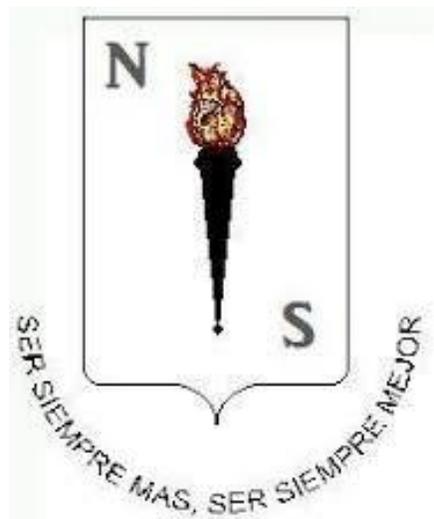


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS

MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA EN LA VISIÓN DE FLORENCE
NIGHTINGALE Y OTROS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
ADRIANA AGUADO MALANGÓN

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

Morelia, Michoacan.2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A mi familia principalmente pues son quienes con su esfuerzo, apoyo y cariño me han acompañado incondicionalmente a cumplir con esta meta.

Agradecimientos

Agradezco a Dios principalmente por poner ante mí esta profesión que tanto me gusta y apasiona, por encontrar el mejor lugar para mí y poder regresar un poco de lo que tanto recibimos de él.

Agradezco también a mis padres porque sin ellos no tendría el privilegio de gozar lo que ahora tengo.

INDICE:

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| 2.1 Vida y obra..... | 4 |
| 2.2 Influencias:..... | 5 |
| 2.3 Hipótesis | 5 |
| 2.4 Justificación | 6 |
| 2.5 Planteamiento del problema | 6 |
| 2.6 Objetivos | 6 |
| 2.6.1 Objetivo General..... | 6 |
| 2.6.2 Objetivos Específicos:..... | 7 |
| 2.7 Métodos | 7 |
| 2.8. Variables | 8 |
| 2.9. Encuesta y resultados..... | 8 |
| 2.10 Graficado | 14 |
| 3. GENERALIDADES..... | 15 |
| 3.1 Marco conceptual de la enfermería..... | 15 |
| 3.2. Fases en el desarrollo histórico de la enfermería..... | 15 |
| 3.3. Claves en el desarrollo de la enfermería profesional | 16 |
| 3.4. Las concepciones filosóficas y sociológicas | 16 |
| 3.5. Las asociaciones profesionales | 17 |
| 3.6. Relación entre la enfermería y la mujer | 18 |
| 3.7. Antecedentes religiosos..... | 20 |
| 3.8. Profesionalización de la enfermería..... | 20 |
| 3.9 Disciplina enfermera: | 22 |
| 3.10. Profesión enfermera:..... | 24 |
| 3.11. La educación formal..... | 26 |
| 3.12 Formación de la enfermería española..... | 26 |
| 3.13. Objeto de estudio de la disciplina enfermera | 27 |
| 4. MODELOS Y TEORÍAS ENFERMERAS..... | 30 |
| 4.1 Modelos Teóricos..... | 30 |
| 4.2 Ventajas de la utilización de los modelos teórico..... | 31 |
| 4.3 Teorías de enfermería..... | 32 |

| | |
|---|----|
| 4.4. ¿Por qué usar Conceptos Teóricos en la Práctica de Enfermería? | 33 |
| 4.5. Clasificación de modelos y teorías enfermeras..... | 34 |
| 4.6. Paradigma de categorización..... | 35 |
| 4.7. Orientación hacia la salud pública..... | 36 |
| 4.8. Orientación hacia la enfermedad | 36 |
| 4.9. Paradigma de la integración | 36 |
| 4.10. Paradigma de transformación | 37 |
| 4.11. Fenómenos en los que se ha basado la orientación de los cuidados enfermeros..... | 37 |
| 4.12. Escuelas de pensamiento | 38 |
| 5. PRINCIPALES MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA | 40 |
| 5.1. FLORENCE NIGHTINGALE. “TEORIA DEL ENTORNO” | 40 |
| 5.2. Afirmaciones Teóricas..... | 41 |
| 5.3. Características | 41 |
| 5.4 Conceptos principales y definiciones | 42 |
| 5.5. Control de detalles pequeños..... | 43 |
| 5.6 Metaparadigmas/ supuestos | 43 |
| 5.7. Especialidad:..... | 44 |
| 5.8. Aportes de la teoría paciente: | 45 |
| 5.9. Enfermería: | 45 |
| 5.10. Conclusiones del modelo: | 45 |
| 6. TEORÍA DE MARTA ROGERS: “SERES HUMANOS UNITARIOS” | 46 |
| 6.1. Objetivos | 46 |
| 6.2. Propósito de la Teoría..... | 47 |
| 6.3. Utiliza 4 bloques para desarrollar su modelo: | 48 |
| 6.4. Conceptos claves y definiciones: | 48 |
| 6.5. Metaparadigmas | 49 |
| 6.6 Entorno | 49 |
| 6.7 Salud:..... | 49 |
| 6.8. Nivel de la Teoría | 50 |
| 6.9. Lugar donde se utiliza la teoría | 50 |
| 6.10. Conclusión: | 51 |
| 7.“LA TEORÍA GENERAL DE ENFERMERIA” DOROTHEA OREM..... | 51 |

| | |
|--|----|
| 7.1. Teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería..... | 51 |
| 7.2. La teoría del autocuidado..... | 53 |
| 7.3. Requisitos | 54 |
| 7.4. La teoría del déficit de autocuidado. | 56 |
| 7.5. El cuidar de uno mismo:..... | 57 |
| 7.6. Limitaciones del cuidado:..... | 57 |
| 7.7. El aprendizaje del autocuidado: | 57 |
| 7.8. La teoría de los sistemas de Enfermería..... | 60 |
| 7.9. Tipos de sistema de enfermería..... | 60 |
| 7.10. Conclusiones..... | 62 |
| 8. SOR CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN | 64 |
| 8.1 Definición del modelo de adaptación | 64 |
| 8.2 Premisas generales del tema..... | 64 |
| 8.2.1. Premisas básicas..... | 65 |
| 8.3 Resumen..... | 66 |
| 8.4 Ejemplos | 67 |
| 8.5. Necesidades básicas | 68 |
| 8.6. Comportamientos instrumentales..... | 70 |
| 8.7. Capacidad de adaptación por estímulos | 72 |
| 8.8. Métodos de adaptación..... | 72 |
| 8.9. Intervención de enfermería | 72 |
| 8.10 Conclusión | 73 |
| 9. VIRGINIA HENDERSON. “modelo de cuidados” | 73 |
| 9.1. Filosofía de Virginia Henderson | 73 |
| 9.2 objetivos..... | 74 |
| 9.3 Objetivos específicos: | 75 |
| 9.4. Elementos | 75 |
| 9.5. Necesidades básicas | 77 |
| 9.6. Cuidados básicos:..... | 78 |
| 9.7. Relación del proceso enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson | 79 |
| 9.8. Definición de cada necesidad básica de virginia Henderson | 80 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| 9.9. Resumen de la teoría..... | 84 |
| 9.10. Otras teorías | 85 |
| 10. CONCLUSIÓN: | 98 |
| 11. BIBLIOGRAFÍA | 100 |
| 11.1 Básica | 100 |
| 11.2 Complementaria..... | 101 |
| 12. GLOSARIO..... | 102 |

1. INTRODUCCIÓN

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería.

Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos. Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por Fawcett (1996) a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.

¿Qué entendemos por metaparadigma? Son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

En este esquema de la estructura conceptual, la filosofía se encuentra ubicada en una línea staff, como un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina "El cuidado", por lo que indirectamente modifican lo que cada enfermera en su contexto propio de trabajo entiende por: persona, salud, entorno y enfermería.

Lo anterior da pie, al desarrollo de modelos conceptuales, estos son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación (fawcett, 1996). Esto quiere decir que los modelos

conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, La promoción a la Salud, Las relaciones interpersonales, el Proceso de adaptación entre otros.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y Fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman; Estresores. Para comprender y estudiar estos conceptos teóricos es necesario el uso de indicadores empíricos que son los instrumentos reales, condiciones y procedimientos experimentales que se usan para observar o medir los conceptos de una teoría, estos vinculan el mundo abstracto con el mundo concreto, son la única forma de conectar los aspectos teóricos con la práctica.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto, es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería.

No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería.

Lo anterior quiere decir que así como para una enfermera del área de psiquiatría le interesaría la aplicación del Modelo de Relaciones Interpersonales de Peplau, para una enfermera clínica le interesará aplicar el Modelo de Déficit de Autocuidado de Orem Y para una enfermera comunitaria el Modelo de Promoción a la Salud de Pender, sin embargo es importante aclarar que no ayudara a resolver todos los problemas suscitados en cada una de estas áreas, sino facilitara el entendimiento de algunos aspectos de la práctica desarrollada. Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la Investigación, Educación, administración y práctica clínica.

En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje.

En la administración; provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular.

En la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE. En relación con la investigación; las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación.

Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Vida y obra

Florence Nightingale (1820-1910)

Por ser la persona más representativa en cuanto a los modelos de enfermería.

Nació en Florencia, Gran Ducado de Toscana, 12 de mayo de 1820, fue una enfermera, escritora y estadística británica, considerada precursora de la enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería.

Desde muy joven se destacó en matemáticas, y aplicó sus conocimientos de estadística a la epidemiología y a la estadística sanitaria. Fue la primera mujer admitida en la Royal Statistical Society británica, y miembro honorario de la American Statistical Association.

Sentó las bases de la profesionalización de la enfermería con el establecimiento, en 1860, de su escuela de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres, actualmente parte integrante del King's College de Londres y del NHS. Fue la primera escuela laica de enfermería en el mundo.

Su trabajo fue la fuente de inspiración de Henri Dunant, fundador de la Cruz Roja y autor de las propuestas humanitarias adoptadas por la convención de Ginebra.

Alcanzó fama mundial por sus trabajos precursores de enfermería en la asistencia a los heridos durante la guerra de Crimea. A partir de ese momento fue conocida como “la dama de la lámpara”, por su costumbre de realizar rondas nocturnas con una lámpara para atender a sus pacientes.

En 1883, la reina Victoria le otorgó la Real Cruz Roja, y en 1907 se convirtió en la primera mujer en recibir la Orden de Mérito del Reino Unido. En 1908, le fueron otorgadas las Llaves de la Ciudad de Londres.

El juramento Nightingale efectuado por los enfermeros al graduarse, fue creado en su honor en 1893. El Día Internacional de la Enfermería se celebra en la fecha de su cumpleaños.

Florence pasó muchos años postrada en una cama a causa de una enfermedad contraída en Crimea. A esto se sumó una depresión que fue apagando la vida de esta gran mujer. El 13 de agosto de 1910, con 90 años, moría en su cama en su casa de Londres. Cinco años después se erigía en Waterloo Place el Monumento de Crimea, en honor a su importantísima contribución en aquel conflicto.

2.2 Influencias:

De fe anglicana, creía que Dios la había inspirado para ser enfermera

2.3 Hipótesis

Con este trabajo quiero dar a conocer cuáles son las principales modelos y teorías de la enfermería, así como cuales pueden y tiene que seguir la o el estudiante de enfermería para brindar un mejor cuidado al paciente y este a su vez tenga una pronta recuperación.

Las estudiantes de enfermería tienen que conocer cuáles son y en que consiste cada uno de los métodos y las teorías para que puedan mejorar su práctica y aumenten sus conocimientos, y así al momento de realizar algún procedimiento tengan una fundamentación correcta.

¿Cuál será el mejor método de enfermería que la estudiante debe seguir en cada patología?

2.4 Justificación

El presente trabajo es realizado con la intención de informar al personal de enfermería sobre los modelos de enfermería, ofrecer este conocimiento para así aplicar estos nuevos conocimientos en el ejercicio de la futura práctica profesional y ayudar de manera positiva en el mejoramiento de esta.

Cada uno de los estudiantes tiene el deber de conocer cuáles son los modelos y teorías que tienen que ser adecuadas para que se brinde un mejor cuidado y el paciente tenga una pronta recuperación, pero siempre cuando cada uno de los cuidados que se brinden tengan un fundamento.

2.5 Planteamiento del problema

Este trabajo se elaboro con la finalidad de conocer que tanto los estudiantes de enfermería conocen acerca de los modelos y teorías de enfermería porque en ocasiones no nos percatamos de que los cuidados tienen un fundamento y un porque se realizan de esa manera. Y no solo guiarse por cuidados empíricos o seguir una rutina sin saber si eso beneficia o perjudica a el paciente.

2.6 Objetivos

2.6.1 Objetivo General

Trasmitir al estudiante los elementos básicos para estudiar de forma sistemática y detallada los modelos de enfermería más comunes y la establecer la diferencia entre éstos y pretender buscar el mejor o más adecuado

2.6.2 Objetivos Específicos:

1. Definir el concepto de modelos de Enfermería.
2. Describir cada uno de los modelos conceptuales más comunes que se presentan en los contenidos.
3. Destacar los elementos principales en la construcción de los modelos.
4. Identificar los conocimientos básicos y las aptitudes referentes a las distintas dimensiones del cuidado de enfermería.
5. Establecer pautas que contribuyan para que el estudiante adopte una actitud crítica ante la construcción disciplinar.

2.7 Métodos

La metodología utilizada en el presente trabajo fue la cuantitativa ya que se siguió un proceso de decisiones, de señalar entre ciertas alternativas o en este caso se escogió algunas preguntas, al igual que algunos de los métodos de los más usados en la enfermería, y un pequeño grupo de personas que nos permitieron interrogarlos para conocer cual es el conocimiento que se tienen de estos temas y el interés que pudieran tener en aprender algo nuevo si fuera el caso.

Se uso magnitudes matemáticas al encuestar a el personal de enfermería para contestar preguntas concretas acerca de que tanto se conoce el tema, se realizaron graficas también cuantificadas que nos permitieron en un pequeño porcentaje conocer lo que se buscaba.

2.8. Variables

Es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse, se aplica a un grupo de personas u objetos, los cuales pueden adquirir diversos valores respecto a ella.

