para afrontarlos y efectividad de éstas.
<p>9. PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón/es de sexualidad. • Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales. • Patrón reproductivo. • Situaciones de premenopausia y posmenopausia de la mujer. • Problemas percibidos por la persona.
<p>10. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las formas y habilidades de afrontamiento general de la persona. • Las respuestas habituales que tiene la persona ante situaciones de estrés, y formas de control de dicho estrés. • La capacidad de adaptación a los cambios. • Sistemas de apoyo familiar o de otro tipo. • La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.
<p>11. PATRON DE VALORES-CREENCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo que la persona percibe como importante en su vida. • Lo que la persona considera apropiado – correcto: lo bueno /lo malo. • Valores, creencias y expectativas relativas a la salud y a la vida. • Lo que percibe la persona como coherente o incongruente en relación a sus creencias – valores y las acciones que lleva a cabo. • Las decisiones de la persona en relación a tratamientos, prioridades de salud, forma de vida, etc. • Creencias religiosas y prácticas.

Anexo 6. Hoja de registro basada en los patrones funcionales de salud de Gordon y adaptada al medio laboral (Frechoso, Ínsua, & Velázquez, 2014).

VALORACIÓN ENFERMERA

Fecha: ____ / ____ / ____ N° Historia _____ N° D.N.I.:

N° S.Social _____

SIP _____

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: _____ Apellidos: _____

Domicilio: _____ C.P. _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

F. nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad ____ Sexo ____ Estado Civil _____

N° Hijos _____

PUESTO DE TRABAJO ACTUAL: _____

Antigüedad en el puesto: _____

PATRON 1.- PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD.

Alergias: SÍ NO / Especificar: _____

Hábitos tóxicos:

Tabaco : SÍ NO Ex – Fumador Año inicio : ____ Año fin : ____

N° cigarrillos / día ____ Años de fumador ____

Alcohol: SÍ NO Diario : Fin de semana : Vino: Cerveza:

Otros : _____

Gramos de alcohol / día : _____ Gramos de alcohol / semana : _____

Café / día : ____ Té / día ____ Bebidas cola / día _____

Otras drogas : _____

Revisiones de salud: SÍ NO / Fecha del último examen de salud: _____

Patologías: _____

Ingresos Hospitalarios: SÍ NO Motivo: _____
 Medicamentos : _____
 Adherencia al tratamiento: SÍ NO
 Vacunas actualizadas: SÍ NO / Vacunas pendientes: _____
 Conocimiento de sus riesgos laborales: SÍ NO / Accidentes laborales: SÍ NO
 Tipo: _____
 Conflictos laborales: SÍ NO Cuáles: _____
 Entorno físico adecuado: SÍ NO Problemas: _____
 Embarazo (actualmente): SÍ NO Semanas: _____ Paridad: __-__-__-__

PATRON 2.- NUTRICIONAL - METABÓLICO.

Intolerancias alimentarias: _____
 Estado nutricional: _____ Peso: _____ Talla _____ IMC _____
 Líquidos /día: _____ ml / N° Comidas /día: _____
 Hábitos regulares: SÍ NO / Alimentación adecuada: SÍ NO
 Malos hábitos: _____
 Dieta específica: SÍ NO Cuál: _____
 Temperatura corporal: _____°C / Temperatura ambiental: Adecuada Inadecuada
 Problemas / Síntomas:
 Úlceras bucales : Vómitos : Náuseas: Reflujo GE: Otros : _____
 Alteraciones piel: Prurito: Deficiente hidratación: Dermatitis: Otros : _____
 Alteraciones Función vascular : Edemas: Varices: Otros : _____

PATRÓN 3.- ELIMINACIÓN

Incontinencia fecal: SÍ NO Ostomía Tipo ostomía: _____
 Problemas colorrectales: _____
 Incontinencia urinaria: SÍ NO Tipo de incontinencia: _____
 Polaquiuria Problemas de micción Sistemas de ayuda SÍ NO Colector
 Sondaje vesical Urostomía Diuréticos
 Problemas de eliminación cutánea: SÍ NO Sudoración copiosa:

PATRON 4.- ACTIVIDAD – EJERCICIO

Síntomas respiratorios: SÍ NO Ruidos respiratorios Disnea Cianosis
 Ortopnea Tos: SÍ NO Inefectiva Apnea del sueño
 Frecuencia respiratoria: _____ TAS: _____ TAD: _____ Frecuencia cardíaca: _____
 Pulsos periféricos
 Sedentarismo: SÍ NO Problemas de salud limitantes Ejercicio físico: SÍ NO
 Paseo: Días/ semana: _____ Horas/semana: _____
 Deporte: SÍ NO Tipo: _____ Días/semana: _____ Horas/semana: _____
 Actividad física excesiva
 Incapacidad para la actividad habitual: SÍ NO Problemas de movilidad: SÍ NO
 Actividades de ocio: _____ Días/semana de ocio: _____
 Horas/semana en mantenimiento de hogar: _____ Estudiante

PATRON 5.- SUEÑO – DESCANSO

Horas de sueño: _____ Sueño regular: SÍ NO Siesta: SÍ NO
 Tiempo de siesta: _____
 Sueño reparador: SÍ NO Problemas con el sueño: SÍ NO
 Problemas de Conciliación Insomnio
 Mantenimiento Problemas psicológicos Estrés/ansiedad
 Consumo de estimulantes Fármacos para dormir: SÍ NO
 Otro tipo de ayuda: _____

PATRON 6.- COGNITIVO – PERCEPTIVO

Sentidos:
 Problemas de visión: SÍ NO Cuál: _____ Uso de gafas/ lentillas: SÍ NO
 Problemas de audición: SÍ NO Cuál: _____
 Uso de prótesis auditivas: SÍ NO Tapones de cera: SÍ NO
 Problemas de equilibrio: SÍ NO Vértigo: SÍ NO Inestabilidad: SÍ NO
 Problemas de sensitivos/ táctiles: SÍ NO Cuál: _____
 Problemas de de olfato: SÍ NO Cuál: _____
 Problemas de gusto: SÍ NO Cuál: _____
 Percepción estado físico: _____

Malestar físico: SÍ NO Altera la actividad física: SÍ NO

Dolor: SÍ NO Tipo: _____ Intensidad: _____ Localización: _____

Control del dolor: SÍ NO Cómo: _____

Funciones cognoscitivas:

Problemas con lenguaje/habla: SÍ NO Problemas con el idioma: SÍ NO

Problemas para expresar ideas: SÍ NO Problemas de memoria: SÍ NO

Dificultad en toma de decisiones: SÍ NO Dificultad para aprender: SÍ NO

Problemas de comprensión: SÍ NO Problemas de concentración: SÍ NO

Alteraciones psíquicas:

