

Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas

1

1.1. MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA: GENERALIDADES

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.

En la obra: *"Concepto de historia e historiografía: su aplicación en enfermería"*, José Siles estableció cuatro grandes fases en el desarrollo de la enfermería que aparecen resumidas en la Tabla 1.1.

FASES
1. 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
2. Fase religiosa-institucional. Las órdenes clericales controlan las instituciones donde se prestan cuidados
3. Fase preprofesional. La atención hecha por personas sin ningún tipo de formación específica
4. 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

Tabla 1.1. Fases en el desarrollo histórico de la enfermería

- 1.1. Marco conceptual de enfermería: generalidades
- 1.2. Modelos y teorías enfermeras
- 1.3. Principales teóricas

1.1.1. 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.

A. 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 (Figura 1.1).

- **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 las personas a título individual, como de las comunidades y grupos.

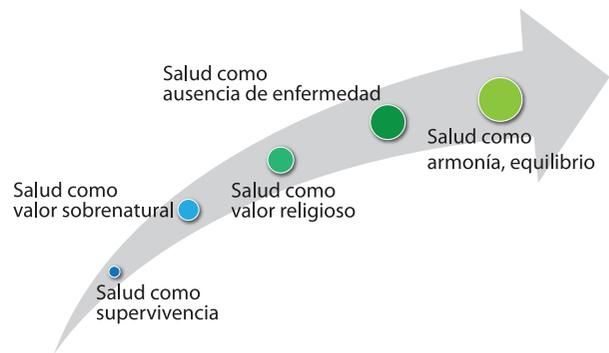


Figura 1.1. Principales etapas de la evolución en la interpretación de la salud

B. 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 identifica-*

ción 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.

C. 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.

D. 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 Martín 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.

1.1.2. Profesionalización de la enfermería. Disciplina enfermera

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:

1. 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:

- **Disciplina enfermera** representa el cuerpo de conocimientos marcados por una perspectiva teórica única y una manera distinta de examinar los fenómenos.
- **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”* (Cross, 1981).

A. 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 las mismas 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.

B. 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.

1.1.3. Objeto de estudio de la disciplina enfermera. Metaparadigma enfermero

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 (Figura 1.2).

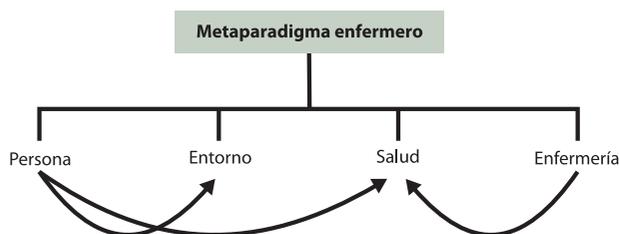


Figura 1.2. Metaparadigma enfermero

RECUERDA

Por consenso, las enfermeras identifican los conceptos de **enfermería o cuidado, salud, persona y entorno como los conceptos metaparadigmáticos de la enfermería**.

Al metaparadigma también se le denomina marco conceptual, disciplinar, o referencial. Se puede definir como *“la perspecti-*

va 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”.

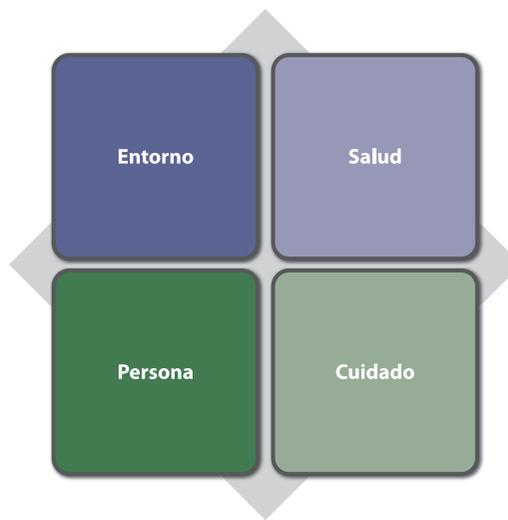


Figura 1.3. Elementos metaparadigmáticos de la enfermería

A pesar del consenso entorno a los elementos metaparadigmáticos, 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.

1.2. MODELOS Y TEORÍAS ENFERMERAS

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

1.2.1. 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 metaparadigmáticos: 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.