- **Variables dependientes:**

Modelos, teorías, cuidados de enfermería

- **Variables independientes:**

Cuidados empíricos

2.9. Encuesta y resultados

Se encuesta a 40 personas del área de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para darnos a conocer algunos datos sobre el conocimiento que tienen de las teorías y modelos de enfermería.

| | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Conoces que es un modelo de enfermería? | SI | NO |
| 2. ¿Conoce que es una teoría de enfermería? | SI | NO |
| 3. ¿Conoce alguna teórica en enfermería? | SI | NO |
| 4. ¿Conoce sobre la vida y obra de Florence Nightingale? | SI | NO |
| 5. ¿Sabes quién fue la creadora del primer modelo de enfermería? | SI | NO |

| | | |
|--|----|----|
| 6. ¿Sabes quién fue la precursora de la enfermería profesional moderna? | SI | NO |
| 7. ¿Cres que en el trabajo diario de enfermería se utilizan estos modelos y teorías? | SI | NO |
| 8. ¿Durante el trabajo diario de enfermería se utilizan solo un modelo de enfermería? | SI | NO |
| 9. ¿Han sido relevantes estos modelos y teorías de enfermería en el desarrollo de esta disciplina? | SI | NO |
| 10. ¿Crees que se tiene ventajas al conocer las teorías y modelos de enfermería? | SI | NO |
| 11. ¿Conoces la clasificación de los modelos y teorías de enfermería? | SI | NO |
| 12. ¿Conoce la teoría del entorno y sus principales ideas? | SI | NO |
| 13. ¿Conoce la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers? | SI | NO |
| 14. ¿Conoce la teoría del autocuidado de Dorothea Orem? | SI | NO |
| 15. ¿Conoce el modelo de sistemas conductuales de Doroty Johnson? | SI | NO |

| | | |
|--|----|----|
| 16. ¿Conoce la vida y obra de Virginia Henderson? | SI | NO |
| 17. ¿Conoce la teoría de Virginia Henderson sobre modelo de cuidados? | SI | NO |
| 18. ¿Conoce acerca de las 14 necesidades que Virginia Henderson describe? | SI | NO |
| 19. ¿Conoce el modelo del núcleo, el cuidado y la curación de Lydia hall? | SI | NO |
| 20. ¿Conoce la teoría del logro de metas de Imonege King? | SI | NO |
| 21. ¿Conoce el modelo de sistemas de Betty Neuman? | SI | NO |
| 22. ¿Conoce el modelo de la conservación de Mayra Estrin Levine? | SI | NO |
| 23. ¿Conoce el modelo del aprendiz al experto de patricia Benner? | SI | NO |
| 24. ¿Conoce la teoría del arte de cuidar de la enfermería clínica? | SI | NO |
| 25. ¿Conoce la teoría de tipología de los problemas de enfermería de Faye Glenn Abdellah? | SI | NO |
| 26. ¿Conoce la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger? | SI | NO |

| | | |
|--|----|----|
| 27. ¿Conoce la teoría del proceso deliberativo de Jean Orlando? | SI | NO |
| 28. ¿Conoce el modelo del interaccionismo simbólico de Joan Riel? | SI | NO |
| 29. ¿Conoce la teoría de modelación del rol de Helen c.? | SI | NO |
| 30. ¿Conoce la teoría del talento para el papel materno de Mercer? | SI | NO |
| 31. ¿Conoce el modelo de la perspectiva de vida de Joyce j.? | SI | NO |
| 32. ¿Conoce el modelo de interacción padre hijo? | SI | NO |
| 33. ¿De la información obtenida cree que son necesarias conocer las teorías y modelos de enfermería? | SI | NO |
| 34. ¿Te interesaría conocer las teorías que no conoces? | SI | NO |
| 35. ¿Los modelos y teorías de enfermería pueden ayudar a mejorar tu practica de enfermería? | SI | NO |

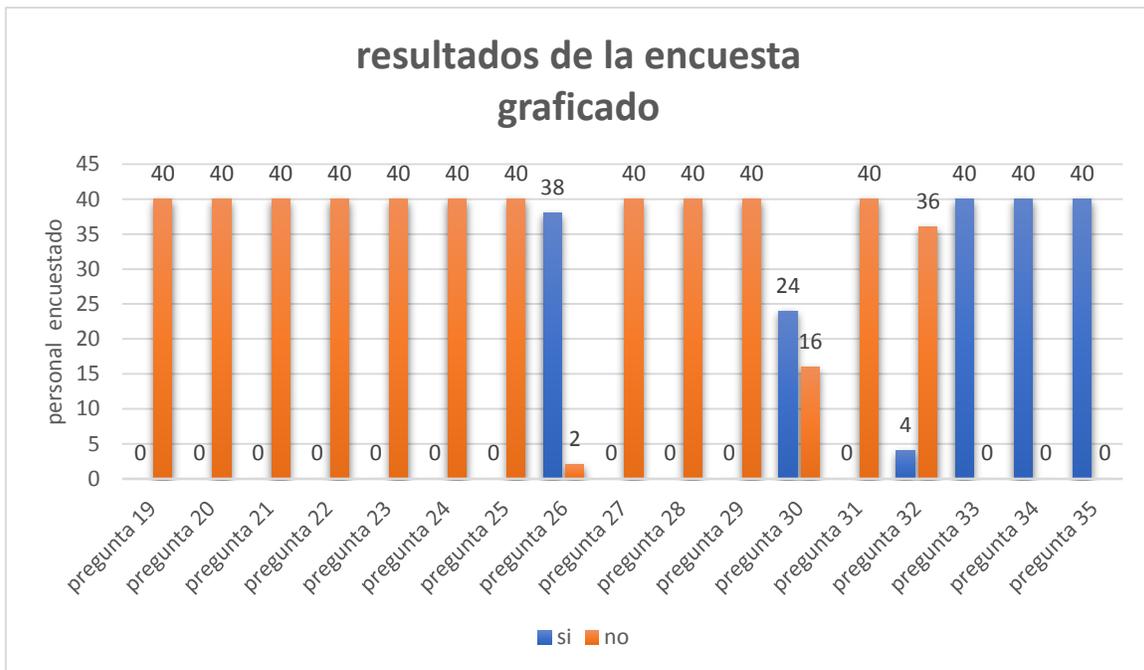
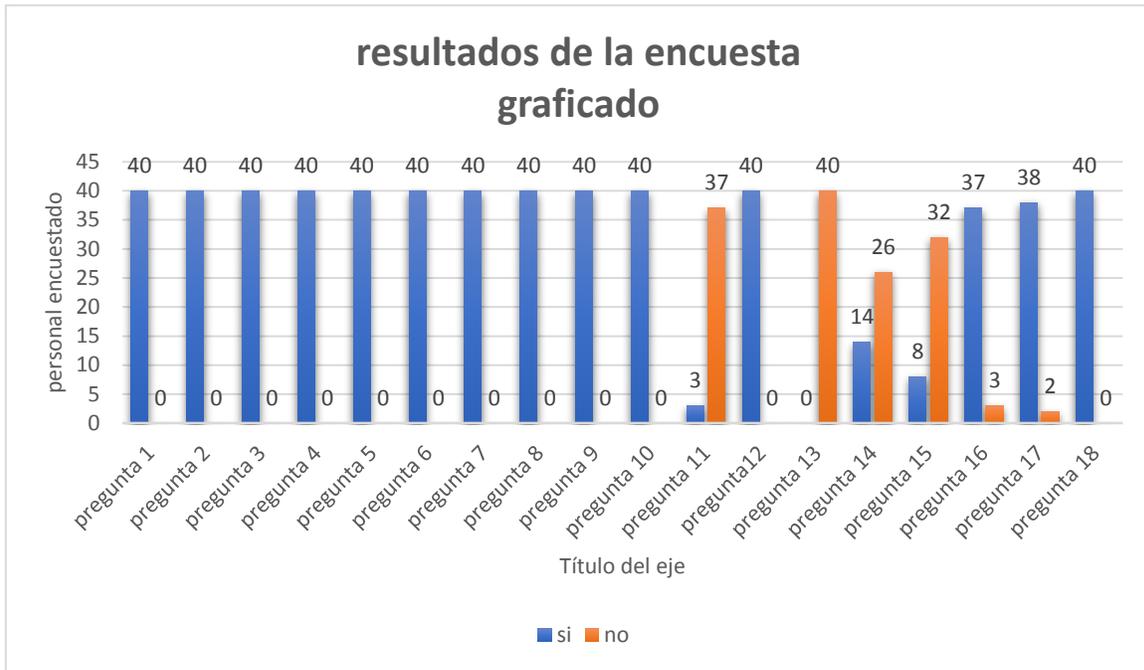
Respuestas obtenidas

| | | |
|-------------|-------|------------|
| Pregunta 01 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 02 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 03 | Si 40 | No ninguna |

| | | |
|-------------|------------|------------|
| Pregunta 04 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 05 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 06 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 07 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 08 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 09 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 10 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 11 | Si 3 | No 37 |
| Pregunta 12 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 13 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 14 | Si 14 | No 26 |
| Pregunta 15 | Si 8 | No 32 |
| Pregunta 16 | Si 37 | No 3 |
| Pregunta 17 | Si 38 | No 2 |
| Pregunta 18 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 19 | Si ninguna | No 40 |

| | | |
|-------------|------------|------------|
| Pregunta 20 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 21 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 22 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 23 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 24 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 25 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 26 | Si 38 | No 2 |
| Pregunta 27 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 28 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 29 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 30 | Si 24 | No 16 |
| Pregunta 31 | Si ninguna | No 40 |
| Pregunta 32 | Si 4 | No 36 |
| Pregunta 33 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 34 | Si 40 | No ninguna |
| Pregunta 35 | Si 40 | No ninguna |

2.10 Graficado



3. GENERALIDADES

3.1 Marco conceptual de la enfermería

Para comprender el concepto de disciplina enfermera y entender los orígenes y el estado actual de la profesión es necesario contextualizarla históricamente.

El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre. En el estudio de las primeras civilizaciones ya se podían identificar miembros de la comunidad encargados de realizar tareas relacionadas con la conservación de la vida y el cuidado de las personas. Desde tiempos remotos, el ser humano ha necesitado ayuda para sobrevivir en momentos de fragilidad, dependencia, enfermedad...

Esta necesidad ha sido cubierta por la enfermería como ocupación, ya que hasta tiempos muy recientes no ha sido concebida como una profesión, sino como una actividad no remunerada, que no contaba con una formación específica, y cuya función era la de proporcionar cuidados en materia de salud.

3.2. Fases en el desarrollo histórico de la enfermería

- Fase tribal-doméstica: Una de las tareas de la mujer, desde las primeras sociedades primitivas, va a consistir en cuidar de los niños y de los ancianos
- Fase religiosa-institucional: Las órdenes clericales controlan las instituciones donde se prestan cuidados
- Fase preprofesional: La atención hecha por personas sin ningún tipo de formación específica
- Fase profesional: Se crean las primeras escuelas. Destaca el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth y Florence Nightingale a la que se le atribuye la profesionalización de la enfermería y se la considera la fundadora de la enfermería moderna protestante y laica.

3.3. Claves en el desarrollo de la enfermería profesional

La evolución de la enfermería está íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época. Asimismo, los valores y la filosofía dominantes han originado diferentes concepciones de salud y de persona, lo que ha hecho que la atención de enfermería se adaptara y se desarrollara paralelamente a los cambios. Algunos de los factores clave en la evolución de la enfermería profesional aparecen desarrollados seguidamente.

3.4. Las concepciones filosóficas y sociológicas

Se trata de un factor externo a la profesión. Se identifica con las interpretaciones filosóficas y sociológicas de los fenómenos que influyen en la enfermería. Los conceptos que más han influido en el desarrollo de la profesión son los de salud y persona. A lo largo del tiempo ha ido variando su significado, según las épocas y las culturas. Al evolucionar ambos conceptos, la atención a las personas ha ido adaptándose y modificándose paralelamente

- La salud como supervivencia:

Esta concepción es propia de las sociedades más primitivas. Las actuaciones van dirigidas al mantenimiento de la vida a través de la cobertura de las necesidades más básicas: de abrigo, alimentación, hidratación, etc.

- La salud como valor sobrenatural:

La enfermedad era entendida como un castigo divino. La curación y la adquisición de la salud eran explicadas a través de la magia. Los tratamientos se basaban en experiencias sobrenaturales y en interpretaciones cosmológicas. Durante esta etapa eran los chamanes, magos o líderes religiosos los encargados de proporcionar salud a la comunidad.

- La salud como valor religioso:

Muy ligada a las interpretaciones filosóficas cristianas de la época. Como consecuencia de la concepción divina de persona, los cuidados se dirigen

fundamentalmente al alma o sustancia inmaterial. El cristianismo crea la idea de salvación a través de la caridad y el cuidado humanitario al enfermo.

- La salud como ausencia de enfermedad:

Como consecuencia del avance científico que tiene lugar a lo largo del siglo XIX, se encuentran explicaciones de la enfermedad mediante relaciones de causalidad. Por ejemplo, a raíz de los descubrimientos de Pasteur sobre las bacterias y el desarrollo de la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, se demostró que la enfermedad es el efecto visible de una causa que puede ser buscada y eliminada mediante un tratamiento específico. Koch o Lister, entre otros, también colaboraron con sus descubrimientos a la concepción de salud como ausencia de enfermedad. Las actuaciones se centran en la enfermedad, y su tratamiento. El enfermo es reducido a la enfermedad que padece, despersonalizándose su atención.

- La salud como equilibrio de la persona con su entorno.

La salud es entendida como el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social, es la idea vigente actualmente.

Un importante paso en esta concepción de salud lo aportó la OMS en la Conferencia de Alma Ata, en 1948, elaborando la siguiente definición: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con esta declaración se quería hacer hincapié en que tanto en la salud como en la enfermedad existen diversos grados de afectación y se debe aspirar, más que a la mera ausencia de enfermedad, a fomentar el máximo potencial de salud de la persona. Como consecuencia se apuesta por la atención a la salud de una manera amplia e integral.

En este marco interpretativo la enfermería cada vez otorga más relevancia a los cuidados centrados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto de la persona a título individual, como de las comunidades y grupos.

3.5. Las asociaciones profesionales

Han sido y siguen siendo grandes impulsoras del cambio y de la calidad en la profesión. Ya en 1965, la Asociación Americana de Enfermería (ANA) proponía la

siguiente definición para la formación en enfermería: “Una escuela de enfermería independiente de los organismos de servicio, pero que proporcione formación para el servicio, con enfermeras educadoras competentes, y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. El desarrollo de la estudiante como persona. La dignidad del paciente como ser humano.

La provisión de la enfermería como servicio comunitario, al mismo tiempo que como cuidado institucional. La identificación de la base sobre la cual se funda la enfermería; por ejemplo, la higiene ambiental y el cuidado personal. La dirección de la enfermería a cargo de las enfermeras. El modelo de la enfermera como persona de cultura, y como profesional competente”.

Otra asociación importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), fundado en 1899 que agrupa una federación de más de 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE).

Trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas de salud acertadas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería, la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y unos recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios. El CIE fue pionero en interesarse por cuestiones ético-legales y elaboró en 1953 el primer Código Ético de la profesión.

Otras asociaciones que han colaborado en el desarrollo de una enfermería profesional son:

- En el Reino Unido, el Real Colegio de Enfermería (RCN), fundado en 1916.
- En España existen varias asociaciones de enfermería, la más importante es el Consejo General de Enfermería, que aglutina a los diferentes Colegios Oficiales. También se puede destacar por su labor a la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), creada en 1978.

3.6. Relación entre la enfermería y la mujer

El estrecho vínculo entre enfermería-mujer constituye una característica propia de la enfermería que ha sido determinante en el desarrollo de la profesión.