Problemas emocionales: SÍ NO Fobias, miedos: SÍ NO A qué: _____

Intranquilidad: SÍ NO Irritabilidad: SÍ NO

PATRON 7.- AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO

Personalidad:

Nervioso/ relajado (1 al 5): 1 2 3 4 5

Asertivo/ pasivo (1 al 5): 1 2 3 4 5

Fracasos, rechazos: SÍ NO Angustias: SÍ NO Ansiedad: SÍ NO

Depresión: SÍ NO Tristeza: SÍ NO Tristeza prolongada: SÍ NO

Autoestima:

Problemas de autoestima: SÍ NO Verbalizaciones autonegativas: SÍ NO

Expresiones de desesperanza: SÍ NO Expresiones de inutilidad: SÍ NO

Le preocupa lo que piensen de él: SÍ NO

Problemas con su imagen corporal: SÍ NO

Le preocupan los cambios físicos: SÍ NO

Miedo al rechazo de otros: SÍ NO

Sentimientos negativos de su cuerpo: SÍ NO

Problemas conductuales:

Deterioro de la atención: SÍ NO Desinterés, falta de motivación: SÍ NO

PATRON 8.- ROL/RELACIONES

Relaciones sociales:

Problemas en las relaciones sociales SÍ NO Tipo de relación social: _____

Relaciones sociales conflictivas SÍ NO Relaciones laborales: _____

Problemas de relación laboral SÍ NO Tipo de relación laboral: _____
 Pertenece a grupos/asociaciones SÍ NO Cuál: _____
 Conductas de abuso:
 Presencia de abuso SÍ NO Cuál: _____
 Apoyo, recursos de la persona SÍ NO

PATRON 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCION

Problema de identificación sexual: SÍ NO
 Menstruación:
 Edad menarquía: _____ Días entre ciclo menstrual: _____
 Días duración período menstrual: _____
 Síndrome premenstrual: SÍ NO Dismenorrea SÍ NO Menopausia: SÍ NO
 Edad de la menopausia: _____
 Sofocos postmenopáusicos: SÍ NO Alteraciones postmenopausia: SÍ NO
 Gestación:
 Gestaciones: SÍ NO Abortos: SÍ NO Número: _____
 Vivos: SÍ NO Número: _____
 Revisiones ginecológicas/ urológicas:
 Revisiones ginecológicas: SÍ NO Periodicidad (meses): _____
 Revisiones urológicas: SÍ NO Periodicidad (meses): _____
 Motivo: _____

PATRON 10.- ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Afrontamiento de problemas: Efectivo Inefectivo
 Estrés: SÍ NO / Agentes estresantes: _____
 Estrategias: _____
 Medicación: _____
 Rechaza / Retrasa asistencia sanitaria: SÍ NO Motivo _____
 Emociones inapropiadas:
 Hipersensibilidad : Tensión: Preocupación excesiva: Grandiosidad:
 Otros : _____
 Crisis importantes: SÍ NO Problemas de adaptación: SÍ NO

Conciliación familiar:

Alt. Conducta familiar: SÍ NO / Apoyo familiar: SÍ NO

Dependencia familiar: SÍ NO

Otros: _____

PATRON 11.- VALORES Y CREENCIAS.

Satisfacción personal: Alta Baja Planes de futuro: SÍ NO

Cosas importantes en la vida: _____

Conflictos con valores o creencias en el trabajo: SÍ NO _____

Valores / Costumbres culturales con riesgo para la salud: SÍ NO _____

Prácticas religiosas:

Tipo de religión: _____

Conflictos con religión en el trabajo: SÍ NO

Importancia (1 al 10) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Influencias de la religión en la salud: _____

Vacunas: Transfusiones: Otros: _____

Otras terapias de salud: SÍ NO / Nombres: _____

Otros: _____

Anexo 7. Posibles diagnósticos enfermeros (NANDA I) adaptados a trabajadores (Frechoso, Ínsua, & Velázquez, 2014).

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD.

- Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186).

Definición: Patrón de seguimiento de los estándares de inmunización locales, nacionales e internacionales para prevenir las enfermedades infecciosas que es suficiente para proteger a la persona, familia o comunidad y que puede ser reforzado.

Características: expresa deseos de mejorar la conducta para prevenir las enfermedades infecciosas, expresa deseos de mejorar la identificación de problemas posibles asociados con las inmunizaciones, expresa deseos de mejorar la identificación de proveedores de inmunizaciones, expresa deseos de mejorar el estado de inmunización, expresa deseos de mejorar el conocimiento sobre los estándares de inmunización.

- Gestión ineficaz de la propia salud (00078).

Definición: Regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

Factores relacionados: complejidad del sistema de cuidados de la salud, complejidad del régimen terapéutico, conflicto de decisiones, dificultades económicas, demandas excesivas sobre un individuo o familia, conflicto familiar, patrones familiares de cuidado de la salud, inadecuación del número y tipo de claves para la acción, déficit de conocimientos, falta de confianza en el régimen y/o en el personal de cuidados de la salud, percepción subjetiva de gravedad, percepción de susceptibilidad, percepción de barreras, percepción de beneficios, impotencia, déficit de soporte social.

Factores relacionados: Complejidad del sistema de cuidados de la salud, complejidad del régimen terapéutico, conflicto de decisiones, dificultades económicas, demandas excesivas, conflicto familiar, patrones familiares de cuidado de salud, inadecuación del número de claves para la acción, déficit de conocimientos, percepción de barreras, impotencia, percepción de gravedad, percepción de susceptibilidad, percepción de beneficios, déficit de soporte social.

- Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162).

Definición: Regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Características: manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas, las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos de prevención o tratamiento, describe la reducción de factores de riesgo para la progresión de la enfermedad y sus secuelas, no hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad, expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos.

- Mantenimiento ineficaz de la salud (00099).

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Factores relacionados: Deterioro cognitivo, duelo complicado, habilidades para la comunicación deficientes, disminución de las habilidades motoras finas o gruesas, incapacidad para realizar juicios apropiados, afrontamiento familiar o individual ineficaz, recursos insuficientes, falta de habilidades motoras finas o gruesas, deterioro perceptivo, sufrimiento espiritual, falta de logro de las tareas del desarrollo.

Características: falta de conocimientos sobre prácticas sanitarias básicas, incapacidad comunicada u observada para aceptar la responsabilidad para realizar las prácticas sanitarias adecuadas, interés expresado por mejorar los comportamientos sanitarios, falta comunicada u observada de recursos, trastorno comunicado u observado del sistema de soporte personal, historia de falta de conductas generadoras de salud, falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios del entorno.

- Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042).

Definición: Riesgo de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural.

Factores de riesgo: Alergia a aguacates, plátanos, castañas, kiwis, planta pontesia, frutos tropicales, antecedentes de alergia, de asma, de reacciones al látex, múltiples procedimientos quirúrgicos, profesiones que requieren una exposición diaria al látex.