A. Ventajas de la utilización de los modelos teóricos

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 (Tabla 1.2).

VENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> · 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 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

Tabla 1.2. Principales ventajas en la utilización de los modelos teóricos

B. 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.

1.2.2. 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.

A. De interacción, evolucionistas, de necesidades humanas, de sistemas

- **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.

B. 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 (Figura 1.4).

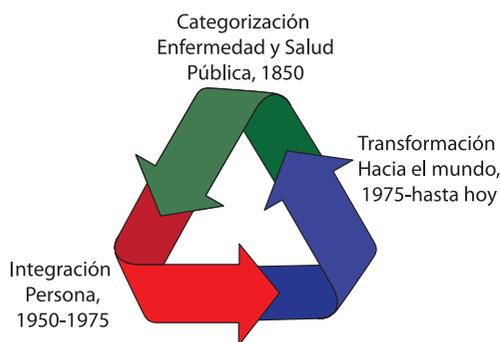


Figura 1.4. Elementos metaparadigmáticos de la enfermería

Es una de las clasificaciones de la producción científica enfermera más utilizada actualmente.

1. 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.

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, diezmaban 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.

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.

2. 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.

3. 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), etcétera (Tabla 1.3).

C. 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** (Figura 1.5).

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	<i>Caring</i>	M. Rogers (1970)	M. de los seres humanos unitarios
			M. Leininger (1978)	T. de los cuidados culturales
			P. Benner (1984)	Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería

Tabla 1.3. Clasificación de algunos modelos teóricos (según propuesta de Kérouac, *et al.*)

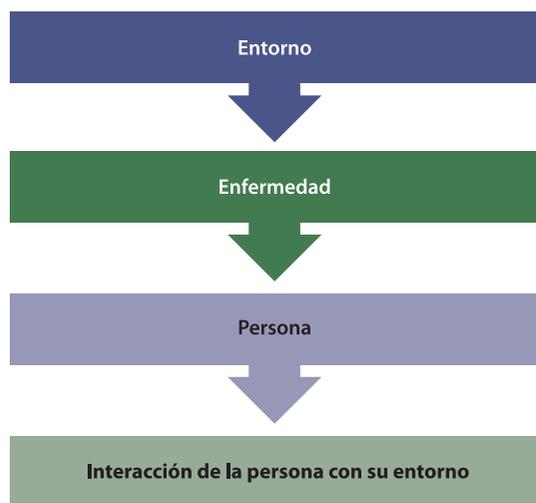


Figura 1.5. Fenómenos hacia los que se han orientado los cuidados enfermeros

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*.

A. 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.

1. 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.

1.2.3. 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

NECESIDADES	INTERACCIÓN	EFEECTO DESEABLE	PROMOCIÓN DE LA SALUD	SER HUMANO UNITARIO	CARING
Abdeellach	King	Roy	Allen	Parse	Watson
Orem	Peplau	Levine		Newman	Leininger
Henderson	Travelbee	Johnson		Roger	
	Orlando	Neuman			
	Wiedenbach	Hall			

Tabla 1.4. Clasificación en escuelas de enfermería de algunos modelos teóricos

- **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.
- 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.

B. 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 metaparadigmáticos de la en-

fermería, proporcionando una perspectiva única de los mismos.

El grado de abstracción es descendente en la clasificación siendo las teorías intermedias las más concretas y las filosofías las más abstractas (Tabla 1.5).

C. Otras clasificaciones

Además de las descritas anteriormente, es conveniente conocer la existencia de otras clasificaciones relevantes. En la Tabla 1.6 aparecen algunas de las desarrolladas por autoras influyentes en la enfermería.