Históricamente la mujer ha estado vinculada al ámbito de lo doméstico. Esta cuestión ha repercutido directamente en las funciones tradicionalmente atribuidas a ella, como el ámbito del cuidado.

La historia de la mujer ha transcurrido paralela a la de la enfermería. No hay que olvidar que la mujer en España no tuvo derecho al voto, y con restricciones, hasta 1924. El acceso a escuelas en las que se favoreciese su desarrollo intelectual no se produjo hasta mediados del siglo XIX.

No es de extrañar, por tanto, que una actividad con tan marcada influencia de género no haya progresado hacia la profesionalización y el reconocimiento social hasta bien entrado el siglo XIX.

Se puede decir entonces que el desarrollo histórico de la Enfermería desde el prisma de género constata que hitos históricos han permitido a la mujer y a la enfermería conquistar espacios en la sociedad y el campo laboral.

A pesar de los estereotipos ligados al sexo y vinculados al quehacer doméstico. La evolución de la enfermería desde sus inicios como profesión, fue lenta con un periodo letárgico, silencioso, que paulatinamente consiguió espacios y reconocimiento en la sociedad, de ser un profesional al servicio del médico, logró ser su colaborador, en una relación horizontal dejando atrás estereotipos de sumisión y servilismo.

La enfermera ha conseguido empoderarse gradualmente de espacios en los que se desempeña, destacándose por su preparación, luchando por su autonomía.

Las políticas mundiales sociales, de salud y otras, se han orientado a conseguir la equidad de género, en todos los ámbitos de la sociedad actual, desde las oportunidades de educación, acceso a la salud y oportunidades en la esfera laboral entre otras. La enfermería siendo una profesión mayoritariamente compuesta por mujeres ha tenido que luchar por conseguir y mantener los espacios y el status que se merece.

3.7. Antecedentes religiosos.

En el mundo occidental la influencia religiosa más relevante ha sido la del cristianismo. Los valores cristianos y la idea de salvación a través de la caridad y de la asistencia al necesitado, han sido claves en la orientación de los cuidados. Durante el final de la antigüedad clásica y a raíz del mandato divino de fraternidad y solidaridad, se desarrolla una enfermería organizada.

Se materializa en diferentes órdenes e instituciones religiosas, que a lo largo de la historia se han hecho cargo del cuidado de las personas necesitadas. La atención era llevada a cabo principalmente por mujeres con marcado carácter vocacional.

Como consecuencia de la reforma protestante emprendida por Martin Lutero en el siglo XVI, se produce un vacío en la asistencia sanitaria a enfermos y necesitados en el mundo anglosajón, donde más influencia tuvo el protestantismo. A diferencia del catolicismo, que consignaba la salvación a través de la caridad y el cuidado del necesitado, el protestantismo apoyaba la creencia de lograrlo únicamente a través de la fe.

Esta idea originó la ausencia de órdenes religiosas que se hicieran cargo del cuidado, provocando un vacío institucional en la atención de los enfermos durante la edad moderna, conocida como la “Época oscura de la enfermería”.

Muchos autores atribuyen a esta situación de desamparo el inicio del camino hacia la profesionalización de enfermería.

En el mundo anglosajón, concretamente en Inglaterra a partir del siglo XIX, con mujeres como Elisabeth Fry (1780-1845) o Florence Nightingale, se considera la necesidad de la enfermería como actividad remunerada y ejercida por mujeres laicas.

3.8. Profesionalización de la enfermería.

La evolución de vocación a profesión sólo era posible mediante una formación reglada, ordenada y sistemática en el que se requiere la adquisición de un cuerpo sustancial de conocimientos, en el que basar la práctica enfermera. Este cuerpo de

conocimientos particulares de una profesión es lo que se conoce como disciplina enfermera.

De entre las muchas autoras que han definido la disciplina enfermera se puede destacar a la conocida como madre de la enfermería profesional, Florence Nightingale. Fue la primera que describió, en su obra “Notas de Enfermería” (1859), qué es la enfermería y cuál es su función. Afirmó que el conocimiento enfermero era diferente al conocimiento médico.

Describió la función de la enfermería como: “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. Para cumplir con este objetivo se debería adquirir una sólida base de conocimientos propios sobre la persona y el entorno, diferente a la que los médicos utilizaban en su práctica.

Se pueden identificar tres características de las disciplinas que las determinan como tal:

- Poseen un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.
- 2. Utilizan en su actividad el método científico, adaptado a las peculiaridades del objeto disciplinar.
- 3. Organizan los conocimientos con lenguaje científico. Las proposiciones, los enunciados y los términos lingüísticos se articulan entre sí en distintos niveles de abstracción para ordenar los conocimientos.

En la actualidad la enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar mediante la investigación. En su vertiente asistencial recientemente se han producido importantes cambios, pasando de ejercer el cuidado basado en el empirismo y las creencias a llevar a cabo una enfermería basada en la evidencia. En su función docente se responsabiliza de la formación de sus propios profesionales; y asume la gestión, organizando y dirigiendo los servicios de enfermería.

Recuerda: Las cuatro funciones claves en la enfermería son la función investigadora, la asistencial, la docente y la gestora o administrativa.

El vínculo entre profesión y disciplina es fuerte y estrecho, lo que hace que en ocasiones se utilicen indistintamente. A pesar de ello se puede establecer una diferencia sustancial entre ambos términos:

3.9 Disciplina enfermera:

Representa el cuerpo de conocimientos marcados por una perspectiva teórica única y una manera distinta de examinar los fenómenos.

Desde hace algunos años las enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la profesión, quizás como ningún otro grupo ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, investigación, formación y la gestión en enfermería.

Esta actividad a través de la historia ha estado relacionada con la mujer, caracterizada por el temperamento maternal, idiosincrasia propia y muchas veces impuesta por diferentes sociedades.

La discriminación a que estaba sometida la mujer, la obligaba, generalmente, a realizar solamente las actividades hogareñas y no se les permitía estudiar; esto junto con el desarrollo vertiginoso de la medicina, la atención de la sociedad hacia el médico y su método clínico influenciaron negativamente en el pensamiento enfermero.

A mediados del siglo XIX por primera vez *Florence Nightingale*, cuando asiste como voluntaria a la Guerra de Crimea* y organiza un departamento de enfermería, desafiando los tabúes de la sociedad Victoriana Inglesa, escribe y enuncia una serie de postulados sobre su punto de vista acerca de la enfermería. Desde aquella época hasta la actualidad muchos han sido los autores y organizaciones que ofrecen una definición conceptual de enfermería.

Los términos profesión, ciencia y holismo son más recientes en la historia de la enfermería y en ocasiones de escaso dominio por algunas de las practicantes. Por tal motivo se realizó una revisión de la literatura para describir cómo abordan distintos autores estos conceptos, desde los orígenes de la profesión, así como las

condiciones históricas y tendencias filosóficas que influyeron e influyen en la enfermería.

Posteriormente no es hasta la década del 50 en el siglo XX que existe, si se puede decir así, un estallido de teóricas en enfermería que enuncian diferentes tipos de postulados y con ellos su punto de vista de lo que constituye la enfermería. Algunos ejemplos se exponen a continuación.

- *Ida Jean Orlando*: consideró la enfermería como profesión independiente que funciona de manera autónoma, la función de enfermera profesional la describe como la averiguación y la atención de las necesidades de ayuda inmediata al paciente.
- *Virginia Henderson*: planteó que la enfermería era ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyeran a la salud y la recuperación, o a una muerte en paz y que estas actividades las podría llevar a cabo el individuo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.
- *Myra Levine*: la enfermería es una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas enfermas o sanas.
- *Dorothy Johnson*: es una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo en aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física, social o existe una enfermedad.
- *Martha Rogers*: la enfermería es una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.
- *Dorothea Orem*: es una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos.

- *Imogene King*: proceso de acción, reacción e interacción por el cual el cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye actividades de promoción de salud, mantenimiento, restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo, el lesionado y el moribundo.
- *Betty Neuman*: se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y los posibles efectos de los factores de estrés ambiental y ayudar a los ajustes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.
- *Sister Callista Roy*: un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un análisis y acciones relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento del mecanismo de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces.
- *Abdellah*: es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera en un deseo de ayudar a la gente enferma o no, haciendo frente a sus necesidades sanitarias.

La American Nurse Asociación (ANA): es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.

3.10. Profesión enfermera:

Es el campo especializado de la práctica, creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina.

A la luz de esta diferenciación, es posible interpretar que el desarrollo de la disciplina enfermera se debería abordar en primer lugar, para poder así ofrecer unas explicaciones y una base sólida de conocimientos que fundamenten la práctica profesional.

Para conseguir el verdadero progreso, disciplina y profesión deben ir de la mano, la teoría y la práctica deben complementarse y retroalimentarse. “La teoría sin la práctica está vacía y la práctica sin la teoría, ciega”

El concepto de profesión es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores. Sin embargo, el término requiere mayor análisis desde su concepto, evolución histórica y de este modo lograr comprender como se fue perfilando una profesión dentro de la sociedad.

Enfermería se perfila como una profesión desde la era Nightingale. Desde esos años se formaliza la preparación de enfermeras en hospitales, y posteriormente y en forma paulatina es ligada a una formación universitaria.

La necesidad de generar conocimiento basados en el método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería, y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan el quehacer. Este conocimiento y al delimitar a los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, los profesionales perfilan claramente un quehacer autónomo e indelegable.

El código de ética establecido y reconocido establece las normas y valores de todos quienes profesan a la enfermería como profesión.

Ligado a este código, está la contribución que históricamente se ha reconocido a las enfermeras socialmente.

Las enfermeras a través de sus organizaciones han luchado porque el reconocimiento social se traduzca en mejores condiciones laborales, oportunidades y remuneraciones para el gremio.

Se puede concluir que enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentados elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose en esta sociedad dinámica, cambiante, global y tecnologizada. Haciendo frente como profesión a los nuevos desafíos con claridad y visión de futuro.

3.11. La educación formal

En este punto es conveniente volver a destacar la marcada influencia de género de la enfermería. Es necesario ser conscientes que hasta hace muy poco tiempo se trataba de una actividad reservada únicamente a mujeres, y durante muchos años, los sistemas de educación y formación han estado pensados exclusivamente para los hombres.

Durante la mitad del siglo XIX surgieron numerosos movimientos femeninos que reivindicaban su derecho al voto y a una educación igualitaria.

En este contexto social se sitúa Florence Nightingale, cuando por primera vez aboga por una instrucción cualificada de la enfermería.

El Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth (Alemania), dedicado a la atención de los enfermos y que contaba con un programa de formación de 3 años, fue una clara influencia para Florence Nightingale que, en 1860, funda la Nightingale Training School of Nurse en el Hospital Saint Thomas (Londres).

El proceso de formación tenía una duración de 3 años, el primero de los cuales estaba reservado únicamente a la formación teórica.

Las escuelas de enfermería pertenecían a hospitales y durante mucho tiempo la ubicación de estas estuvo en el seno de la institución hospitalaria. Esta situación se mantuvo en el tiempo, aproximadamente hasta la incorporación de la formación a las universidades.

3.12 Formación de la enfermería española

En España se puede comenzar a hablar de profesión a partir de finales del siglo XIX y comienzos del XX. La formación requerida para practicante es regulada por primera vez en 1857 en la Ley de Instrucción Pública, poco después se hace lo mismo con la formación para las matronas.

En 1953 se unifican las tres profesiones existentes hasta el momento (matrona, practicante y enfermera) en una sola titulación con marcado carácter dependiente, que recibe el nombre de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). En 1977, mediante el Real Decreto, las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se integran en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería.

Las especialidades actualmente reguladas en el Real Decreto 992/1987 son las de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), enfermería pediátrica, enfermería de salud mental, enfermería de salud comunitaria, enfermería de cuidados especiales, enfermería geriátrica, gerencia y administración de enfermería.

Las únicas dos especialidades que por el momento no se han desarrollado son la de enfermería de cuidados especiales y la de gerencia y administración de enfermería.

En la actualidad se sigue el plan Bolonia, que se puso en marcha el año 2010-2011 en la mayor parte de todas las universidades españolas. Con este Plan se pasa de la antigua diplomatura, de 3 años de duración, al grado universitario de 4 años. Algunos de los objetivos más importantes del Plan Bolonia son obtener una formación continuada y no frenar los estudios una vez cursado el grado, e igualar las titulaciones de diplomatura y licenciatura en un único título de grado, que facilite el acceso a los estudios de posgrado.

3.13. Objeto de estudio de la disciplina enfermera

- **construcción de la disciplina enfermera.**

La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer un marco teórico que contemple la finalidad y el sentido de la enfermería.

Conociendo nuestro contexto histórico, y la esencia de la profesión, parece obvio que nuestro núcleo de estudio lo constituya el cuidado, pero entonces es preciso preguntar qué es el cuidado.

Una acertada definición la ofrece M. Françoise Collière: “El arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida”.

El término en sí tiene un significado muy amplio, por esta razón, y en el sentido profesional que le otorga la enfermería, es preciso matizarlo y analizarlo. Éste es el objetivo de la elaboración de los modelos teóricos explicativos. J. Fawcett y otras investigadoras teóricas, identificaron cuatro conceptos que están presentes en todos los modelos conceptuales que han desarrollado las enfermeras:

enfermería o cuidado, persona, entorno y salud.

Como resultado, se ha establecido un consenso tomando a estos cuatro conceptos como los principales núcleos de la enfermería teórica. Por sí solos no adquieren significado, pero a través de un modelo teórico que les dote de contenido, cobrarán un sentido unitario.

- **Metaparadigma enfermero.**

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del metaparadigma enfermero son:

- La persona.
- El entorno.
- Los cuidados enfermeros.
- El concepto de salud.

Pueden aparecer más fenómenos con el paso del tiempo.

Conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Se establecen las relaciones entre ellos de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Nombra persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general. Pueden aparecer más fenómenos con el paso del tiempo.

- **Persona -Entorno -Salud -Enfermería**

- Persona: Individuo de la especie humana
- Entorno: es aquello que rodea a alguien
- Salud: Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.
- Enfermería: es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas asistencia sanitarias, siguiendo pautas clínicas.

Recuerda: Por consenso, las enfermeras identifican los conceptos de enfermería o cuidado, salud, persona y entorno como los conceptos meta paradigmáticos de la enfermería.

Al metaparadigma también se le denomina marco conceptual, disciplinar, o referencial. Se puede definir como “la perspectiva más global de una disciplina que actúa como una unidad de encapsulación o marco en el que las estructuras más restringidas se desarrollan. En él se identifican ciertos fenómenos que son de interés para una disciplina y explica cómo esta disciplina se ocupa de los fenómenos de una manera única”.

A pesar del consenso en torno a los elementos meta paradigmáticos, y de que la disciplina enfermera lleva investigando desde la década de 1950 aproximadamente, hay muchas autoras que reconocen que aún hoy en día el objeto de estudio de la enfermería aún no está claro.