- Riesgo de infección (00004).

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo: Enfermedad crónica, inmunidad adquirida inadecuada, defensas primarias inadecuadas, defensas secundarias inadecuadas, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, inmunosupresión, insuficiencia de

conocimientos para evitar exposición a agentes patógenos, malnutrición, traumatismo, destrucción tisular.

- Riesgo de caídas (00155).

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Factores de riesgo: Edad, historia de caídas, prótesis en las extremidades inferiores, uso de dispositivos de ayuda, uso de silla de ruedas, disminución del estado mental, entorno desordenado, habitación débilmente iluminada, alfombras, habitación desconocida, medicación, consumo de alcohol, anemia, artritis, diarrea, disminución en la fuerza de extremidades inferiores, dificultad en la marcha, mareos al extender o girar el cuello, problemas en los pies, dificultades auditivas, deterioro del equilibrio, deterioro de la movilidad física, incontinencia, neoplasia, enfermedad aguda, neuropatía, hipotensión ortostática, cambios en la glucemia, déficits propioceptivos, insomnio, urgencia, enfermedad vascular, dificultades visuales.

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047).

Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

Factores de riesgo:

- Externos: Sustancias químicas, humedad, hipertermia, hipotermia, factores mecánicos, hidratación, radiación.
- Internos: Cambios en la pigmentación o tensión de la piel, factores de desarrollo, estado de desequilibrio nutricional, deterioro de la circulación, deterioro del estado metabólico, deterioro de la sensibilidad, factores inmunológicos.

- Riesgo de lesión (00035).

Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Factores de riesgo:

- Externos: Biológicos, químicos, físicos, humanos, sistema de transporte, nutricionales.

- Internos: Perfil sanguíneo anormal, disfunción bioquímica, edad de desarrollo, disfunción efectora, disfunción inmune, disfunción integradora, malnutrición, físicos, psicológicos, disfunción sensorial, hipoxia tisular.

- Riesgo de traumatismo (00038).

Definición: Aumento del riesgo de lesión tisular accidental.

Factores de riesgo:

- Externos: Accesibilidad a armas de fuego, contacto con corrosivos, con frío intenso, con maquinaria que se mueve con gran rapidez, aparatos defectuosos, conducir vehículos mecánicos inseguros, a velocidad excesiva, con estado de intoxicación o sin ayudas visuales necesarias, habitaciones no iluminadas, experimentar con productos químicos, exposición a maquinaria peligrosa, enchufes eléctricos defectuosos, cables pelados, acumulación de residuos grasos en cocina, escaleras con barandillas inadecuadas, combustible almacenado de manera inadecuada, productos cáusticos almacenados inadecuadamente, cuchillos almacenados sin protección, falta de protección de fuentes de calor, uso incorrecto de casco necesario, uso incorrecto de las sujeciones en los asientos, obstrucción de los pasillos, sobreexposición a radiaciones, proximidad física a zona de paso de vehículos, suelos resbaladizos, fumar cerca de fuente de oxígeno, alfombra sin fijar al suelo, caminos poco seguros, uso de sillas inestables, uso de escaleras inestables, ropas sueltas cerca de las llamas.
- Internos: Problemas de equilibrio, dificultades cognitivas o emocionales, historia de traumatismos previos, recursos económicos insuficientes, falta de educación para seguridad, mala visión, disminución de la coordinación ojo-mano, reducción de la coordinación muscular, reducción de la sensibilidad, debilidad.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO.

- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001).

Definición: Aporte de nutrientes superior a las necesidades metabólicas.

Factores relacionados: Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

Características: peso un 10 – 20% superior al ideal para la altura y constitución,

nivel de actividad sedentario, patrones de comida disfuncionales, comer al mismo tiempo que realiza otras actividades, concentra la cantidad de alimento en una comida, concentra la toma de alimentos al final del día.

- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002).

Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Factores relacionados: Factores biológicos, económicos, psicológicos, incapacidad para digerir o absorber alimentos.

Características: pérdida de peso por ingesta inadecuada, ingesta inferior a las Raciones Diarias Recomendadas, comunicación o evidencia de falta de alimentos, dolor abdominal, con o sin condiciones patológicas, cavidad bucal ulcerada o inflamada, debilidad de los músculos necesarios para la deglución.

- Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179).

Definición: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa.

Factores de riesgo: Aporte dietética, aumento de peso, conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, embarazo, estado de salud física, estado de salud mental, estrés, falta de cumplimiento del plan terapéutico de la diabetes, manejo de la medicación, nivel de actividad física, no aceptación del diagnóstico, pérdida de peso.

- Exceso de volumen de líquidos (00026).

Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

Factores relacionados: Compromiso de los mecanismos reguladores, exceso de aporte de líquidos, exceso de aporte de sodio.

Características: Edema, diarrea, anasarca, aumento de peso, ingesta mayor que la excreta, tercer tono cardíaco, congestión pulmonar, cambio patrón respiratorio, cambios en la presión arterial pulmonar, oliguria, desasosiego, ansiedad, disnea, derrame pleural, disminución del hematocrito.

- Déficit de volumen de líquidos (00027).

Definición: disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio de nivel de sodio.

Factores relacionados: Fallo de los mecanismos reguladores, pérdida activa de

volumen de líquidos.

Características: posible aumento de peso, hipotensión, llenado venoso disminuido, disminución del volumen y del pulso, temperatura corporal aumentada, piel y mucosas secas, hemoconcentración, debilidad, edema, sed, cambio en el estado mental, disminución de la diuresis, sequedad de la piel, pérdida súbita de peso.

- Disposición para mejorar la nutrición (00163).

Definición: patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado.

Características: manifestación de deseos de mejorar la nutrición, ingestas regulares, aporte adecuado de alimentos y líquidos, seguridad en la preparación y almacenaje de los alimentos y líquidos, manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos y líquidos, seguimiento de un estándar apropiado para los aportes, aporte adecuado de líquidos, aporte adecuado de alimentos.

- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005).

Definición: Riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.

Factores de riesgo: deshidratación, exposición al frío o al calor a ambientes fríos o calientes sin las debidas precauciones, inactividad o actividad vigorosa, ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.

- Incontinencia fecal (00014).

Definición: cambio en el habito de la eliminación fecal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

Factores relacionados: estrés, factores ambientales (inodoro inaccesible...), hábitos dietéticas, lesión de los nervios motores inferiores, lesión de los nervios motores superiores, lesiones colorrectales, medicamentos, pérdida de control del esfínter rectal, vaciado intestinal incompleto, presión intraabdominal alta.

Características: emisión involuntaria de heces, olor fecal, goteo constante de heces, manchas fecales en la ropa, incapacidad para retrasar la defecación, piel perianal

enrojecida, urgencia, informes de incapacidad para notar la sensación de repleción rectal.

- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197).