CLASIFICACIÓN DE MARRINER Y RAILE			
Filosofías	Modelos enfermeros	Teorías de enfermería	Teorías intermedias de enfermería
Analizan, razonan y exponen	<ul style="list-style-type: none"> • Seres humanos, su entorno y salud • Propone líneas de conducta a los profesionales 	Preguntas prácticas específicas	Responden a preguntas prácticas específicas dentro de la enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Nightingale, Watson • Anne Ray • Benner • Kari Martinsen • Katie Eriksson 	<ul style="list-style-type: none"> • Roger • Levine • Orem • King • Neuman • Roy • Johnson 	<ul style="list-style-type: none"> • Meleis • J. Pender • Leininger • Newman • Parse 	

Tabla 1.5. Clasificación de algunos modelos teóricos según Marriner y Raile, 2007

PAUL BECK (1976)	UNED (1981)	ANNE MERRINER Y MARTHA RAILE (2007)	KÉROUAC et al. (1996)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia existencialista • Tendencia ecologista • Tendencia cósmica • Tendencia sociológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia naturalista • Tendencia de suplencia y ayuda • Tendencia de interacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Filosofías • Modelos enfermos • Teorías enfermeras • Teorías intermedias 	<ul style="list-style-type: none"> • Paradigma de categorización • Paradigma de integración • Paradigma de transformación 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de necesidades • Escuela de interacción • Escuela de los efectos deseables • Escuela de promoción de la salud • Escuela del ser humano unitario • Escuela del <i>caring</i>

Tabla 1.6. Otras clasificaciones de los modelos de enfermería

1.3. PRINCIPALES TEÓRICAS

A continuación, se describen brevemente las principales aportaciones de algunas de las más importantes autoras de enfermería (Figura 1.6).

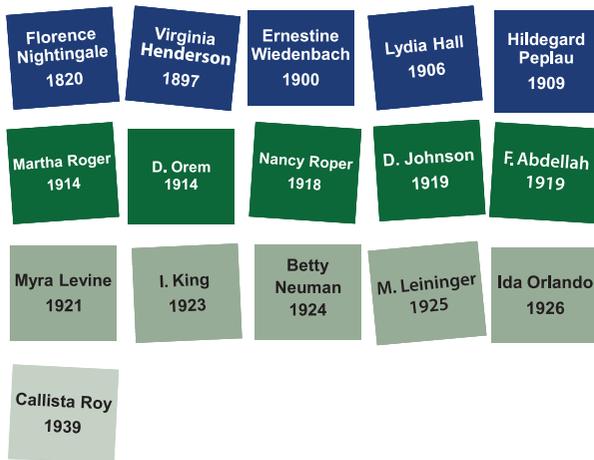


Figura 1.6. Fecha de nacimiento de algunas de las autoras más relevantes de enfermería

1.3.1. Florence Nightingale. Teoría del entorno

El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno, las condiciones y fuerzas externas que influyen en la vida de una persona. Su objetivo era colocar al ser humano en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él y consiga evitar la enfermedad, o alcanzar la recuperación. La actividad de la enfermera está orientada hacia la **modificación del entorno** como instrumento de mejora en las condiciones de vida personales y de la comunidad.

La teoría del entorno de Nightingale consta de cinco elementos importantes:

- Ventilación adecuada.
- Luz adecuada.
- Calor suficiente.
- Control de efluvios.
- Control del ruido.

Para ella, los cuidados de enfermería van **más allá de la compasión**: plantea la importancia de la observación y de la experiencia.

Sus estudios se fundamentan **en datos estadísticos, el conocimiento de la higiene pública, la nutrición y las competencias administrativas son fundamentales.**

Es muy destacable su trabajo en la estandarización de los registros hospitalarios, así como sus estudios bioestadísticos sobre los mismos.

Organizó y participó en la asistencia a los heridos durante la guerra de Crimea. Los resultados de su actuación fueron muy positivos y tuvieron gran reconocimiento tanto social como institucionalmente.

Recibió donaciones importantes de dinero, con las que en 1860 fundó la *Escuela de Entrenamiento Nightingale (Nightingale Training School)* en el Hospital Saint Thomas. Florence Nightingale apuesta por una formación reglada, una enfermería profesional.

Entre sus obras destacan:

- *Notas sobre enfermería, qué es y qué no es*, texto que sirvió como base del programa de estudios de la Escuela Nightingale y de otras muchas escuelas de enfermería.
- *Sobre hospitales*, que trata sobre la correlación entre las técnicas sanitarias y las instalaciones médicas.

1.3.2. Virginia Henderson. Teoría de las necesidades humanas y definición de enfermería

Fue una de las primeras teóricas que incluyó los aspectos espirituales al cuidado del enfermo. Henderson se preocupa por definir modelos de función de la enfermería, y de esta manera intenta romper con la idea de una enfermería exclusivamente técnica y procedimental, concebida como extensión de la práctica médica.