4. MODELOS Y TEORÍAS ENFERMERAS

A continuación, se abordan las características más relevantes de los principales modelos y las teorías de enfermería.

Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto, es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería.

No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería.

La Enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales.

El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

4.1 Modelos Teóricos

Son representaciones que ayudan a comprender aquello que no se puede ver. Son abstracciones simbólicas de la realidad enfermera que intentan describir conceptos

y relacionarlos entre sí, al mismo tiempo que pretenden hacer una propuesta de funcionamiento de la realidad enfermera

El modelo conceptual de enfermería trata de representar el ideal de lo que la enfermería debería ser, mediante la definición y la relación de sus elementos meta paradigmáticos: persona, salud, entorno y rol profesional. Son al mismo tiempo una representación y una propuesta de realidad ideal. Los modelos son un paso previo a la elaboración de las teorías.

Las proposiciones que se plantean en el modelo teórico deben ser comprobadas por medio de la investigación en la práctica. Si la propuesta de funcionamiento se pone en práctica a través del método científico, en nuestro caso el proceso enfermero, investigando será posible comprobar la validez del modelo teórico. Sí la investigación demuestra que la proposición es correcta, entonces se podrá desarrollar la teoría enfermera. En caso de no ser válida, habrá que reformular o rechazar el modelo teórico.

Es conveniente señalar que, contrariamente a lo que se cree, los modelos no están alejados de la práctica. En realidad, alcanzan su verdadero significado cuando son empleados y validados en la práctica enfermera, en cualquiera de sus funciones: asistencial, docente, investigadora o administrativa.

4.2 Ventajas de la utilización de los modelos teórico.

Por una parte, el hecho de posibilitar una representación teórica de la intervención enfermera es una ventaja en sí misma, puesto que su actuación práctica queda reflejada en un documento escrito, que permanecerá a lo largo del tiempo. Por otra, al ser una abstracción de la realidad, nos puede ayudar a identificar y explicar el núcleo o la esencia de la actuación de enfermería.

El representar teóricamente una realidad compleja, así como sus relaciones laborales, contribuye a clarificar la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad de los profesionales de la salud. Este hecho también ayudará a adquirir y reforzar las competencias que le son propias.

Principales ventajas en la utilización de los modelos teóricos

- Nos muestran aquello que es esencial en la actuación de la enfermera
- Concretan la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad
- Identifica y clarifica la relación de la enfermera con el resto de las profesionales de salud.
- Permiten representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera.
- Permiten desarrollar guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia

4.3 Teorías de enfermería

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno.

Define relaciones entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos. Se diferencia del modelo en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica.

Los modelos y teorías de enfermería tienen en común el metaparadigma del que parten. Una teoría es un conjunto de conceptos y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar, predecir y controlar (Marriner-Tomey).

El desarrollo de la “Teoría General del Cuidado” (conjunto de teoría de enfermería) es considerado por muchas enfermeras (os) como una de las labores cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. Históricamente los conocimientos teóricos utilizados por las enfermeras (os) se han derivado casi exclusivamente de otras ciencias (como la Medicina, la Psicología, etc.).

Debido a que es una profesión que está emergiendo como disciplina científica, la enfermería está profundamente enfocada, ahora, en la identificación de su base teórica de conocimientos llamada también ciencia de enfermería.

Esta situación significa que se está cambiando el paradigma de enfermería. La enfermería es una “disciplina” que se encuentra en construcción (Esteban 1992). La literatura y el intercambio profesional internacional ponen de manifiesto que el uso

de modelos de práctica basados en “teoría y método” propios de enfermería, es un hecho aún incipiente en la actualidad. En este sentido, también es cierto que ha habido adelantos significativos. Algunos de ellos son:

- El desarrollo académico (nivel de doctorado en enfermería)
- La identificación del “cuidado” como objeto de estudio de la profesión
- El inicio del proceso de construcción de la “Teoría General del Cuidado”

Particularmente en nuestro medio, la necesidad de un mayor activismo al respecto es evidente. Este pequeño subcapítulo únicamente pretende propiciar la reflexión de los profesionales de enfermería sobre este importante tema. Ann Marriner agrupa a los teóricos de enfermería en tres categorías:

- Filosofías de enfermería o teorías de bajo nivel: Aquí considera a Nigthingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, May, Watson y Benner.
- Teorías de nivel medio: Las obras de Peplan, Orlandos Travelbee, Riel-Sisca, Erickson, Tomlin, Swain, Mercer, Barnard, Leininger, Parse, Fritz Patrick, Newman, Adam y Pender.
- Modelos conceptuales o grandes teorías: Incluye a Orem, Levine, Rogers, Jonson, Roy, Neuman y King.

4.4.¿Por qué usar Conceptos Teóricos en la Práctica de Enfermería?

Durante las últimas décadas la práctica de enfermería ha tenido cambios a gran escala, esto significa el inicio de una “revolución científica” derivadas del desarrollo académico. Una buena forma de apoyar este movimiento es utilizando sus aportaciones. Esto sin olvidar, que como en cualquier otra profesión, los paradigmas de enfermería pueden nacer y morir, esto significa que las teorías no necesariamente son verdades absolutas y perpetuas. Es probable que lo que ahora nos convence, más adelante se cambie por algo supuestamente mejor. Utilizar conceptos teóricos en la práctica, es una forma de validarlos o desaprobarnos. Algunas razones para ejercer la enfermería con base en teorías científicas son:

- *Las teorías guían la práctica profesional*, puesto que ofrecen una perspectiva, son un punto de vista o una manera de pensar acerca de enfermería. Por lo tanto, conforman una estructura de pensamiento.
- *Definen el límite de la práctica profesional*. Permiten detectar el rol que identifica a la enfermería en la sociedad. Establecen, por lo tanto, a la enfermería como una unidad única.
- *Proporcionan el cuerpo de conocimientos propios de la profesión*, con lo que se le da forma y contenido al proceso asistencial de enfermería.
- *Crean un lenguaje común y propio de enfermería*, así facilitan la comunicación entre colegas.
- *Favorecen la autonomía profesional*, tanto en la investigación, como en el ejercicio de la enfermería.
- *Favorecen el surgimiento de una “nueva enfermería”*, con una base de identidad más enfocada a la salud del paciente.

Las teorías son una abstracción que se materializa mediante la práctica del proceso de enfermería para proporcionar un óptimo cuidado al paciente.

4.5. Clasificación de modelos y teorías enfermeras

Existen diversas clasificaciones de los modelos teóricos enfermeros. A continuación, se describen algunas de las más utilizadas e influyentes.

De interacción, evolucionistas, de necesidades humanas, de sistemas, paradigma enfermero.

- Interacción:

Se fundamentan en las relaciones entre las personas. Para lograr el objetivo perseguido es necesario establecer una interacción recíproca. Las características personales, el autoconcepto y las capacidades comunicativas son pilares básicos en estos modelos. La persona constituye un elemento activo en el cuidado de su salud, y la atención se centra en ella.

- Evolucionistas:

Se centran en la teoría del desarrollo, subrayan el progreso, la maduración y el crecimiento. Su atención se centra en el cambio como fenómeno ordenado y predecible, y que toma una dirección concreta. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo.

- De necesidades humanas:

El núcleo en el que se fundamentan las acciones enfermeras es la teoría de las necesidades humanas, para la vida y la salud.

- De sistemas:

Se basan en la concepción de las personas como sistemas abiertos, que mantienen una relación de retroalimentación con el entorno. El estado óptimo del sistema es el equilibrio, que se alcanza cuando las fuerzas externas e internas están compensadas. La meta es considerar los fenómenos de forma global más que como la suma de sus partes.

- Paradigmas enfermeros

Desarrollada por Suzanne Kérouac et al., esta clasificación se basa en los conceptos, ideas y postulados que los modelos teóricos tienen en común. Se trata de una clasificación genérica y amplia que identifica tres paradigmas:

- Categorización: se orienta hacia la salud pública y hacia la enfermedad.
- Integración: con una atención centrada en la persona.
- Transformación: orientado hacia la persona unitaria en interacción con el universo

4.6. Paradigma de categorización

Tomando como base este paradigma, los fenómenos son simplificados para poder analizarlos, cuantificarlos y más tarde clasificarlos. La meta de los modelos englobados en el paradigma de categorización es encontrar la causa de la enfermedad. Se pueden distinguir dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad.

4.7. Orientación hacia la salud pública

Se caracteriza por la necesidad de mejorar las condiciones higiénicas de la época. Entre los siglos XVIII y XIX las hambrunas, las guerras y las epidemias infecciosas de enfermedades como la peste, el paludismo, el tifus exantemático, el cólera, el sarampión, la viruela, la gripe, la escarlatina y otras muchas, diezmaron a la población.

La máxima representante de este paradigma es Florence Nightingale que basaba su atención en aplicar los principios de higiene pública, en la utilización de conocimientos estadísticos comparativos y en una enseñanza formal y rigurosa.

4.8. Orientación hacia la enfermedad

Esta etapa comienza en el siglo XIX. Focaliza el interés en la enfermedad y está muy relacionada con la práctica médica. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. La persona es un sujeto pasivo del cuidado, se deja hacer, no se le permite participar de su propio cuidado. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. Se separa la dimensión biológica de la dimensión psicológica y se estudian los aparatos/sistemas por separado.

Durante esta época se focaliza en el control de las infecciones, mejorando los métodos antisépticos y las técnicas quirúrgicas.

4.9. Paradigma de la integración

Prevalente entre los años 1950 y 1975, es consecuencia de la definición de salud de la OMS (1948). Coincide con el auge del modelo biopsicosocial.

A diferencia del paradigma de categorización, en éste se integran los fenómenos en unas circunstancias particulares. Está fuertemente influenciado por la psicología. El elemento hacia el que se orienta este paradigma es la persona, concebida como un todo, formado por la suma de sus partes, que están interrelacionadas. El cuidado

es constante, el paciente/cliente es el protagonista y adquiere responsabilidad en su proceso.

La mayoría de los modelos teóricos pertenecen a este paradigma.

4.10. Paradigma de transformación

La persona es considerada de forma holística, como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, es indisociable de su universo.

La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano y su entorno. Se trata así de un enfoque de promoción de la salud que incita a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y participar con objeto de mejorar su bienestar. La salud es una cuestión subjetiva a la que la persona da una importancia determinada por sus experiencias pasadas y presentes. Representantes de esta corriente son Newman (1983), Parse (1981), Rogers (1970), Watson (1985), etc .

4.11. Fenómenos en los que se ha basado la orientación de los cuidados enfermeros

Cada uno de los paradigmas presenta unas orientaciones específicas según el concepto fundamental en el que centran su atención.

Benavent también coincide con Kérouac, en que la orientación de los cuidados enfermeros durante el último siglo y medio ha estado centrada en los siguientes cuatro fenómenos:

- La enfermería centrada en el entorno.
- La enfermería centrada en la enfermedad.
- La enfermería centrada en la persona.
- La enfermería centrada en la interacción de la persona con su entorno

| PARADIGMA | ORIENTACIÓN | ESCUELA | AUTORA (AÑO) | MODELO (M)/TEORÍA (T) |
|----------------|-----------------------|---------------------|---|---|
| Categorización | Salud pública | | F. Nightingale (1859) | T. del entorno |
| | Enfermedad | | | |
| Integración | Persona | Necesidades | V. Henderson (1955) | Definición de enfermería |
| | | | D. Orem (1959) | T. del déficit de autocuidado |
| | | Interacción | H. Peplau (1952) | M. de relaciones interpersonales |
| | | Efectos deseables | D. Johnson (1968) | M. del sistema conductual |
| | | | C. Roy (1971) | M. de adaptación |
| | Promoción de la salud | M. Allen (1963) | M. de promoción de la salud en la familia | |
| Transformación | Mundo | Ser humano unitario | M. Rogers (1970) | M. de los seres humanos unitarios |
| | | Caring | M. Leininger (1978) | T. de los cuidados culturales |
| | | | P. Benner (1984) | Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería |

4.12. Escuelas de pensamiento

Al igual que los paradigmas de enfermería, se trata de una clasificación efectuada por Kérouac, et al. En ella se agrupan los modelos y teorías en función de la orientación que los cuidados de enfermería reciben.

Al ser una clasificación bastante concreta, resulta útil a la hora de utilizarla para estudiar y analizar los diferentes modelos y las relaciones existentes entre ellos.

Se agrupan en seis escuelas: escuela de necesidades, escuela de interacción, escuela de los efectos deseables, escuela de la promoción de salud, escuela del ser humano unitario y escuela del caring.

➤ Clasificación de modelos teóricos en Escuelas

A continuación, en la Tabla 1.4, se muestran algunas de las principales teóricas agrupadas en escuelas de enfermería según Kérouac, et al., en 1996.

Principales características de las escuelas de enfermería

• Escuela de necesidades:

Define la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.

• Escuela de interacción:

Concibe la enfermería como un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.

- Escuela de los efectos deseables:

Intenta conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros.

- Escuela de la promoción de la salud:

Destaca el papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud.

- Escuela del ser humano unitario:

Se interesa por quién es y cómo es el receptor de los cuidados.

- Escuela del caring:

Centrada en el denominado caring. Este nuevo concepto implica un cuidado basado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.

Clasificación de Marriner y Raile

Martha Raile y Anne Marriner Tomey en su obra Modelos y teorías en enfermería proponen, en 2007, como tipos de trabajo teórico, las filosofías, los modelos conceptuales en enfermería, las teorías en enfermería y las teorías intermedias en enfermería:

- Las filosofías analizan, razonan y exponen tratando de encontrar el significado de los fenómenos de la enfermería.

- Los modelos conceptuales de enfermería son amplios y definen los elementos meta paradigáticos de la enfermería, proporcionando una perspectiva única de los mismos.

- Las teorías de enfermería están desarrolladas a partir de un marco conceptual, resultando más específicas que los modelos, conforman la categoría más específica de la clasificación, se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.

- Las teorías intermedias son precisas y se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.

El grado de abstracción es descendente en la clasificación siendo las teorías intermedias las más concretas y las filosofías las más abstractas

Otras clasificaciones

Además de las descritas anteriormente, es conveniente conocer la existencia de otras clasificaciones relevantes. Aparecen algunas de las desarrolladas por autoras influyentes en la enfermería.

5. PRINCIPALES MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA

5.1. FLORENCE NIGHTINGALE. “TEORIA DEL ENTORNO”

Los estudiantes de la licenciatura en Enfermería interpretarán y valorarán la teoría de Florence Nightingale. Definir los metaparadigmas de la teoría. Explicar las características y los aportes de la teoría del entorno.

La teoría del entorno fue creada por Florence Nightingale, una enfermera considerada mundialmente como madre de la enfermería moderna. Esta teoría trata sobre la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas. Nightingale consideraba que la enfermera era la encargada de manipular el ambiente para beneficiar la salud del paciente. Como toda teoría, esta posee características que la identifican junto a los 4 meta paradigmas, supuestos y afirmaciones que la sustentan.