Definición: Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

Factores de riesgo: agentes farmacológicos (antibióticos, laxantes, narcóticos/opiáceos, inhibidores de la bomba de protones), ansiedad, cambio en el agua, cambio en la alimentación, diabetes mellitus, disminución de la circulación gastrointestinal, estrés, infección (bacteriana, parasitaria, vírica), intolerancia alimentaria (gluten, lactosa), preparación insalubre de alimentos, sedentarismo.

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017).

Definición: Súbita pérdida de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.

Factores relacionados: cambios degenerativos en los músculos pélvicos, debilidad de los músculos pélvicos, deficiencia del esfínter uretral interno, presión intraabdominal alta.

Características: observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor, en ausencia de sobredistensión vesical o al estornudar, toser o reír. Informes de pérdidas involuntarias de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detruso, en ausencia de sobredistensión vesical o al estornudar, toser o reír.

- Incontinencia de urgencia (00019).

Definición: Emisión involuntaria de orina tras sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Factores relacionados: cambios degenerativos en los músculos pélvicos, debilidad de los músculos pélvicos, deficiencia del esfínter uretral interno, presión intraabdominal alta.

Características: urgencia urinaria, frecuencia alta, observación de incapacidad para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida de orina, micción en pequeñas cantidades.

- Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176).

Definición: pérdida involuntaria de orina asociada a una sobre distensión de la vejiga.

Factores relacionados: obstrucción del drenaje vesical, hipocontractilidad del detrusor, efectos secundarios de medicamentos anticolinérgicos, efectos secundarios de los bloqueantes los canales del calcio, efectos secundarios de medicamentos descongostivos.

Características: distensión vesical, volumen residual alto después de la micción, nicturia, observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina, informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina.

- Incontinencia urinaria refleja (00018).

Definición: pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.

Factores relacionados: lesión tisular por cistitis por radiación, estados vesicales inflamatorios o cirugías pélvicas radiales.

Características: no percibe el llenado de la vejiga, no siente la necesidad de orinar ni tiene sensación de plenitud vesical, contracción / espasmo de la vejiga por inhibición a intervalos regulares, falta de sensación de urgencia por miccionar, patrón previsible de micción, incapacidad para inhibir voluntariamente la micción, incapacidad para iniciar voluntariamente la micción.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO.

- Patrón respiratorio ineficaz (00032).

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Factores relacionados: Ansiedad, dolor, deterioro músculo esquelético, disfunción neuromuscular, disminución de energía o fatiga, enfermedad ósea, obesidad, posición corporal.

Características:

Disnea, dificultad respiratoria, taquipnea, cianosis, aleteo nasal, tos, cambios en la profundidad de la respiración, etc. Diámetro anteroposterior aumentado. Uso de músculos accesorios. Expansión torácica alterada. Posición corporal. Disminución de la presión espiratoria. Disminución de la presión inspiratoria. Disminución de la ventilación

por minuto. Disminución de la capacidad vital. Respiración con los labios fruncidos. Uso de los músculos accesorios para respirar. Tiempo inspiratorio.

- Perforación tisular periférica ineficaz (00204).

Definición: disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

Factores relacionados: conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad (diabetes, dislipemia...), conocimientos deficientes sobre los factores agravantes (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, aporte de sal...), diabetes mellitus, hipertensión, sedentarismo, tabaquismo.

Características: Ausencia de pulsos. Alteración de la función motora. Alteración de las características de la piel (color, vello, hidratación uñas, sensibilidad temperatura). Cambios de presión arterial en las extremidades. Claudicación. Las extremidades inferiores no recuperan el color al bajarlas. Retraso en la curación de las heridas periféricas. Disminución de los pulsos. Edemas. Dolor en las extremidades. Parestesias. Palidez de la piel en la elevación.

- Disminución del gasto cardíaco (00029).

Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

Factores relacionados: alteración de la frecuencia o ritmos cardíacos.

Características:

Alteración de la frecuencia y el ritmo cardíaco (arritmias, taquicardia, bradicardia, palpitaciones, disnea). Alteración de la precarga (edema, disminución de la presión venosa central, fatiga, aumento de la presión venosa central, distensión de las yugulares, murmullos, aumento de peso. Alteración de la poscarga (piel fría y sudorosa, falta de aliento, disnea, disminución de los pulsos periféricos, aumento de la resistencia vascular pulmonar, aumento de la resistencia vascular sistémica, oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar, variaciones en la lectura de la presión arterial. Alteración de la contractilidad (crepitantes, tos, disminución de la fracción de eyección, disminución del índice del volumen de eyección izquierdo, disminución del índice cardíaco, disminución del gasto cardíaco, ortopnea, disnea paroxística nocturna). Conductuales / emocionales (ansiedad y agitación).

- Deterioro de la deambulaci3n (00088).

Definici3n: Limitaci3n del movimiento independiente a pie en el entorno.

Factores de riesgo: depresi3n, deterioro de la visi3n, deterioro del equilibrio, deterioro neuromuscular, dolor, falta de conocimientos, fuerza muscular insuficiente, miedo a las caídas, obesidad.

Características: Deterioro de la habilidad para subir escaleras, caminar las distancias requeridas, caminar sobre superficies desiguales o sortear los obstáculos.

- Deterioro de la habilidad para la traslaci3n (00090).

Definici3n: Limitaci3n del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

Factores relacionados: deterioro de la visi3n, deterioro del equilibrio, deterioro m3sculo esquel3tico, deterioro neuromuscular, dolor, fuerza muscular insuficiente, obesidad.

Características: Incapacidad para trasladarse entre dos superficies desiguales, para trasladarse de la cama a la silla, para trasladarse desde o hasta el inodoro, para trasladarse de la silla al coche, para entrar o salir de la ducha, para trasladarse de la silla al suelo, para agacharse estando erguido, para levantarse de la cama y ponerse en pie, para ponerse en pie desde una silla de ruedas.

- Deterioro de la movilidad en la cama (00091).

Definici3n: Limitaci3n del movimiento independiente para cambiar de posici3n en la cama.

Factores relacionados: deterioro m3sculo esquel3tico, deterioro neuromuscular, medicamentos sedantes, obesidad.

Características: Deterioro de la habilidad para pasar de dec3bito lateral izquierdo y viceversa, pasar de la posici3n supina a sentada con las piernas colgando o viceversa, incorporarse en la cama desde la posici3n de dec3bito supino y viceversa, pasar de la posici3n sentada a supina, pasar de sentada con las piernas estiradas a supina, cambiar de posici3n sobre uno u otro costado.

- Deterioro de la movilidad f3sica (00085).

Definici3n: Limitaci3n del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o m3s extremidades.

Factores relacionados: deterioro neuromuscular o m3sculo esquel3tico,

disminución de la fuerza, control o masa muscular, malestar o dolor, medicamentos, rigidez o contracturas musculares, sedentarismo, desuso o mala forma física.