La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila. Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su **independencia**.

Henderson establece **14 necesidades básicas** que el paciente ha de satisfacer:

1. Respiración normal.
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales.
4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas.
5. Sueño y descanso.
6. Selección apropiada de la ropa.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal.

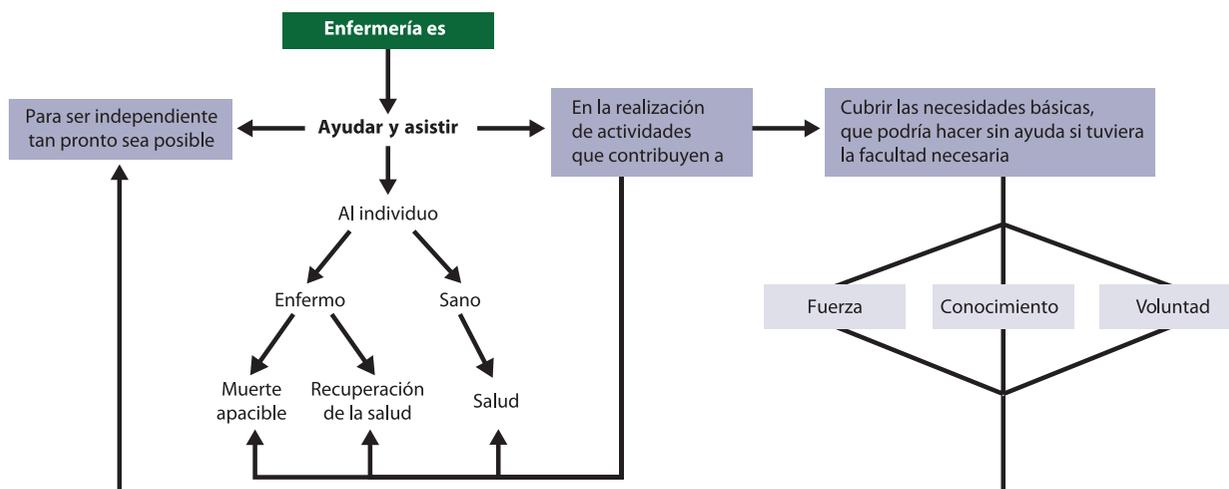


Figura 1.7. Esquema del modelo de Virginia Henderson

8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado.
9. Prevención de los peligros ambientales.
10. Comunicación.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal.

Define la enfermería como la *“asistencia al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación o a lograr una muerte digna. Son actividades que realizaría por él mismo si tuviera la **fuerza, el conocimiento o la voluntad** necesarias, con la finalidad de que le ayude a ganar la **independencia**”*.

Henderson identifica tres niveles de función enfermera:

- **Sustituta:** la función es compensatoria, proporcionando aquello de lo que carece el paciente.
- **Ayudante:** diseña las intervenciones clínicas.
- **Compañera:** construye una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.

Virginia Henderson abogó por el desarrollo de un plan de cuidados enfermero por escrito.

1.3.3. Dorothea E. Orem. Teoría general del déficit de autocuidado

Se trata de una teoría general compuesta por otras tres, que están interrelacionadas entre sí: la teoría del autocuidado,

la del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería.

A. Teoría del autocuidado

Define y explica el elemento principal en el modelo de D. Orem, el **autocuidado**.

Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

Dentro de esta teoría, además del autocuidado, también se encuentran los conceptos de agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico.

- La **agencia de autocuidado:** capacidades específicas (combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones) que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- **Requisitos de autocuidado:** circunstancias o condiciones necesarias para el autocuidado. También se denominan *necesidad de autocuidado* (Tabla 1.7).

Para Orem existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería: requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación en la salud.

- **Demanda de autocuidado terapéutico:** acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado. *“Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”*.