Fundadora de la enfermería moderna, nació en Italia el 20 de mayo de 1820.

La educación matemática y filosofía brindada por su padre le proporcionó conocimientos y pensamiento intelectual. Sus definiciones de enfermería y sanidad están influenciadas por los comentarios de Dickens sobre la sanidad y la necesidad de la reforma social y sanitaria. El pensamiento lógico y filosófico de Florence se estableció gracias a la relación que mantuvo con líderes políticos y reformadores sociales. Sus creencias religiosas constituyeron una inspiración ya que consideraba que trabajar para beneficiar a los demás era el mejor modo de servir a Dios.

La enfermedad era un proceso reparador, una reacción contra las condiciones que se encontraba la persona. El contagio y la contaminación se dan por medio de sustancias orgánicas procedentes del paciente y/o el entorno.

5.2. Afirmaciones Teóricas

Las enfermeras que proporcionaban atención sanitaria preventiva debían tener una preparación más amplia Toda mujer debe recibir preparación para cuidar un enfermo

Las intervenciones adecuadas sobre el entorno podrían evitar las enfermedades. Las enfermeras son agentes morales. Es la idea sobre la cual se basan las acciones de higienización moderna. Pauta para la relación con los pacientes donde se inculca el principio de confidencialidad Salud pública: agua potable, no diarrea. Abordo el tema de toma de decisiones que afectan al paciente (ley 68)

5.3. Características

- -sencillez
 - -Precisión empírica generalidad
 - -Orienta y guía la práctica profesional
 - -Conceptos concretos que brindan conocimiento
 - -Es posible de verificar (se ve en la práctica enfermera actual
 - -Es útil clínicamente (todavía es aplicable a la práctica enfermera)
 - -Es amplia (se aplica a todas las enfermeras y mujeres que se vean en la necesidad de cuidar a alguien)
-
- Es considerada una filosofía: orienta a la enfermera y explica la influencia del entorno sobre la salud mediante el análisis y el razonamiento

- No se considera clara, pues no identifica los principales conceptos consecuencias deducibles (utilidad)
- Diferencia el centro de interés de la enfermera de otras profesiones. • Brinda conocimiento que guía la práctica

5.4 Conceptos principales y definiciones

Llamada así porque Nightingale se centró en el entorno de su paciente. Murray y Zenther definen entorno como: todas las condiciones e influencia externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte. Nightingale no utiliza el término entorno, pero definió y describió los conceptos de: ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido. Todos estos considerados elementos del entorno. Conceptos y definiciones

Nightingale incluye en el entorno los aspectos sociales y emocionales, pero se centra en los aspectos físicos. Un entorno saludable no incluía solo los hospitales sino también las viviendas de los pacientes y las condiciones físicas de los pobres. Su teoría sobre los elementos del entorno saludable (agua potable, aire puro, higiene, eliminación de aguas residuales y luz) todavía es aplicable.

- **VENTILACIÓN:** se aplicaba para que los pacientes respiraran un aire puro, sin que se resfriaran
- **ILUMINACIÓN:** para conseguir los efectos beneficiosos de la luz solar, se le enseñaba a las enfermeras a mover el paciente de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.
- **HIGIENE:** con respecto a la enfermera, el paciente y su entorno. Un entorno sucio (ropa de cama, suelos etc.) eran fuentes de infección. Se requería una manipulación y eliminación adecuada de las excreciones corporales y de las aguas residuales, para evitar la contaminación del entorno. (salud pública)

Nightingale bañaba diariamente a los pacientes en una época donde esto no era lo habitual, también exigía que las enfermeras se bañaran a diario, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. Nightingale incluyó los conceptos de temperatura, dieta y silencio en su teoría de entorno.

La enfermera debía evitar el ruido y mantener un ambiente tranquilo (carteles de silencio, zapatos con suela de goma). Nightingale se preocupó por la dieta del paciente para que este en horario, ya que pensaba que los pacientes con enfermedades crónicas podían morir de inanición.

5.5. Control de detalles pequeños

La enfermera protegía al paciente de daños psicológicos (no recibiera malas noticias, ni visitas que los alteraran)

Nightingale reconoció que la visita de animales domésticos era beneficiosa para el paciente (uso de delfines para terapia) Creía que la enfermera era responsable del paciente, aunque no estuviera ahí, por que debía supervisar el trabajo de los demás (enfermera jefe de sala).

5.6 Metaparadigmas/ supuestos

Nightingale creía que toda mujer ejercía enfermería de algún modo ya que: Enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona. Por esta razón publicó su libro «notas de enfermera» con el fin de dar a las mujeres instrucciones de como proporcionar cuidados de enfermería.

- Persona

Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Hay relación entre enfermera y paciente donde el paciente era el pasivo, pero creía en el autocuidado del paciente siempre y cuando fuera posible. Las enfermeras le preguntaban al paciente sus preferencias alimenticias, ya que se veía a cada paciente como un

individuo. Se respeta a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social

- Salud

Contempla la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de cuidado. Nightingale la define como: sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Nightingale concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control de entorno y la responsabilidad social (cambio de actitud)

- Entorno

Los enfermos se benefician física y mentalmente de las mejoras del entorno. Las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas. El entorno es definido como: aquellos elementos externos que afectan la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente.

5.7. Especialidad:

Esta teoría se relaciona con la especialidad de salud pública, en este caso se considera que el abordaje de la misma fue la base para los actuales conocimientos y paradigmas que se llevan a cabo en la salud y en la comunidad. Actualmente se siguen principios implementados en esta teoría, tal es el caso de que el entorno del paciente afecta su salud y no solo el hospitalario sino el comunitario, esto se observa en las giras de salud que realizan las enfermeras de salud pública.

5.8. Aportes de la teoría paciente:

Disminuye el riesgo de que contraigan una enfermedad cruzada en el área hospitalaria, ya que orienta a la enfermera sobre la higiene. Beneficia su salud porque no solo se concentra en el entorno hospitalario sino en el de la comunidad donde el paciente reside.

5.9. Enfermería:

Guía a toda enfermera en su diario labor, explica lo importante que es para el paciente, el que la enfermera(o) mantenga el entorno adecuado y las medidas de higiene. Esta teoría es la base del lavado de manos que realiza todo enfermera, sin importar su especialidad

5.10. Conclusiones del modelo:

El entorno puede beneficiar o perjudicar la salud de una persona, en este supuesto radica la importancia mundial de la teoría de Florence Nightingale.

- La enfermera tiene la capacidad de manipular el entorno hospitalario en busca de la pronta recuperación del paciente y también juega un papel fundamental en el entorno comunitario, a esto se debe la gran labor que se realiza actualmente por parte la enfermería en salud pública.
- La teoría de Nightingale interrelaciona los supuestos y los elementos de la teoría, ya que cada metaparadigma está fundamentado por un supuesto que en conjunto son la base de esta teoría.
- La teoría presentada no cumple con todas las características, pues no es considerada como una teoría clara, ya que para esto necesita que las definiciones sean precisas y concuerden con los conceptos, hecho que no se aprecia en esta teoría.

6. TEORÍA DE MARTA ROGERS: “SERES HUMANOS UNITARIOS”

Las teorías en enfermería han proporcionado una guía de las ejecutorias e intervenciones con el cliente según la visión de cada teorizante.

Existen un sin números de teorizantes que han influido en la Práctica de la Profesión de la Enfermería para el desarrollo de esta, pero no todas han logrado el alcance necesario a pesar de su interés y visión. Una de las teorizantes que logró trascender por el valor y magnitud de su Gran Teoría logrando aportaciones significativas lo fue la Sra. Marta Rogers a través de su Teoría de los Seres Humanos Unitarios, logrando que la enfermería moderna tuviese una visión más amplia de los seres humanos con su entorno y de un modo extrasensorial.

6.1. Objetivos

El objetivo del modelo de es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.

Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial. Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud.

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas, muy avanzadas, y dice la enfermería requiere una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo, enfocado a la que de verdad le preocupa (El fenómeno enfermería).

Está basado en sus suposiciones acerca de la persona y su interacción con el entorno.

- Al finalizar la presentación lograremos:
- Conocer los datos biográficos de la teorizante.
- Mencionar el propósito de la teoría.
- Identificar el marco conceptual. Definir los conceptos claves y metaparadigmas dentro de la teoría. Describir el modelo en un diagrama.
- Mencionar el nivel de la teoría
- Conocer datos del lugar donde se utiliza o utilizó dicha teoría.
- Reconocer la importancia de la teoría y su aportación para la Práctica de la Enfermería.

6.2. Propósito de la Teoría

El propósito de la teoría es exponer la manera en que el hombre interacciona con su entorno, describiéndolos como campos de energía irreductible, pertenecientes el uno al otro en plena evolución y como dicho campo puede verse afectado por diversidad de factores, creando de esta interacción del hombre a un ser unitario o todo unificado. Esto influye a su vez en la salud del cliente, pero también en el de sus familiares y sus percepciones, además de influirnos como profesionales y seres humanos durante la provisión de los cuidados al cliente. A modo futurista, pero realista la aplicación de ésta teoría innovadora, abre las puertas a la adquisición de nuevos conocimientos, que al ser aplicados nos brinda una visión distinta, particular y más amplia del concepto hombre y entorno, basada en una diversidad de disciplinas.

6.3. Utiliza 4 bloques para desarrollar su modelo:

Campos de Energía, Universo de Sistemas Abiertos, Patrones y tetra dimensionalidad. Además, incorpora los principios de la hemodinámica a modo de comprensión de la vida, ya que nos puede proporcionar conocimientos para intervenir y guiar a un cliente a su bienestar.

6.4. Conceptos claves y definiciones:

❖ Campos de Energía:

Son las unidades fundamentales tanto de los seres vivos como de la materia inerte: son particulares, dinámicos, abiertos e infinitos.

❖ El Universo de Sistemas Abiertos:

Se refiere a la idea de que los campos de energía son abiertos, infinitos e interactivos. (Integrales)

❖ Patrón (Modelo):

Es la característica de un campo de energía; se percibe como una onda que varía constantemente, haciéndose cada vez más compleja y diversa.

❖ Tetra dimensionalidad o pan dimensionalidad:

Hace referencia a un dominio no lineal, sin atributos de espacio ni tiempo; sus límites son imaginarios y fluctúan continuamente.

❖ Hemodinámica:

Es un concepto para comprender la vida y los mecanismos que le afectan; proporciona a una enfermera dirección en el cuidado del cliente.

❖ Integralidad:

Hace referencia a la interacción continua y mutua entre el campo humano y el entorno.

❖ Resonancia:

Es el cambio constante de los patrones de onda, desde baja (larga) a alta frecuencia (corta) en el campo humano y el entorno.

❖ Helicidad:

Es la diversidad continua, probable y creciente del campo humano y del entorno caracterizada por ritmos no reiterados.

6.5. Metaparadigmas

Persona:

Es un sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto el cual es el entorno. Lo define como ser humano unitario e integrado con campos de energía infinitos y pan dimensionales o eterna energía.

6.6 Entorno

Es un campo de energía irreductible y pan dimensional. Cada campo de entorno es específico de un campo humano, por lo cual ambos evolucionan continuamente, interaccionando entre sí.

6.7 Salud:

Lo define como un concepto que dependerá de la definición o percepción que le ofrezca cada persona o cultura y que esto dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud según los sistemas de valores existentes a considerar.

-RESONANCIA -HELICIDAD -INTEGRIDAD

El modelo explica como de modo pan dimensional, los campos de energía actúan conforme a un patrón y en una sola onda y de la forma que estos evolucionan de manera innovadora, a través de la diversidad de variantes, tanto en el campo energético del ser humano, como en el del entorno lo cual puede entenderse como dolor o sentimientos. Está basado en el concepto de hemodinámica el cual utiliza los conceptos de resonancia (intensidad del cambio) helicidad (evolución), integridad (global) dentro de un cambio continuo ondulado de menor a mayor.

6.8. Nivel de la Teoría

Esta Teoría se cataloga entre las Grandes Teorías dentro de un nivel 4. A pesar de ser tan abstracta es compleja, diversa y reúne las características que la hacen merecedora de tan deseado nivel.

6.9. Lugar donde se utiliza la teoría

La literatura indica que el marco conceptual de Rogers ha sido utilizado en varios estudios sirviendo de base a la investigación. Ha sido utilizado por Newman, Parece y otros teorizantes. Se ha utilizado en combinación de terapias complementarias, orientales y terapéuticas. El modelo fue aplicado en una clínica de San Diego para orientar a las nuevas enfermeras en su intervención y aplicación al cuidado del cliente. Se utilizó durante 5 años, pero no se alcanzó los resultados esperados ya que se indicó que el modelo era difícil de entender. Luego de varios años el modelo pudo ser aplicado, adiestrando a los enfermeros graduados, brindando varios ejemplos de este modelo en diversidad de situaciones con clientes, resultando el mismo exitoso y comprensible para la práctica de la enfermería.

6.10. Conclusión:

Dicha aportación, de vernos a los seres humanos como seres unitarios en constante interacción con su entorno, hace de esta teoría única y especial ante muchas otras teorías, abriendo las puertas a una nueva visión, de lo que es la relación enfermero-paciente. Rogers sin duda fue una mujer visionaria que logro una gran aportación. Mujer centrada, de nuestros tiempos y, que en pleno siglo XX, se impuso con una nueva mentalidad que nos inspira y guía a todos los profesionales de enfermería, influyendo en la comprensión de su problemática, en las relaciones interpersonales y con sus familiares.

7. “LA TEORÍA GENERAL DE ENFERMERIA” DOROTHEA OREM

7.1. Teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción.

La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.

La inserción en los programas de estudio de enfermería, las teóricas y sus postulados han hecho posible que se incremente el pensamiento científico sobre los problemas del cuidado. El fenómeno del autocuidado no quedó exento de estos estudios, lo que demuestra que se hace necesario la aplicación de esta teoría, para el logro de mejores niveles de satisfacción en este ámbito, la observación y

evaluación constante de la calidad de los servicios de enfermería, da la medida de la importancia de establecer pautas o sistemas que refuercen científicamente el trabajo de la enfermera sobre el déficit de autocuidado.

Este artículo se fundamenta en datos estadísticos provenientes de los sistemas de información oficiales y tiene como objetivo fundamentar la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el entorno de la gestión del cuidado, mediante un análisis documental que incluye libros de textos, monografías y artículos originales de revistas científicas indexadas como la revista Gaceta Médica Espirituana, Revista Cubana de Enfermería, en bases de datos como Ebsco, Clinicalkey, Hinari, SciELO, Cumed, así como con la consulta a expertos en Enfermería para intercambiar conocimientos y experiencias relacionados con la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.

7.2. La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar ⁸.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

7.3. Requisitos

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado.