Características: Incapacidad para moverse intencionadamente dentro de un ambiente físico. Reacio a intentar el movimiento. Rango de movimiento limitado. Disminución de la fuerza, el control y/o masa muscular. Restricciones impuestas por el movimiento. Trastorno de coordinación. Limitación de la habilidad para las habilidades motoras gruesas. Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. Limitación de la amplitud de movimientos. Temblor inducido por el movimiento.

- Sedentarismo (00168).

Definición: Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Factores relacionados: carencia de interés, carencia de motivación, carencia de recursos (tiempo, dinero, compañero, destreza), desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización del ejercicio físico, falta de entrenamiento en la realización del ejercicio físico.

Características: Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física. Muestra falta de forma física. Verbaliza la preferencia de actividades de bajo contenido en actividad física.

- Perturbación del campo de energía (00050).

Definición: Desorganización del flujo de energía que rodea a una persona, lo que ocasiona una falta de armonía del cuerpo, la mente y/o espíritu.

Factores relacionados: enfermedad, lesión, ansiedad, temor, duelo, dolor.

Características: Cambios de temperatura. Cambios visuales (imagen, color). Movimiento (ondulante, dentado, titilante, denso, fluido). Sonidos (tono, palabras).

- Fatiga (00093).

Definición: sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual.

Factores relacionados:

- Ambientales: humedad, luces, ruido, temperatura.
- Fisiológicos: anemia, aumento de ejercicio físico, privación del sueño, malestar físico.

- Psicológicos: ansiedad, depresión, estilo de vida aburrido, estrés.
- Situacionales: acontecimientos vitales negativos, ocupación.

Características: Incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño. Falta de energía o incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física. Aumento de los requerimientos de descanso. Cansancio. Incapacidad para mantener las actividades habituales. Verbalización de una falta de energía abrumadora y que no desaparece. Letargo o fatiga. Percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales. Aumento de las quejas físicas. Compromiso de la concentración. Desinterés por el entorno, introspección. Disminución en la ejecución de las tareas. Compromiso de la libido. Somnolencia. Sentimientos de culpa por no asumir las responsabilidades de la manera deseada.

- Riesgo de intolerancia a la actividad (00094).

Definición: Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Factores de riesgo: inexperiencia en la actividad, mala forma física, presencia de problemas respiratorios o circulatorios.

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO.

- Trastornos del patrón del sueño (00198).

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad de sueño debidas a factores externos.

Factores relacionados: cambio en la exposición a la luz diurna-oscuridad, temperatura ambiental, iluminación, responsabilidades como cuidador.

Características: Cambio en el patrón normal del sueño. Quejas verbales de no sentirse bien descansado. Insatisfacción con el sueño. Disminución de la capacidad para funcionar. Informes de haberse despertado. Informes de no tener dificultad para conciliar el sueño.

- Disposición para mejorar el sueño (00165).

Definición: El patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia que proporciona el reposo adecuado permite el estilo de vida deseado, y puede ser reforzado.

Características: Manifiesta deseos de mejorar el sueño. La cantidad de sueño y sueño REM es congruente con las necesidades de desarrollo. Tras el sueño manifiesta una sensación de estar descansado. El uso de medicamentos para inducir el sueño es ocasional o infrecuente.

- Deprivación del sueño (00096).

Definición: Periodos de tiempo prolongados sin la suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa incontinencia.

Factores relacionados: actividad diurna inadecuada, apnea del sueño, asincronía circadiana mantenida, malestar prolongado (físico, psicológico), movimientos límbicos periódicos (p.ej. síndrome de agitación de pierna, mioclonía nocturna), persistencia de una higiene del sueño inadecuada, persistencia de una higiene del sueño inadecuada...

Características: malestar, cansancio, letargo, irritabilidad, enlentecimiento de la reacción, agitación o agresión, ansiedad y confusión aguda.

- Insomnio (00095).

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Factores relacionados: ansiedad, depresión, factores del entorno (ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiental, entorno no familiar), duelo, estrés, medicamentos, toma de alcohol, toma de estimulantes, higiene del sueño inadecuada.

Características: Observación de cambios en la emotividad. Observación de falta de energía. Aumento del absentismo laboral o escolar. La persona informa de cambios de humor, de una disminución de su estado de salud, de dificultad para concentrarse, de dificultad para conciliar el sueño, de dificultad para permanecer dormido, de sueño no reparador, de despertarse demasiado temprano, de trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente.

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO.

- Conocimientos deficientes (especificar) (00126).

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Factores Relacionados: falta de exposición, falta de memoria, mala interpretación

de la información, limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje, poca familiaridad con los recursos para obtener información.

Características: Verbalización del problema. Seguimiento inexacto de la instrucción. Realización inadecuada de la prueba. Exposición de concepto erróneo. Petición de información. Comportamientos exagerados.

- Disposición para mejorar la comunicación (00157).

Definición: Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado.

Características: Manifestación de deseos de mejorar la comunicación. Es capaz de hablar o escribir. Forma palabras, frases, usa el lenguaje. Usa e interpreta adecuadamente las claves no verbales. Expresa pensamientos y sentimientos.

- Disposición para mejorar los conocimientos (especificar) (00161).

Definición: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

Características: Manifiesta interés en el aprendizaje. Explica su conocimiento del tema. Las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados. Describe experiencias previas relacionadas con el tema.

- Dolor agudo (00132).

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración menor de seis meses.

Factores relacionados: Agentes Biológicos. Agentes químicos. Agentes físicos. Agentes psicológicos.

Características: Comunicación verbal de los descriptores del dolor. Comportamiento de defensa; protección. Máscara facial de dolor. Alteración del tono muscular. Respuestas autónomas, como aumento de la tensión arterial, cambios en el pulso, frecuencia respiratoria aumentada o disminuida. Conducta de defensa. Conducta de protección. Irritabilidad. Informes verbales de dolor.

- Dolor crónico (00133).

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración mayor de seis meses.

Factores relacionados: Incapacidad física o psicosocial crónica.

Características: Cambios ponderales. Atrofia de los grupos musculares implicados. Cambios en el patrón del sueño. Fatiga. Temor a nuevas lesiones. Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas. Anorexia. Irritabilidad. Depresión. Conducta de defensa. Conducta de protección Agitación. Informes verbales de dolor.

- Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127).

Definición: falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante más de 3 a 6 meses, que requiere un entorno protector

Factores relacionados: demencia, depresión, enfermedad de Huntington.

Características: Constante desorientación en entornos conocidos y desconocidos. Incapacidad para seguir directrices o instrucciones simples. Incapacidad para razonar. Incapacidad para concentrarse. Lentitud a la respuesta en las preguntas. Estados confusionales crónicos.

- Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria) (00122).