UNIVERSALES	DESARROLLO	DESVIACIONES DE LA SALUD
<ul style="list-style-type: none"> · Aporte de aire · Aporte de agua · Alimentación · Eliminación · Equilibrio entre reposo y actividad · Equilibrio entre soledad e interrelación social · Prevención de riesgos · Promoción de la actividad humana 	<ul style="list-style-type: none"> · Embarazo · Nacimiento · Infancia · Adolescencia · Adulto · Menopausia · Envejecimiento · Muerte 	<ul style="list-style-type: none"> · Cambio de estructura (p. ej.: tumor) · Cambio en el funcionamiento físico del organismo (p. ej.: inmovilidad) · Cambio en el comportamiento, los hábitos de la vida diaria (p. ej.: pérdida de interés) · Cambio en el funcionamiento integral del ser humano (p. ej.: estado de coma)

Tabla 1.7. Requisitos de autocuidado

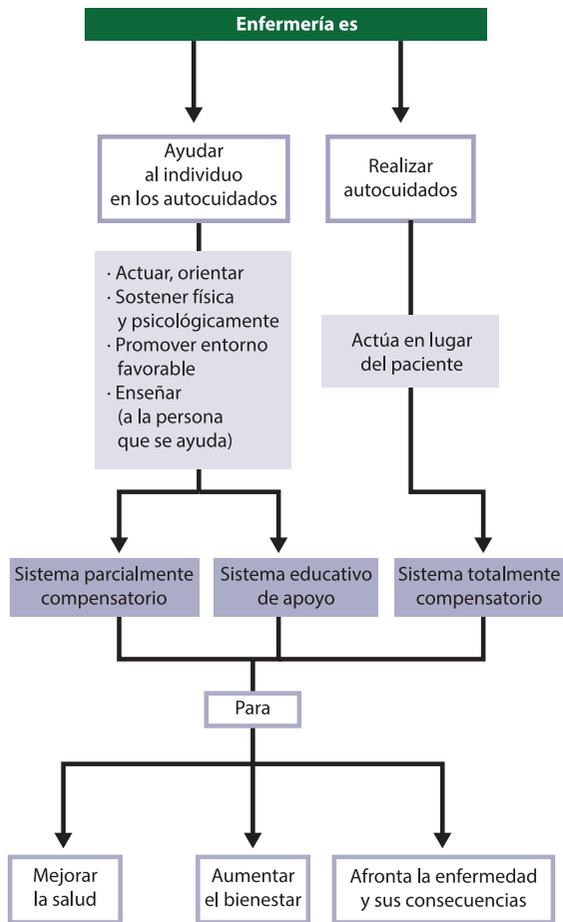


Figura 1.8. Esquema modelo de Dorothea Orem

B. Teoría del déficit de autocuidado

Trata de justificar la necesidad de la actuación enfermera. El elemento central de esta teoría es el **déficit de autocuidado** que se produce cuando la agencia de autocuidado no satisface los requisitos de autocuidado; o dicho de otra manera, cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo. En esta situación se produce una satisfacción de los requisitos de cuidado del paciente mediante cinco métodos de ayuda: actuar, guiar,

enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente las capacidades del paciente.

C. Teoría de sistemas de enfermería

Cuando aparece este déficit de autocuidado la enfermera podrá compensar la carencia mediante el **sistema de enfermería**.

Para la implementación de las actividades, D. Orem desarrolló tres sistemas de compensación:

- **Sistema de compensación total:** requiere que se actúe en su lugar por incapacidad total o una situación limitante.
- **Sistema de compensación parcial:** se da cuando puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado pero precisa la ayuda de la enfermera.
- **Sistema de apoyo educativo:** cuando satisface sus requisitos de autocuidado pero precisa ayuda para la toma de decisiones, la adquisición de habilidades y el control de la conducta (Figura 1.9).

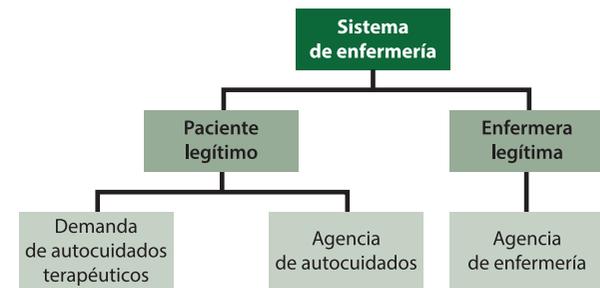


Figura 1.9. Sistemas de enfermería según el modelo de D. Orem

1.3.4. Marjory Gordon. Patrones funcionales de salud

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con el objetivo

de sistematizar la valoración de los pacientes. Se entiende por patrones funcionales una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Así contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno.