También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Autores como Benavent, Ferrer ^{plantean} que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

- Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.
- Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Miriam Paula Marcos Espino en su artículo expone la importancia de conocer por los enfermeros(as) estos conceptos pues, permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

7.4. La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer su necesidad de autocuidado.

En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

7.5. El cuidar de uno mismo:

Es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

7.6. Limitaciones del cuidado:

Son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

7.7. El aprendizaje del autocuidado:

El aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas manera¹⁶.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- Acciones expresivas interpersonales.
- Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

- Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
- Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

- Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
- Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
- Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico.

Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico.

Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

7.8. La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

- La Enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

7.9. Tipos de sistema de enfermería

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

En Cuba, las aportaciones de Dorothea E. Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial ¹⁷, requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad.

Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de la disciplina ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo.

La teoría de los sistemas propuesta por Dorothea E Orem se vincula estrechamente con los niveles de atención de enfermería aplicados en Cuba.

Un punto importante a considerar en la teoría de Dorothea E Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.

No todos los profesionales de enfermería abordaron con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solamente ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona.

7.10. Conclusiones

Se ha abordado una síntesis de la vida de Dorothea Elizabeth Orem, y la teoría del déficit de autocuidado, quien centro su atención en los conceptos de persona, salud, enfermedad, ambiente, y enfermería, considerando el autocuidado como un acto propio de los seres humanos. Esta teoría podría ser la solución para los grandes problemas de salud y cuidados que se prestan en la actualidad.

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería cubana.

Se fundamenta la relevancia del autocuidado personas enfermas y se pone de manifiesto la carencia de estudios específicos de este tipo desde la perspectiva de Enfermería.

El logro de la toma de conciencia del autocuidado que requiere la persona afectada con alguna enfermedad en función de mejorar o mantener el estado de salud, a través de las posibilidades que le brinda el personal de Enfermería debe nutrirse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, modificables o no, crear así los niveles de compromiso, para conservar la salud y bienestar de las personas.

Las formas de llevar a cabo el autocuidado son propias de cada persona y están influidos por los valores culturales del grupo social al que pertenece que condicionan su realización y la forma de hacerlo requiere para ello de conocimientos.

8. SOR CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN

8.1 Definición del modelo de adaptación

Como modelo de enfermería, el MAR tiene unas premisas filosóficas y científicas que relacionan específicamente a la persona y al mundo en el cual interactúan.

Los avances científicos del siglo XX, particularmente la teoría de los Cuantos y las exploraciones del universo, han abierto el camino para nuevas visiones de la persona y de su medio ambiente en el nuevo milenio. Basándome en estos avances, quisiera compartir con ustedes mi más reciente trabajo en las premisas de modelo de Roy para el siglo XXI.

Las premisas científicas para el siglo XXI están basadas en las de los sistemas previos y en las relacionadas con la adaptación. Aun así, se han añadido ideas para la comprensión del lugar de las personas en el universo.

8.2 Premisas generales del tema

1. Los sistemas de materia y energía progresan a niveles superiores de auto organización compleja.
2. La consciencia y el significado son constitutivos de la integración de la persona y el medio ambiente.
3. Reconocimiento de sí mismo y del medio está enraizado en el pensamiento y en los sentidos
4. Las decisiones humanas son básicas para la integración de los procesos creativos.
5. El pensamiento y los sentimientos mediatizan las acciones humanas.
6. Los sistemas de inter-relación incluyen aceptación, protección y promoción de las relaciones de ínter-dependencia.
7. Las personas y la tierra tienen caminos comunes y relaciones integrales.

8. Las transformaciones de las personas y del medio ambiente son creadas por la conciencia humana.

9. La integración de los significados de ser humano y medio ambiente tiene como resultado la adaptación.

8.2.1. Premisas básicas

Las dos premisas básicas que usé en 1988 fueron:

1. Humanismo:

Que es, el movimiento filosófico y psicológico que reconoce a la persona y a la dimensión subjetiva de la experiencia humana como valor central de conocimiento.

2. Verificabilidad,

Que es un principio de la naturaleza humana que afirma un objetivo común de la existencia humana. A partir de aquí y de más experiencias recientes y comunidades escolares de fundaciones religiosas, empecé a desarrollar las premisas filosóficas para el siglo XXI.

Estas incluyen:

1. Las personas tienen relaciones con el mundo y con una figura-Dios
2. El significado humano tiene raíces en un punto de convergencia omega del universo.
3. Dios está íntimamente revelado en la diversidad de la creación y es el destino común de la creación.
4. Las personas usan las habilidades creativas humanas de reconocer, descubrir y tener fe.
5. Las personas son importantes para los procesos de derivación, sostén y transformación del universo.

8.3 Resumen

Me gustaría resumir este apartado de premisas, haciendo notar simplemente que a este desarrollo le he llamado unidad cósmica. Esto se refiere al complejo auto organización de las personas y el medio ambiente, y en segundo lugar, el significativo destino de convergencia de las personas y el medio ambiente, en lo que he denominado Dios creador.

Al describir los conceptos clave del modelo, lo primero es describir a la persona o grupo como un sistema adaptativo con procesos de convivencia. El sistema adaptativo se describe como un todo compuesto por partes. Este funciona como una unidad con el mismo objetivo.

Finalmente, los sistemas humanos incluyen a la gente individualmente o como grupo. Estos pueden ser familias, organizaciones, comunidades o la sociedad como un todo. Dos elementos clave para la comprensión de la persona como un sistema adaptativo son los procesos adaptativos y los modos de adaptación.

Los procesos adaptativos incluyen la actividad de los subsistemas para convivir en el nivel individual o grupal. Los modos de adaptación son vistos como vías de manifestación de los procesos adaptativos. Los procesos centrales de adaptación son principalmente descritos como el subsistema regulador y el subsistema cognitivo.

El subsistema regulador incluye todos los canales neuroquímicos y endocrinos por los que la persona reacciona al medio mediante respuesta casi automática e inconsciente. En segundo lugar, el subsistema cognitivo procesa la información perceptual, aprendizaje, juicios y emociones, de tal manera que los estímulos externos e internos son procesados para que la persona pueda realizar una respuesta.

8.4 Ejemplos

La historia que suelo contar para ilustrar estos dos conceptos abstractos es la de una madre de un niño pequeño enfrente de su casa. Imagínense al niño corriendo hacia la calle cuando viene un coche. La madre corre y empuja al niño fuera de la calle. En ese caso, su sistema regulador actuó para darle toda la adrenalina y los neurotransmisores que necesitaba para actuar rápidamente.

La información no llega al córtex cerebral. Más bien, viaja por la médula espinal y le permite actuar rápidamente. En segundo lugar, una vez que el niño se encuentra a salvo en sus brazos, empieza a pensar sobre la situación, entonces se da cuenta de la ansiedad y el miedo que siente. Hace un nuevo juicio y concluye que el niño es muy activo y que necesitará vallar su jardín. Estos procesos se dan juntos para permitir a la persona adaptarse a los cambios del medio ambiente, tanto de inmediato como a largo plazo.

Los procesos internos paralelos de un grupo son el subsistema estabilizador y el subsistema innovador, estos serán discutidos más tarde en un ejemplo.

En 500 muestras sobre el comportamiento de los pacientes se identificaron 4 modos de adaptación. El primero ha sido redefinido como el modo físico y psicológico. Las características de este modo incluyen las formas en que los humanos interactúan como seres físicos.

Esto incluye nueve componentes para el individuo con el sustrato de la necesidad de mantener la integridad fisiológica.

8.5. Necesidades básicas

Para el individuo, el modo fisiológico incluye 5 necesidades básicas:

- oxigenación,
- nutrición,
- eliminación,
- actividad y descanso,
- protección.

Además, el modo fisiológico incluye componentes que se basan en el subsistema regulador, que son los sentidos, fluidos y electrolitos, las funciones neurológicas, y endocrinas. Para los grupos, el modo físico comprende las manifestaciones adaptativas relacionadas con los recursos para las operaciones básicas, como los participantes, facilidades físicas, recursos fiscales.

El siguiente modo adaptativo se refiere al auto concepto. Esto es lo que es uno para sí mismo en algún momento. La mujer de la figura está en un bote en el Titicaca, en Sudamérica. El auto concepto o identidad de grupo se describe como: la necesidad subyacente del individuo es la integridad física, o la necesidad de saber quién es uno, para ser o existir con un sentido de unidad.

La necesidad subyacente para el grupo es la identidad/ integridad. Los componentes del modo del auto concepto para el individuo incluyen el yo físico, el cual se manifiesta por las sensaciones corporales y la propia imagen.

En segundo lugar, el yo personal incluye el auto consistencia, el yo ideal, y el yo moral, ético y espiritual. Los conceptos del modo de identidad de grupo incluyen las relaciones interpersonales, autopercepción del grupo, el medio social y cultural. La figura muestra el modo de identidad de grupo con sus sub-áreas y componentes.

La identidad de grupo se nutre de compartir las relaciones, valores y objetivos. Así, esta visión compartida reposa sobre la propia imagen del grupo y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los objetivos.

Esto ocurre en el interior del contexto general del medio social y cultural. Además, de entre la larga muestra de comportamiento de pacientes, identificamos necesidades relacionadas con lo que denominamos el modo de función de rol. En esta fotografía, vemos a una mujer con muchos roles, madre, amiga, compradores y vendedores en un mercado al aire abierto.

La necesidad subyacente del modo de función de rol para el individuo es la integración social; la necesidad de saber quién es uno en relación con los otros para así poder actuar. Para cualquier grupo la necesidad subyacente del modo de función de rol es la clarificación del rol. Es útil determinar los roles para describir el rol una determinada persona en el conjunto.

Este conjunto de roles incluye los primarios, que están basados en el estado evolutivo de cada uno, por ejemplo, una mujer de 27 años. Esta persona puede tener muchos roles secundarios que estén relacionados con el primario, como el de esposa, madre, maestra.

Finalmente, los terciario incluyen aquellos que son menos centrales para la persona. Por ejemplo, consultor de moda, cocinero tres tardes a la semana, aficionado al baloncesto, estudiante universitario a tiempo parcial, miembro de una asociación, y entrenador de fútbol.

Actualizando la literatura sobre el modo de función de rol, hemos añadido términos relacionados con los conjuntos de roles siendo los roles del individuo de la persona y los roles añadidos, siendo estos usados por muchas personas al mismo tiempo. Además, nuestra comprensión del modo de la función de rol la aproximación estructural.

8.6. Comportamientos instrumentales

Esto describe los comportamientos instrumentales, es decir, comportamientos usados para conseguir el objetivo del rol. En segundo lugar, los comportamientos expresivos son sentimientos emocionales relacionados con el cumplimiento del propio rol. Una aproximación interaccionar a los roles se describe como rol adquirido, esto es, uno aprende el rol interactuando con una persona en un rol complementario. Tal y como he descrito los roles se desarrollan en primarios, secundarios y terciarios.

La base del modo de función de rol es la integración de los roles en el interior de la persona, así como las conductas colectivas de los roles complementarios. La historia que cuento para ilustrar el modo de función de rol trata sobre una paciente que cuidé en una unidad de cuidados intensivos. Esta mujer estaba en coma, y me asignaron su cuidado.

Estos fueron complicados debido a las numerosas necesidades fisiológicas, incluyendo los cuidados del respirador y de la traqueotomía, el balance de entradas y salidas a través de las vías intravenosas. Recibía múltiples medicaciones, y por esta época no respondía a estímulos.

Mientras la cuidaba, me di cuenta que las enfermeras eran especialmente amables con los pacientes. Siempre hablaban a los pacientes mientras les administraban cuidados, aunque estuvieran en coma. Pero, me di cuenta que a esta mujer le llamaban por su nombre de pila.

Estuve pensando sobre qué otros modos adaptativos están involucrados junto al modo fisiológico. Se me ocurrió que siendo una mujer mayor en un ambiente extraño y de acuerdo con su rol primario, sería más apropiado llamarla por su apellido. Lo hice mientras la cuidaba, y noté una débil respuesta por su parte.

Esa tarde estuve en la ronda de neurología, a la que se le presentó esta paciente al personal médico. El neurólogo explicó cuidadosamente porque nunca se recobraría del coma irreversible. La mañana siguiente, mientras la cuidaba, la encontré un poco más reactiva. El final de la historia es que ocho días más tarde, ella se marchaba caminando del hospital.

Cuento la historia no para decir que el Modelo de Adaptación de Roy saca a la gente del coma. Más bien lo hago para decir que uso el Modelo de Adaptación de Roy incluso cuando cuido personas en la UCI. El modo adaptativo final es interdependencia. En este modo, las enfermeras se centran en las interacciones relacionadas con dar y recibir amor, respeto y ánimo.

La necesidad subyacente para un grupo es el contexto social. El modo de interdependencia para un individuo tiene dos componentes, las personas significativas y los sistemas de apoyo. Lo paralelo para el grupo son el contexto, infraestructura y recursos. El modo de interdependencia con sus sub-áreas y componentes se ilustra de la siguiente forma.

La hermana Callista Roy inició su carrera como enfermera en 1963, tras recibir su BS en enfermería en el Mount Saint Mary's College, en los Angeles, en 1966 obtuvo su MS en enfermería y en 1977 su doctorado en Sociología por la Universidad de California, en los Angeles. En 1964, Roy comenzó a trabajar en su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos.

En 1976 publicó "Introduction to Nursing: An Adaptation Model", en 1984 publico nuevamente una versión revisada de su modelo. El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades.

8.7. Capacidad de adaptación por estímulos

Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
- Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.
- Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

8.8. Métodos de adaptación

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación:

- Fisiológica,
- Auto concepto,
- desempeño de funciones,
- relaciones de interdependencia.

El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

8.9. Intervención de enfermería

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que, en su intervención, la enfermera debe estar

siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo.

8.10 Conclusión

Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería. Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación. El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación. El modelo se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción.

9. VIRGINIA HENDERSON. “modelo de cuidados”

9.1. Filosofía de Virginia Henderson

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación.

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial.

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas.

El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

9.2 objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar el nivel de implementación y de percepción de utilidad en la práctica del Modelo de cuidados de Enfermería propuesto por la Dra. Virginia Henderson, como modelo de referencia adoptado por el SACyL.

9.3 Objetivos específicos:

- Analizar los aspectos fundamentales del Modelo conceptual de Virginia Henderson y su nivel de implantación en la práctica.
- Valorar la relación del modelo conceptual con la práctica científica de enfermería.
- Analizar el nivel de conocimiento y de utilidad del modelo de cuidados de V. Henderson en una muestra de enfermeras/os del HCUV. • Conocer qué modelo de enfermería proponen los profesionales asistenciales y el motivo de su elección.

9.4. Elementos

- Objetivo de los cuidados:

Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

- Usuario del servicio:

La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

Papel de la enfermería.

Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

- Enfermera como sustituta:

Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

- Enfermera como ayudante:

Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

- Enfermera como acompañante:

Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

- Fuente de dificultad:

También denominada área de dependencia alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

- Intervención de la enfermera:

El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo).

El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito.

Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

Consecuencias de la intervención:

Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

9.5. Necesidades básicas

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

9.6. Cuidados básicos:

Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.