Definición: cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

Factores relacionados: Medio ambiente terapéuticamente restringido (aislamiento, reposo en cama, tracción, etc. Medio ambiente socialmente restringido (vejez, enfermedad crónica, agonía, institucionalización, etc.). Recepción, transmisión y/o integración sensorial alterada (traumatismo, enfermedad neurológica, alteración de órganos de los sentidos, incapacidad para comunicarse, aprender, carencia de sueño, dolor, etc.). Alteración química endógena (desequilibrio hidroelectrolítico, aumento del nitrógeno

ureico, hipoxia, etc.) o exógena (estimulantes o depresores de sistema. nervioso central).
Estrés psicológico.

Características: Desorientado en el tiempo, espacio o personas. Cambio en las capacidades para resolver un problema. Cambio en el patrón de comportamiento. Ansiedad. Irritabilidad, alucinaciones, miedo, depresión, ira, concentración pobre, distorsiones auditivas y visuales, e incoordinación motora. Distorsiones auditivas. Falta de concentración.

- Trastornos de los procesos de pensamiento (00130).

Definición: Situación en la que la persona experimenta un trastorno de los procesos mentales: pensamiento consciente, orientación sobre la realidad, el juicio, la comprensión y la solución de problemas.

Factores relacionados: consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas, traumatismo craneal, Alteración del estado mental, deterioro o retraso cognitivo, problemas de conducta, depresión.

Características: Déficit o problemas de memoria, interpretación inexacta del entorno, hipervigilancia, disonancia cognitiva, pensamiento inadecuado no basado en la realidad.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO.

- Ansiedad (00146).

Definición: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Factores relacionados: Amenaza de muerte. Crisis situacionales o de maduración. Transmisión y contagio interpersonal. Necesidades no cubiertas. Cambio en: la situación económica. El entorno. El estado de salud. Las funciones del rol. Amenaza de muerte. Crisis situacionales. Estrés.

Características: Autoevaluación o sentimientos negativos de sí mismo. Pendientes del desarrollo. Verbalización de los sentimientos negativos sobre sí mismo. Expresiones de vergüenza o de culpa. Dificultad para tomar decisiones. Disminución de la

productividad. Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. Mal contacto ocular. Agitación. Vigilancia. Insomnio.

- Baja autoestima crónica (00119).

Definición: larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

Factores relacionados: Adaptación ineficaz a una pérdida. Falta de afecto. Falta de aprobación. Falta de pertenencia al grupo. Percepción de discrepancia entre el yo y las normas culturales. Percepción de discrepancia entre el yo y las normas espirituales. Percepción de falta de pertenencia. Percepción de falta de respeto por parte de otros. Trastorno psiquiátrico. Fracasos repetidos. Repetidos refuerzos negativos. Acontecimiento traumático. Situación traumática.

Características: Depende de las opiniones de los demás. Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos. Exagera la retroalimentación negativa sobre sí mismo. Búsqueda excesiva de reafirmación. Expresiones de culpa. Expresiones de vergüenza. Frecuente falta de éxito en los acontecimientos vitales. Indecisión para probar situaciones nuevas. Indecisión para probar cosas nuevas. Conducta indecisa. Falta de contacto ocular. Conducta no asertiva. Conformista. Pasivo. Rechaza la retroalimentación positiva sobre sí mismo.

- Baja autoestima situacional (00120).

Definición: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Factores relacionados: Alteración de la imagen corporal. Falta de reconocimientos o recompensas. Fallo, rechazo. Cambio del Rol social.

Características: Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal. Verbalizaciones autonegativas. Expresiones de desesperanza o inutilidad.

- Desesperanza (00124).

Definición: estado subjetivo en el que un individuo ve alternativas o elecciones personales disponibles o limitadas o nulas y es incapaz de movilizar energía por sí mismo.

Factores relacionados: Restricción voluntaria de la actividad. Disminución o deterioro del estado fisiológico. Estrés de larga evolución. Abandono. Pérdida de creencia

en valores trascendentales.

Características: Pasividad, verbalización disminuida. Afecto disminuido. Indicios verbales que indican desaliento. Falta de iniciativa. Respuesta disminuida a los estímulos.

- Disposición para mejorar el autoconcepto (00167).

Definición: patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Características: Manifestación de deseos de reforzar el Autoconcepto. Las acciones son congruentes con los sentimientos y pensamientos expresados. Manifiesta confianza en sus habilidades. Acepta sus puntos fuertes y sus limitaciones. Expresa satisfacción por su imagen corporal. Expresa satisfacción por el desempeño del rol.

- Impotencia (00125).

Definición: percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

Factores relacionados: Entorno de cuidados de la salud. Interacción interpersonal. Tratamiento relacionado con una enfermedad. Estilo de vida desesperanzado.

Características: Bajas (expresión de incertidumbre sobre los niveles fluctuantes de energía, pasividad). Moderadas (falta de participación en los cuidados o tomas de decisiones cuando se da la oportunidad de hacerlo, resentimiento, cólera, culpa, falta de control de los progresos, expresiones de duda respecto al desempeño del Rol). Severas (apatía, depresión por el deterioro físico que ocurre a pesar del seguimiento del tratamiento, expresiones verbales de carecer de control sobre su autocuidado, influencias sobre el resultado).

- Planificación ineficaz de las actividades (00199).

Definición: incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

Factores relacionados: Compromiso de la habilidad para procesar la información. Conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución. Hedonismo. Falta de soporte familiar. Falta de soporte de los amigos. Percepción no realista de los acontecimientos. Percepción no realista de las competencias de las personas.

Características: Verbalización de temor a la tarea que se ha de realizar.

Verbalización de preocupación sobre la tarea que ha de realizar. Ansiedad excesiva por la tarea que se va a realizar. Fracaso del patrón de conducta. Falta de plan. Falta de recursos. Falta de organización secuencial. Falta de resolución.

- Riesgo de baja autoestima situacional (00153).

Definición: riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Factores de riesgo: Alteración de la imagen corporal. Cambios del Rol social. Historia de desesperanza aprendida. Historia de abusos, negligencia o abandono. Falta de reconocimientos o recompensas. Fallo, rechazo. Reducción del poder o control sobre el entorno. Enfermedad.

- Riesgo de impotencia (00152).

Definición: riesgo de percibir una falta de control sobre la situación o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa

Factores de riesgo: fisiológicos como enfermedad aguda o crónica, lesión aguda o proceso patológico progresivo y debilitante, envejecimiento o agonía; y psicosociales como dependencia en la vida cotidiana, con patrones de afrontamiento inadecuados, falta de integralidad, falta de conocimientos sobre la enfermedad o imagen corporal pobre o inestable.

- Riesgo de soledad (00054).

Definición: riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás.

Factores de riesgo: Deprivación afectiva. Aislamiento físico. Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas. Aislamiento social.

- Temor (00148).