M. Gordon proporciona una clasificación de **11 patrones funcionales de salud**, que describen todas las áreas que comprende el ser humano (Tabla 1.8). En cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
1. Percepción-manejo de la salud	Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud
2. Nutricional-metabólico	Consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes
3. Eliminación	Función excretora (intestino, vejiga y piel)
4. Actividad-ejercicio	Ejercicio, actividad y ocio
5. Sueño-descanso	Sueño, descanso y relajación
6. Cognitivo-perceptual	Sensibilidad, percepción y cognición
7. Autopercepción-autoconcepto	Autoconcepto del paciente y la percepción del estado de ánimo
8. Rol-relaciones	Compromiso del rol y relaciones
9. Sexualidad-reproducción	Satisfacción sexual y patrón reproductivo
10. Adaptación-tolerancia al estrés	Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés
11. Valores-creencias	Valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona

Tabla 1.8. Patrones funcionales de salud de M. Gordon

El modelo de valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon es el que recomienda la NANDA Internacional para organizar los datos en el proceso enfermero (Tabla 1.9).

Mujer de 68 años ingresada desde hace 1 semana e inmóvil en la cama por ACV, con una actividad cama-sillón. Se queja de dolor, localizando el foco en la región sacra y reduciéndose al variar la presión con los cambios posturales. Se observan varias zonas eritematosas en los puntos de apoyo: occipucio, región escapular, región sacra y talones. Durante la higiene matutina (10 minutos), recuperan el color normal de la piel todos los eritemas, excepto en el sacro

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO	Eritema en puntos de apoyo (occipucio, región escapular, región sacra y talones). En región sacra el eritema permanece tras ceder la presión
PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO	Actividad diaria cama-sillón desde el ingreso
PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL	Dolor en la región sacra que cede al aliviar la presión en la zona con los cambios posturales

El caso práctico es un ejemplo que utiliza un escaso número de datos para poder ilustrar todas las fases del proceso cognitivo que lleva al juicio diagnóstico (valoración y diagnóstico) y el juicio terapéutico (planificación). El registro de la historia clínica podría ser más breve, limitándose a la valoración, formulación de diagnósticos, objetivos y actividades

Tabla 1.9. Ejemplo de valoración con patrones funcionales de salud

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro Lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración*. 5.ª ed. Elsevier Masson. 2007.
- 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. 2009.
- Allgood 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. 2003.
- Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas*. 8.ª ed. Pearson Educación. 2008.
- 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. 1993.
- Fernández Ferrín C. *Enfermería Fundamental*. Masson. 2000.
- González S, Epistemología J. *Enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. *Cuid y Educ* 2006;5:28-31.
- Hernández-Conesa J. *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 1995.
- Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. *Fundamentos de la enfermería: teoría y método*. 2.ª ed. McGraw-Hill. 2002.
- Henderson VA. *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones después de 25 años*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 1994.
- Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. *El pensamiento enfermero*. Masson, S.A. Barcelona. 1996.
- McFarlane, J. *Importancia de los modelos para el cuidado*. En Kreshaw, B.; Salvage, J. *Modelos de Enfermería*. Doyma S.A. Barcelona. 1988.
- Nightingale F. *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Salvat. Barcelona. 1990.
- Orem DE. *Conceptos de enfermería en la práctica*. Masson-Salvat Enfermería, Barcelona. 1993.
- Potter PA. *Fundamentos de enfermería*. 3.ª ed. Mosby. 1996.
- Prado Laguna, MC. *Fundamentos teóricos y cuidados básicos de Enfermería*. Síntesis. 1996.
- Raile M, Marriner A. *Modelos y teorías en enfermería*. 7.ª ed. Elsevier. 2011.
- Reyes Gómez E. *Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología*. 2009.
- Riehl Sisca, J. *Modelos conceptuales de enfermería*. Doyma, S.A. Barcelona. 1992.
- Siles González J. *Historia de la Enfermería*. Aguaclara. Alicante. 1999: 69-232.
- Wesley RL. *Teorías y modelos de enfermería*. 2.ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1997.