- Independencia:

Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

- Dependencia:

Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

- Autonomía:

Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

Agente de autonomía asistida:

Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

- Manifestaciones de independencia:

Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia:

Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

9.7. Relación del proceso enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología. Propia para resolver los problemas de su competencia.

Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados. En definitiva, ha sido necesaria la implementación del Proceso Enfermero (PE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados. El PE se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera.

- -Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o reestablecer la salud.
 - Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
- -Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
- -Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

La implementación del PE permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados necesarios tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas y necesidades generadas a partir de la situación de salud.

9.8. Definición de cada necesidad básica de Virginia Henderson

❖ NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona. Es por ello que, el Profesional de Enfermería deberá de averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad humana básica.

Según el Modelo de Virginia Henderson, matiza que las/los enfermeras/os debemos de tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Así como, hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación dentro de esta necesidad.

❖ NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo.

❖ NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel (sudor, transpiración), respiración pulmonar y la menstruación.

❖ NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

La Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas es, según Virginia Henderson, un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultura, rol social.)

❖ NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna.

❖ NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa.

❖ NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

Se refiere a la necesidad de la persona de mantener la Temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Se persigue promover la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura en cifras normales, actuar ante las alteraciones de Temperatura corporal relacionadas con enfermedades, y prevenir complicaciones derivadas de éstas.

❖ NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. Por otro lado, es imprescindible procurar una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.

❖ EVITAR LOS PELIGROS EN EL ENTORNO Y EVITAR PONER EN PELIGRO A OTROS

Es importante que se conozca y evalúe muy bien si el paciente puede dejarse solo por mucho tiempo, con la suficiente confianza de que no vaya a lastimarse al moverse o al intentar realizar actividades, ni tampoco comprometer la seguridad de los demás.

❖ COMUNICAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES Y OPINIONES

La enfermera debe ser capaz de promover y motivar la comunicación sana y adecuada del paciente, para ayudar a su equilibrio emocional.

Es importante que la persona se mantenga en interacción social con los demás para garantizar también la salud mental.

❖ ACTUAR O REACCIONAR DE ACUERDO CON LAS PROPIAS CREENCIAS

Se debe respetar los valores y creencias particulares del paciente. Con base a esta toma sus decisiones y ejerce ciertas acciones o pensamientos.

La cultura y religión forman parte de la identidad de la persona. Este factor casi siempre influye en la actitud frente a la muerte.

❖ DESARROLLARSE DE MANERA QUE EXISTA UN SENTIDO DE LOGRO

Es importante que la enfermera promueva en el paciente el alcance de metas y logros con su propio esfuerzo.

Si un paciente se siente productivo y útil tendrá un sentido de realización personal que le influirá en su autoestima y salud mental.

❖ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O JUEGOS

La salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades que entretengan al paciente.

La enfermera debe conocer los gustos e intereses de la persona y motivarlo a que participe en actividades que sean motivadoras.

❖ APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD PERSONAL

Este punto es similar al anterior, pero se basa en el sentido de la productividad mental de la persona al momento de adquirir conocimientos nuevos.

Mantener al paciente desarrollando habilidades, destrezas y conocimientos es favorable para la salud.

En el caso de pacientes niños o jóvenes, es importante que mantengan activos sus estudios académicos en la medida de lo posible.

9.9. Resumen de la teoría.

En nuestro estudio, como sucede en estudios similares 10, el modelo elegido de forma mayoritaria es el de Virginia Henderson, influyendo en esta elección el conocimiento previo, la utilización institucional y la aplicabilidad del mismo.

Existe un grupo de profesionales que optan por propuestas, sin ser específicamente modelos de cuidados (los Patrones funcionales de salud de M. Gordon y el PAE). Esta indicación minoritaria en la muestra nos refleja una confusión conceptual entre los modelos de cuidados y la metodología de trabajo fundamentada en la ciencia. Los datos obtenidos nos indican que, aunque se está produciendo un desarrollo creciente en el sentido de adoptar estrategias e instrumentos que faciliten y hagan más coherente y homogénea la práctica de la enfermería se precisa aún el desarrollo de la información y formación que faciliten el conocimiento de las nuevas

propuestas teóricas y metodológicas que faciliten el desarrollo de una actividad enfermera cada vez más científica y de mayor calidad.

9.10. Otras teorías

➤ **DOROTY JOHNSON. “MODELO DE SISTEMAS CONDUCTUALES”.**
Dorothy E.

Johnson se graduó en Artes en la Armstrong Junior College, en Savannah, Georgia, en 1938. La mayor parte de su experiencia profesional es como docente en la Universidad de California, aunque también incluye puestos como enfermera y asesora en escuelas de enfermería. Johnson publicó su 'Modelo de Sistemas Conductuales' en 1980.

En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad". Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete Dependencia, Alimentación, Eliminación, Sexual, Agresividad, Realización y afiliación.

El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería

sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento. Enfermería no tiene una función definida en cuanto al mantenimiento o promoción de la salud.

Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el 9 comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad.

El Proceso de Enfermería, propuesto excluye el Diagnostico de Enfermería y la valoración incluye sólo los datos sobre los subsistemas de ingestión, eliminación y sexual ésta limitada valoración deja lagunas en información necesaria para hacer un registro completo de Enfermería.

➤ **HILDEGARD PEPLAU. “MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES”**

Hildegard Peplau comenzó su carrera profesional en 1931. Ha detentado puestos en el ejército de los Estados Unidos, hospitales generales y privados, investigación y docencia y practica privada en enfermería psiquiátrica.

En 1952 publica su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Desarrolló el primer currículum conceptual para la Licenciatura de ciencias en el programa de enfermería de la Universidad de Rutgers.

Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan.

Es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL. Peplau, basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades.

La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana. La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: Orientación, identificación, explotación, y resolución. En la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera, en colaboración con el paciente y con todos los miembros del equipo profesional, se ocupa de recoger información, de reforzar y esclarecer lo que otras personas han comunicado al paciente y de identificarlos problemas.

En la fase de identificación el paciente comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento, el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera, y las expectativas de la enfermera sobre la capacidad de un paciente determinado para manejar su problema.

La explotación” de la relación se refiere a tratar de aprovechar esta el máximo para obtener del cambio los mayores beneficios posibles.

➤ **LYDIA HALL. “MODELO DEL NÚCLEO, EL CUIDADO Y LA CURACIÓN”.**

Lydia Hall recibió su diploma de enfermería en el Hospital School Of Nursing, de York (Pasadena). En 1936 desarrolló y diseñó EL Loeb Center for Nursing y el modelo de rehabilitación en el Montefiore Hospital de Nueva York. Trabajó como directora administrativa del Loeb Center hasta su muerte en 1969.

Hall basa su Teoría en las Ciencias de la Conducta, adaptando modelos de la Psiquiatría y Psicología. Tuvo una fuerte influencia del trabajo de Carl Rogers sobre la terapia centrada en el paciente y sus puntos de vista sobre el individuo. No especifica las Teorías en la que se basó para formular su modelo.

No define ninguno de los conceptos que constituyen el metaparadigma. El único campo exclusivo de la Enfermería, según el modelo de Hall, es el círculo del cuidado que comprende el aspecto corporal personal; mientras que los círculos del núcleo y la curación los comparte con profesionales de otras disciplinas.

➤ **IMONEGE KING. “TEORÍA DEL LOGRO DE METAS.**

King acabó sus estudios básicos de enfermería en 1945, diplomándose en la St. John’s Hospital of Nursing, en St. Louis. Mas tarde, obtuvo respectivamente en 1948 y 1957, el BS de educación en enfermería y el MS en enfermería en la St. Louis University. En 1961, se doctoró en educación en la Universidad de Columbia en

Nueva York. A lo largo de su carrera profesional ha ocupado diferentes puestos: docencia, coordinadora y enfermera.

Comenzó a elaborar su teoría mientras era profesora asociada en la Universidad de Loyola. Utilizó un marco conceptual, para desarrollar un programa de Master en Enfermería.

En 1971, publicó "Toward a Theory for Nursing: General concepts of Human Behavior", donde postuló más que una teoría un marco conceptual para ella. Mas tarde, en 1981, perfeccionó y publicó sus ideas en "A Theory for Nursisng: Sitemes, Concepts and Process".

Unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería, hace especial hincapié en los procesos interpersonales. Basa su teoría en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo.

La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana optima. Considera la Enfermeria como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, influyen en la relación. Promueve, mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo.

Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería. Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas, se alcanzaran las metas, se alcanzara un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos; Además, se producirá una transacción, si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol

congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo).

Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

Concluye que la enfermería es el estudio de las conductas y del comportamiento, con el objetivo de ayudar a los individuos a mantener su salud, para que estos puedan seguir desempeñando sus roles sociales. Se observa, una clara dependencia de las teorías de la psicología.

➤ **BETTY NEUWMAN “MODELO DE SISTEMAS”**

Betty Neuwman es una enfermera que trabajó en Salud Mental. Fue pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1.972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles).

El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología en 1.985. El modelo de Betty Neuman, organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud.

La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo. Refiere que la salud depende de cómo la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.

Enfermería es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación. La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían 12 afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un cliente.

La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la prevención primaria que se realiza antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión. La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza.

La prevención secundaria es conveniente después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa. La atención incluye la atención oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas. La prevención terciaria acompaña al restablecimiento del equilibrio.

El punto central está en la reeducación para evitar que vuelva a suceder lo mismo, la readaptación, y la conservación de la estabilidad.

➤ **MYRA ESTRIN LEVINE “MODELO DE LA CONSERVACIÓN”**

Para Myra Estrin Levine, la salud está determinada socialmente. En su modelo deja explícito que la salud está predeterminada por los grupos sociales y no es solamente una ausencia de situaciones patológicas.

Presenta a la persona de forma holística y como el centro de las actividades de enfermería. Considera que el papel de la enfermera consiste en apoyar al individuo para que mantenga el mejor funcionamiento de todas sus partes, esto lo logrará mediante el cumplimiento de cuatro principios básicos a saber:

Mantenimiento de Energía del Individuo; Mantenimiento de la Integridad Estructural; Mantenimiento de la Integridad personal; Mantenimiento de la Integridad social.

➤ **PATRICIA BENNER “MODELO DEL APRENDIZ AL EXPERTO”**

Tiene un enfoque altamente fenomenológico da mayor percepción de la vivencia de la salud. Ella manifiesta que la salud es perceptible a través de las experiencias de estar sano y estar enfermo. Ve diferencia en los conceptos objetivos y valores de salud, enfermedad y en la experiencia de quien las vive.

Esta teoría describe los cuidados como un vínculo común entre las personas, una forma de ser esencial para la enfermería

➤ **ERNESTINE WIEDENBACH “TEORIA EL ARTE DE CUIDAR DE LA ENFERMERIA CLINICA”**

Se dedicó al aspecto de arte o ejercicio profesional que tiene la enfermería, centrándose en las necesidades del paciente. El objetivo es percibir la necesidad de ayuda que experimenta el paciente.

➤ **FAYE GLENN ABDELLAH “TEORÍA DE TIPOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS DE ENFERMERÍA”**

Su trabajo se basa en el método de resolución de problemas, que ha tenido un gran impacto en el desarrollo del plan de estudios de enfermería.

La resolución de problemas es el vehículo para la definición de los problemas de enfermería en el proceso de curación del paciente.

Enfermería es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, los aspectos intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera en cuanto al deseo y la capacidad de ayudar a la gente, tanto si está enferma, como si no, enfrentándose a sus necesidades de salud.

➤ **MADELEINE LEININGER “TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES”.**

Considera que los cuidados son el tema central de la atención de la ciencia y el ejercicio profesional de enfermería. Los cuidados incluyen actividades de asistencia, de apoyo o de facilitación para un individuo o un grupo de individuos con necesidades evidentes o previsibles. Los cuidados sirven para mejorar o perfeccionar la situación o las formas de vida de los individuos (proceso vital)

➤ **JEAN ORLANDO “TEORÍA DEL PROCESO DELIBERATIVO”.**

Utiliza la relación interpersonal como base de su trabajo. Se centra en las expresiones verbales y no verbales con que el paciente manifiesta sus necesidades. Ante la conducta del paciente, la enfermera reacciona reflexionando sobre el significado de dolor y sobre lo que podría cambiarlo.

➤ **JOYCE TRAVELBEE**

La teoría refuerza la relación terapéutica que existe entre la enfermera y el paciente. La importancia que concede a los cuidados, que refuerzan la empatía, la simpatía y la compenetración, se centra en el aspecto emocional.

➤ **JOAN RIEL-SISCA “MODELO DE INTERACCIONISMO SIMBÓLICO”.**

Su trabajo se basa en la sociología. Centra la interacción paciente-enfermera en la interacción simbólica, el ingrediente principal es la comunicación.

➤ **HELEN C. ERICKSON, EVELYN M. TOMILIN, MAR ANN P. SWAIN
“TEORÍA MODELACIÓN DEL ROL”.**

Consideran la enfermedad como un modelo basado de autocuidado en la percepción que el paciente tiene del mundo y en las adaptaciones a los factores estresantes. Se trata de una teoría holística que promueve el crecimiento y desarrollo del paciente a la vez que reconoce las diferencias individuales de acuerdo con la opinión del paciente sobre el mundo y de sus propias aptitudes.

➤ **MERCER “TEORÍA DEL TALENTO PARA EL PAPEL MATERNO”.**

Esta teoría se centra en la paternidad y en la consecución de un papel maternal en diversas poblaciones. La aplicación de esta teoría conlleva una serie de consecuencias para el ejercicio de la enfermería en el ámbito de la salud de la mujer y de los lactantes.

La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida.

Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

➤ **JOYCE J. FITZPATRICK “MODELO DE LA PERSPECTIVA DE VIDA”.**

Propone el Modelo del ritmo de la perspectiva de vida, en el cual acepta que la salud es una dimensión humana en continuo desarrollo, que favorece siempre el conocimiento del sentido de la vida.

➤ **KATHRYN E. BARNARD “MODELO DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO”.**

Esta teoría procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción madre-niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas

➤ **.OSEMARIE RIZZO PARSE “TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO”.**

Su opinión sobre enfermería se basa en el humanismo sobre el positivismo. Su definición de salud acepta la naturaleza unitaria del hombre como una síntesis de valores, un modo de vida. La salud existe cuando el hombre estructura el significado de las situaciones, es por lo tanto un proceso de ser y de realizar.

➤ **JEAN WATSON “TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO”.**

En esta teoría enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que

sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

➤ **CAROLYN CHAMBERS**

Trabaja sobre el concepto de salud como bienestar, compara la salud y el bienestar como un proceso y un producto. El abordaje de bienestar es único al individuo y el de salud es promedio y más asociado a la ausencia de enfermedad. El bienestar tiene propósito en una dirección que pretende llevar al ser a ser lo mejor que pueda. El de la salud tiene restricciones de sexo, edad, raza, genética, etc.