Definición: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Factores relacionados: Orígenes naturales o innatos (ruido súbito, pérdida de soporte físico, altura, dolor, etc.). Respuesta aprendida. Déficit de conocimiento o familiaridad. Barrera de lenguaje. Trastorno sensorial. Estímulos fóbicos o fobias. Estímulos ambientales.

Características: Tensión aumentada, aprensión, miedo, susto, terror, pánico, pavor, etc. Aumento de alerta. Concentración en fuerte. Ojos abiertos. Comportamiento hostil. Estimulación simpática.

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES.

- **Aflicción crónica (00137).**

Definición: la persona presenta un patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente en respuesta a una pérdida continua en el curso de una enfermedad o discapacidad

Factores relacionados: Muerte de un ser querido. La persona experimenta uno o más acontecimientos desencadenantes (crisis en el manejo de la enfermedad, crisis relacionadas con edades de desarrollo y oportunidades perdidas). La persona experimenta una enfermedad o discapacidad física o mental crónica (retraso mental, esclerosis múltiple, enfermedad mental crónica, infertilidad, cáncer). Crisis relacionadas con edades de desarrollo. Oportunidades perdidas.

Características: Expresión de sentimientos periódicos recurrentes de tristeza. Sentimientos de intensidad variable, periódicos, que pueden progresar e intensificarse en el tiempo y que pueden interferir con la habilidad de la persona para alcanzar su nivel máximo de bienestar personal y social. Expresión de uno o varios de los sentimientos negativos siguientes; cólera, sentirse incomprendido, confusión, depresión, desencanto, vacío, temor, frustración, culpa, desesperanza, soledad, baja autoestima.

- **Aislamiento social (00053).**

Definición: soledad experimentada por un individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza.

Factores relacionados: Intereses inmaduros. Alteraciones del aspecto físico. Alteraciones del estado mental. Comportamiento social no aceptado. Valores sociales no aceptados. Alteración del estado de bienestar. Recursos personales inadecuados.

Características: Ausencia de apoyo familiar. Afectividad triste o apagada. Retraimiento, no comunicación, no contacto ocular. Preocupación por los propios pensamientos. Hostilidad verbal y de comportamiento. Presencia de una minusvalía física y/o psíquica. Expresa sentimientos de soledad o de rechazo. Presenta sentimientos de indiferencia. Ausencia de objetivos significativos en la vida e incapacidad para cumplir las

expectativas de otros.

- Desempeño inefectivo del rol (00055).

Definición: Los patrones de conducta y expresiones de la persona no concuerdan con las expectativas, normas y contexto en que se encuentra

Factores relacionados: de tipo social como el nivel de desarrollo, la falta de recompensa, el conflicto familiar, el sistema de apoyo inadecuado, la violencia doméstica y la demanda del horario laboral. Factores relacionados con el conocimiento, como por ejemplo la falta de conocimientos sobre el Rol, la preparación inadecuada para el Rol o la falta de oportunidades para el ensayo del Rol. Y factores fisiológicos, como por ejemplo el abuso de sustancias, el déficit cognitivo, la depresión, la baja autoestima, el dolor o la fatiga.

- Deterioro de la interacción social (00052)

Definición: intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo

Factores relacionados: Déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad. Aislamiento terapéutico. Limitación de la movilidad física. Barreras ambientales. Barreras de comunicación. Trastorno del Autoconcepto.

Características: Verbalización u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida. Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos. Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.

- Disposición para mejorar las relaciones (00207).

Definición: patrón de colaboración que es suficiente para satisfacer las necesidades mutuas y que puede ser reforzado.

Características: Manifiesta deseos de reforzar la comunicación con la pareja. Expresa satisfacción con el intercambio de información e ideas con la pareja. Expresa satisfacción por compartir las necesidades físicas y emocionales entre la pareja. Los componentes de la pareja demuestran respeto mutuo. Se alcanzan los objetivos de desarrollo apropiados para la etapa de ciclo vital de la familia. Los componentes de la pareja demuestran un buen equilibrio entre la autonomía y la colaboración. Los componentes de la pareja demuestran apoyo mutuo en las actividades diarias. Cada uno

identifica al otro como la persona clave. Demuestra comprensión de la función insuficiente de la pareja. Expresa satisfacción con la relación complementaria entre los miembros de la pareja.

- Disposición para mejorar la comunicación (00157).

Definición: patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado.

Características: Manifestación de deseos de mejorar la comunicación. Es capaz de hablar o escribir. Forma palabras, frases, usa el lenguaje. Usa e interpreta adecuadamente las claves no verbales. Expresa pensamientos y sentimientos.

- Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149).

Definición: riesgo de sufrir alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro

Factores de riesgo: Traslado temporal o permanente. Traslado voluntario. Sentimientos de impotencia. Experiencia imprevista. Deterioro del estado de salud físico o psicosocial. Falta de asesoría previa al traslado. Pérdidas concurrentes, anteriores o actuales.

- Riesgo de violencia dirigida a otros (00138).

Definición: riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros.

Factores de riesgo: Lenguaje corporal: Postura rígida, puños, mandíbulas contraídas. Historia de violencia contra otros (Golpear, dar patadas, escupir, arañar, violar). Historia de conducta antisocial violenta (robar, tomar prestadas cosas de forma persistente). Historia de violencia indirecta (romper las ropas, destrozar objetos contra las paredes, pintar paredes). Deterioro neurológico. Deterioro cognitivo. Historia de abusos infantiles. Crueldad con los animales. Historia de consumo de alcohol y drogas ilegales. Impulsividad.

- Síndrome de estrés del traslado (00114).

Definición: alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro

Factores relacionados: Experiencia imprevista. Aislamiento de los familiares o amigos. Sentimientos de impotencia. Falta de soporte adecuado del sistema o grupo. Barreras lingüísticas.

Características: Traslado temporal o permanente. Traslado voluntario o involuntario. Depresión. Ansiedad. Retraimiento. Inseguridad. Pesimismo. Frustración. Preocupación. Miedo.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN.

- Patrón sexual inefectivo (00065).

Definición: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Factores relacionados: Déficit de conocimiento sobre las respuestas alternativas. Falta de intimidad. Modelos de función ineficaz o ausente. Conflictos sobre la orientación sexual. Miedo de embarazo. Falta de modelos de rol. Miedo a las enfermedades de transmisión sexual. Deterioro de las relaciones con la persona significativa. Falta de una persona significativa.

Características: Alteraciones en el logro del rol sexual percibido. Alteraciones en las relaciones con la persona significativa. Informe de cambios en la actividad sexual. Informe de cambios en las conductas sexuales. Informe de dificultades en las conductas sexuales. Informe de limitaciones en las actividades sexuales.

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149).