➤ **MELEIS**

Concibe la salud como un estado diferente a la vida. En su modelo al hablar de las condiciones que hacen problemática la transición de roles deja expuestas sus creencias cuando dice: “al nivel de salud y enfermedad los cambios repentinos que van de la salud a la enfermedad; cambios graduales de la enfermedad a la salud o de la enfermedad a una minusvalía permanente con la cual el paciente deberá vivir. Todos estos cambios del rol implican una serie de cambios en cadena.” Clasifica las teorías de Enfermería en tres categorías:

1) Teoría de Necesidades, corresponde a las que se enfoca en lo que las enfermeras hacen, tales como la teoría de Dorotea Oren, Faye Genn Abdellah y Virginia Henderson.

2) Teoría de Interacción, las que se enfocan en ver como la enfermera realiza o conduce el cuidado, tales como las teorías de: King, Paterson y Zedrad, Weidenbach y Falls.

3) Teoría de Resultados, se centra en los resultados del cuidado y la naturaleza del receptor del cuidado.

➤ **JACQUELINE FAWCETT**

Profesor, universidad del oficio de enfermera y ciencias de la salud. Universidad de Massachus Boston. El Dr. Fawcett es una autoridad internacionalmente reconocida en modelos conceptuales del desarrollo del oficio de enfermera y de la teoría del oficio de enfermera. Fawcett ha realizado estudios de investigación aplicando diferentes modelos que involucran elementos 15 tales como la persona, la salud, el ambiente y la enfermería. "

➤ **ROPER**

La enfermería pretende "promover la adquisición, el mantenimiento o la restauración de la independencia máxima para cada paciente", esto se da a nivel de actividades que tienden a la prevención a la búsqueda de confort. "cuando el individuo puede realizar estas actividades, se encuentra en las condiciones óptimas para darse a una causa, para amar, para adorar, para realizarse" Como hemos visto desde 1852 hasta nuestros días se han enunciado y explicado diferentes teorías, y modelos conceptuales para la práctica de enfermería; teniendo en cuenta que nuestros usuarios, el medio ambiente, la aptitud del profesional de enfermería, sus valores, sus creencias, su formación y todo aquello que permiten una interacción satisfactoria para el bienestar del paciente. Lo anterior nos permite ratificar que nuestros usuarios son individuos con necesidades individuales que tienen derecho a vivir su vida de forma plena y a morir con dignidad. El objetivo primordial de la atención se centra en responder a las necesidades individuales. Para lo cual se hace necesario acompañarlos en la identificación de sus necesidades, respetar sus elecciones, para garantizar una atención de calidad y de preservación de su autonomía. Todos nuestros clientes tienen derecho a recibir el mejor tratamiento, cuidados y apoyo disponibles, independiente de las diferencias sociales, políticas y económicas; además a la educación y a la participación activa del usuario y los familiares en la prevención, restablecimiento y mantenimiento de la salud.

10. CONCLUSIÓN:

Al finalizar la investigación concluyo que es necesario lograr un punto de equilibrio entre el cuidado del paciente y el control administrativo de los servicios para asumir un verdadero liderazgo. Los profesionales de enfermería deben asumir el liderazgo del cuidado, para lo cual requieren de un marco de referencia que los centre en aquellos aspectos fundamentales del mismo y les dé una perspectiva global del servicio donde se desempeñan.

En la práctica, el conocimiento de los principios filosóficos y científicos que fundamentan los modelos provee una orientación sobre cómo interpretar el fenómeno de interés de la disciplina; tales principios se ven reflejados en el quehacer profesional y, por lo tanto, en la actitud que éstos asumen frente a las situaciones de cuidado, al reconocer los beneficios de esta relación para el paciente, la familia y para su propio crecimiento personal, mejorando así la calidad del cuidado de enfermería en los diferentes escenarios.

También favorece la comunicación entre los profesionales de enfermería al unificar criterios frente a la interpretación de las situaciones de cuidado, y la aplicación del proceso de enfermería.

Tener claridad sobre la razón de ser de la disciplina y las metas del cuidado permite a los profesionales diferenciar su campo de acción e identificar claramente su contribución para la promoción y recuperación de la salud de las personas, y los estimula a participar activamente en el equipo interdisciplinario; además, promueve su reconocimiento fortaleciendo la necesidad de contar con este recurso no sólo por parte de los profesionales del área de la salud, sino también de los usuarios y de las entidades prestadoras de servicios de salud.

La enfermería se mantendrá en conflicto y su desarrollo se verá amenazado si no se logra un consenso entre los aspectos relacionados con la teoría (ciencia de enfermería) y la profesión (práctica). Es necesario lograr un punto de equilibrio entre el cuidado del paciente y el control administrativo de los servicios para asumir un verdadero liderazgo. Los modelos facilitarán establecer indicadores de calidad para enfermería.

En la docencia es esencial que los programas de enfermería tengan un marco de referencia claro, esto facilita la orientación y el desarrollo de las asignaturas que integran el currículo, de tal forma que los estudiantes alcancen las competencias necesarias para desempeñarse con excelencia según las exigencias del medio.

Se debe ser claro en que la responsabilidad de la formación de los nuevos profesionales no solamente recae sobre las facultades de enfermería, también sobre las instituciones donde realizan sus prácticas. Es fundamental, desde la docencia, fomentar el desarrollo de competencias esenciales como son el pensamiento crítico reflexivo, la creatividad, el interés por profundizar los conocimientos que adquieren, generar la necesidad de fortalecer un marco de

referencia que oriente su ejercicio profesional, además de las habilidades necesarias para ofrecer un cuidado de alta calidad.

Desde las instituciones de salud, los profesionales de enfermería deben ser conscientes de que ellos son el ejemplo que se debe seguir, son un patrón para imitar, y que con sus actitudes y desempeño constituyen el modelo ideal que cualquier estudiante que sueña con ser enfermero desea alcanzar.

La aplicación del Modelo de Adaptación y la vinculación a la RAA, constituyen un aspecto fundamental para el desarrollo de Enfermería. Si bien los estudiantes tienen la oportunidad de conocer otras perspectivas teóricas de enfermería en algunas de las asignaturas del programa y en los Ateneos. Contar con un modelo que han evidenciado un gran desarrollo, provee un marco de referencia esencial para el análisis y el estudio del cuidado de enfermería en diferentes escenarios de la práctica, evitando que ésta se centre únicamente en el hacer y llevándolos a analizar la situación particular de cada persona como ser holístico y a estudiar las implicaciones de sus intervenciones en el proceso de adaptación de los individuos y grupos. Así, pueden identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras en un equipo interdisciplinario de salud.

Con la aplicación del modelo en el campo asistencial, se ha logrado la expansión de su rol en los servicios de las instituciones donde se aplican estos modelos. Además de mantener un equilibrio entre la demanda de producir a un bajo costo y prestar un servicio con calidad humana en la medida en que el cuidado de enfermería se centra en el usuario sin desconocer su contexto y su experiencia personal, y la participación de la familia en el cuidado.

Los profesionales han logrado integrarse en equipos interdisciplinarios, demostrando competencias únicas, manteniendo su rol profesional autónomo.

11. BIBLIOGRAFÍA

11.1 Básica

- LEDDY, Susan. PEPPER J. Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional.
- Organización Panamericana de la salud. New York.pdf
- Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Dimensiones del Cuidado. Unibiblos. Bogotá. 2010.pdf
- Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 2011:305.
- Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGrawHill, Interamericana.
- Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno.
- López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriátría y Gerontología.
- Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: El Manual Moderno.
- Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana XXVIII.
- Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros.
- Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería.
- Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5a ed. México: McGrawHill, Interamericana; 2010:60.
- Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 2012:139.
- Grupo de Cuidado. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Santa fe de Bogotá. UNIBIBLOS. 2012
- Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. 5.ª ed. Elsevier Masson. 2011.
- Alfaro Lefevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4.ª ed. Elsevier Masson. 2010.
- Allí Good MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7.ª Ed. Elsevier. 2011.
- Benavent Garcés A, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. 2.ª ed. DAE. Madrid. 2013.

- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 8.ª ed. Pearson Educación. 2010.
- Bunge M. La investigación científica: su estrategia y su filosofía. 2.ª ed. Ariel. 1985. Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 2014.
- Fernández Ferrín C. Enfermería Fundamental. Masson. 2011. González S, Epistemología J. Enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Cuid y Educ 2011; 5:28-31.
- Hernández-Conesa J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 2010.
- Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la enfermería: teoría y método. 2.ª ed. McGraw-Hill. 2014.

11.2 Complementaria

- Henderson VA. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones después de 25 años. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 2013.
- Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. El pensamiento enfermero. Masson, S.A. Barcelona. 2011.
- McFarlane, J. Importancia de los modelos para el cuidado". En Kreshaw, B.; Salvage, J. Modelos de Enfermería. Doyma S.A. Barcelona. 2010.
- Nightingale F. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Salvat. Barcelona. 2011.
- Orem DE. Conceptos de enfermería en la práctica. Masson-Salvat Enfermería, Barcelona. 2012.
- Potter PA. Fundamentos de enfermería. 3.ª ed. Mosby. 2010.
- Prado Laguna, MC. Fundamentos teóricos y cuidados básicos de Enfermería. Síntesis. 2010.
- Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7.ª ed. Elsevier. 2011.
- Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. 2010.
- Riehl Sisca, J. Modelos conceptuales de enfermería. Doyma, S.A Barcelona. 2012.
- Siles González J. Historia de la Enfermería. Aguaclara. Alicante. 2011: 69-232.
- Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. 2.ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 2010.

12. GLOSARIO

A

- **Abducción:** Movimiento de separación de un miembro respecto al cuerpo
- **Abrasión:** Erosión de la epidermis por raspadura o rozamiento; puede ocasionar una hemorragia localizada y posteriormente salida de líquido seroso.
- **Adaptación:** Proceso a través del cual se producen cambios en cualquiera de las dimensiones de la persona como respuesta al estrés.
- **Agentes:** Elementos del modelo de salud y enfermedad agente-huésped-medio ambiente; factores biológicos, químicos, físicos o mecánicos o psicosociales cuya presencia o ausencia puede conducir a enfermedad.

B

- **Bienestar:** Estado dinámico de salud en el que un sujeto evoluciona hacia un nivel más alto de funcionamiento, alcanzando un equilibrio óptimo entre los medios interno y externo.
- **Bolo:** Masa redondeada de alimento masticado y listo para ser deglutido.
- **Bradycardia:** Caída de la frecuencia cardíaca por debajo de los valores normales

C

- **Capa subcutánea:** Capa continua de tejido conjuntivo que cubre toda la superficie corporal, entre la piel y la fascia profunda.
- **Características definitorias:** Signos o síntomas relacionados o grupos de datos que apoyan el diagnóstico de enfermería.
- **Cianosis:** Coloración azulada de la piel y de las membranas mucosas debida a un exceso de hemoglobina reducida en la sangre o a un defecto estructural de la molécula de hemoglobina.

D

- **Dermis:** Capa vascular y sensible de la piel situada justo por debajo de la epidermis; está formada por tejidos conjuntivos fibrosos colágenos y elásticos que confieren a la dermis resistencia y elástica de los cambios progresivos que experimenta un individuo para poder vivir.
- **Desarrollo:** Aspectos cualitativos u observables adaptarse al entorno.
- **Diagnóstico de enfermería:** Informe sobre un problema de salud real o potencial que la enfermera puede tratar legalmente y de forma independiente. Segunda fase del procedimiento de enfermería, durante la cual se determinan

las respuestas anómalas del paciente, actuales o potenciales, a una enfermedad o a un estado.

E

- **Edema:** Acumulación anormal de líquido en los espacios intersticiales de los tejidos.
- **Ejecución:** Iniciación y finalización de las actuaciones de enfermería necesarias para ayudar al paciente a conseguir sus objetivos de salud.
- **Empatía:** Comprensión y aceptación de los sentimientos de una persona y capacidad de sentir el mundo privado de ésta.
- **Enfermedad:** Proceso anormal en el que algún aspecto del funcionamiento de la persona se encuentra disminuido o debilitado en comparación con su estado previo.

F

- **Factor de riesgo:** Toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad o a un episodio morboso.
- **Factores ambientales:** Características del entorno físico o social de una persona que pueden aumentar o disminuir la propensión a una enfermedad.
- **Familia:** Grupo de sujetos interrelacionados que constituye la unidad básica de la sociedad.
- **Febril:** Referido o caracterizado por una temperatura corporal elevada.
- **Fiebre:** Elevación del punto de ajuste hipotalámico de tal forma que la temperatura corporal queda regulada a un nivel más alto.
- **Fístula:** Comunicación anormal entre un órgano interno y la superficie corporal o entre dos órganos internos.

H

- **Heces:** Desechos o excrementos procedentes del tracto gastrointestinal.
- **Hematoma:** Acumulación de sangre que está atrapada en los tejidos de la piel o de un órgano.

I

- **Inmovilidad:** Incapacidad para moverse libremente, debido a un trastorno en virtud del cual el movimiento se ve impedido o limitado terapéuticamente.

- **Inspección:** Método de exploración física por el que se examina visualmente de forma sistemática el aspecto, la estructura, la funcionalidad y el comportamiento del paciente.

L

- **Laceración:** Herida por desgarro con bordes irregulares.
- **Lactación:** Proceso y tiempo en el que la madre produce leche para el niño.

M

- **Malnutrición:** Cualquier trastorno nutritivo, como una dieta desequilibrada, deficiente o excesiva, o un deterioro de absorción, de asimilación o utilización del alimento.
- **Metabolismo:** El conjunto de todos los procesos químicos que se desarrollan en organismos vivos, dando lugar al crecimiento, la producción de energía. La eliminación e los productos de desecho y otras funciones relacionadas con el transporte sanguíneo de nutrientes después de la digestión.
- **Microorganismos:** Seres microscópicos capaces de realizar procesos vivos, tales como las bacterias, los virus y los hongos.
- **Micción:** Acto de salida o expulsión de la orina de forma voluntaria a través de la uretra.

N

- **Necesidades fisiológicas:** Requerimientos del ser humano para su supervivencia, entre los que se incluyen los referentes a oxígeno, líquido, nutrición, temperatura, eliminación y refugio.
- **Nutrientes:** Alimentos que contienen los elementos necesarios para las funciones del organismo, incluidos el agua, los hidratos de carbono, las proteínas, las grasas, las vitaminas y los minerales.

O

- **Ortopnea:** Situación anómala en la que el sujeto, para respirar cómodamente, tiene que estar sentado o de pie.
- **Oxímetro, oximetría:** Dispositivo para medir la oxihemoglobina de la sangre.

P

- **Paciente ambulatorio:** Paciente no ingresado en el hospital que recibe tratamiento en una clínica o instalación asociada al hospital.
- **Paliativo:** Relativo al tratamiento diseñado para aliviar o reducir la intensidad de los síntomas molestos, pero no para producir la curación.
- **Palidez:** Baja intensidad de color o ausencia de color de la piel