Definición: riesgo de sufrir alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

Factores de riesgo: afrontamiento pasivo, cambio ambiental de moderado a importante, deterioro del estado de salud físico o psicosocial, experiencia imprevista, falta de apoyo adecuado por parte del grupo o sistema, falta de asesoría previa al traslado, sentimientos de impotencia, traslado temporal o permanente, traslado voluntario o involuntario.

- Síndrome de estrés del traslado (00114).

Definición: alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

Factores relacionados: afrontamiento pasivo, barreras lingüísticas, experiencia imprevista, falta de asesoría previa al traslado, falta de soporte adecuado del sistema o grupo, sentimientos de impotencia.

Características: Traslado temporal o permanente. Traslado voluntario o involuntario. Depresión. Ansiedad. Retraimiento. Inseguridad. Pesimismo. Frustración. Preocupación. Miedo.

- Afrontamiento ineficaz (00069).

Definición: incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

Factores relacionados: alto grado de amenaza, falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, falta de oportunidades para prepararse para los agentes estresantes, inadecuación de apoyo social condicionado por las características de las relaciones, inadecuación de los recursos disponibles, incertidumbre, trastorno en los patrones de liberación de la tensión.

Características: Incapacidad para cubrir las necesidades humanas básicas y resolver los problemas. Comportamiento destructivo hacia sí mismo. Alteración de la participación social. Uso inadecuado de los mecanismos de defensa. Manipulación verbal. Falta de apetito, sueño, etc. Consumo excesivo de tabaco, alcohol o drogas. Cansancio crónico, Insomnio, etc. Hipertensión, Diabetes, úlceras, cefaleas, colon irritable, dolores musculares. Ansiedad. Autoestima baja o depresión crónica.

- Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal (00212).

Definición: riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa.

Factores de riesgo: coexistencia de múltiples situaciones adversas.

Características: Acceso a los recursos. Demuestra una perspectiva positiva. Uso efectivo de las estrategias de manejo de los conflictos. Refuerza las habilidades personales de afrontamiento. Expresa deseos de mejorar la capacidad de recuperación. Identifica los recursos disponibles. Identifica los sistemas de aporte. Aumenta las relaciones positivas

con otros. Se implica en las actividades. Hace progresos hacia el logro de objetivos. Presencia de una crisis. Mantenimiento de un entorno seguro. Establece objetivos. Asume la responsabilidad de sus acciones. Usa habilidades de comunicación eficaces. Verbaliza y aumenta la sensación de control. Verbaliza la autoestima.

- Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210).

Definición: reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Factores relacionados: bajo nivel de inteligencia, consumo de drogas, control deficiente de los impulsos, desordenes psicológicos, pertenencia a una minoría, violencia.

Características: Elevación renovada del distrés. Disminución del interés en las actividades académicas. Disminución de interés en las actividades vocacionales. Depresión. Culpabilidad. Aislamiento. Baja autoestima. Percepción de mala situación de salud. Vergüenza. Aislamiento social. Uso de habilidades de afrontamiento no adecuadas.

- Estrés por sobrecarga (00177).

Definición: excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

Factores relacionados: agentes estresantes intensos, repetidos, coexistencia de múltiples agentes estresantes, recursos inadecuados.

Características: Demuestra sentimientos crecientes de cólera. Demuestra sentimientos crecientes de impaciencia. Expresa dificultad para funcionar. Expresa sensación de presión. Expresa sensación de tensión. Expresa problemas con la toma de decisiones.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS.

- Conflicto de decisiones (00083).

Definición: incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales.

Factores relacionados: falta de experiencia en la toma de decisiones, falta de información relevante, fuentes de información divergentes, obligaciones morales que comporta no realizar una acción, obligaciones morales que comporta realizar una acción,

percepción de amenaza a los valores personales, principios morales que apoyan las distintas opciones mutuamente contradictorias, valores o creencias personales poco claros.

Características: Expresiones de incertidumbre sobre las elecciones. Expresiones de consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar. Vacilación entre elecciones alternativas. Retraso en la toma de decisiones. Egocentrismo.

- Sufrimiento moral (00175).

Definición: respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones / acciones éticas / morales elegidas.

Factores relacionados: conflicto entre los que deben tomar la decisión, conflictos culturales, decisiones en la etapa final de la vida, decisiones sobre el tratamiento, distancia física de la persona que toma las decisiones, la información para guiar la toma de decisiones éticas es contradictoria, la información para guiar la toma de decisiones morales es contradictoria, limitaciones temporales para la toma de decisiones, pérdida de autonomía.

Características: Expresa angustia (Impotencia, culpa, frustración, ansiedad, incertidumbre, temor) por la dificultad de actuar basándose en la propia elección moral.

- Riesgo de sufrimiento espiritual (00067).

Definición: riesgo de sufrir una alteración de la sensación de conexión armoniosa con la vida y con el universo en la que pueden modificarse las dimensiones que trascienden al yo y le confieren poder.

Factores de riesgo: abuso de sustancias/ingesta excesiva de alcohol, ansiedad agotadora, baja autoestima, desastres naturales, enfermedad física, enfermedad mental, estrés físico o psicológico, malas relaciones.

- Sufrimiento espiritual (00066).

Definición: deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo.

Factores relacionados: ansiedad, autoalienación, cambios vitales, enfermedad crónica propia o de otros, muerte y agonía propia o de otros.

Características: Conexión con el yo (expresiones de falta de esperanza, paz, aceptación, perdón para sí mismo). Conexión con otros: Rechaza las interacciones con los

líderes espirituales. Rechaza las interacciones con los amigos, la familia. Expresa alineación. Conexiones con el arte, la música, la literatura, la naturaleza (incapacidad para manifestar un estado previo de creatividad, falta de interés en la naturaleza, falta de interés en la literatura espiritual). Conexión con un poder superior al propio yo (incapacidad para orar, solicitud de ver a un líder religioso, cambios súbitos en las prácticas espirituales, manifiesta que sufre, que no tiene esperanza.

- Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170).

Definición: riesgo de deterioro de la capacidad para apoyarse en la confianza en las creencias religiosas o participar en los ritos de una tradición religiosa particular.

Factores de riesgo: ambientales, espirituales, físicos, psicológicos y socioculturales.

- Deterioro de la religiosidad (00169).

Definición: deterioro de la capacidad para apoyarse en la confianza en las creencias religiosas o participar en los ritos de una tradición religiosa particular.

Factores relacionados: espirituales, físicos, psicológicos, situacionales y de desarrollo, socioculturales.

Características: Demuestra o explica dificultad para adherirse a las ideas y rituales religiosos prescritos. Expresa sufrimiento emocional por la separación de su comunidad religiosa. Manifiesta necesidad de volver a entrar en contacto con patrones anteriores de creencias. Manifiesta necesidad de volver a entrar en contacto con costumbres anteriores. Cuestiona los patrones de creencias religiosas. Cuestiona las costumbres religiosas.