GEROKOMOS
Volumen 9
Número 3
Agosto 1998
Páginas 94 a 106

Rincón científico

ECOS

F. Ducharme

Professeure agrégée. Faculté des sciences infirmières.
Université de Montréal.
Conferencia presentada al VI Congreso Nacional de la SEEGG.
Santander. Abril de 1995

La importancia de la utilización de un modelo conceptual para la práctica de la enfermería en Gerontología

The importance of following a conceptual model of practice in gerontology nursing

Traducción:
Maite Ciorraga Lanas
Escuela U. de Enfermería de San Sebastián
Universidad del País Vasco
P.º Dr. Beguiristain, 105. 20014 San Sebastián
Revisada por: M.ª Teresa Cabarrocas Sitjes

INTRODUCCIÓN

Quisiera, en primer lugar, agradecer sinceramente a las organizadoras de esta conferencia por haberme invitado a España con el objeto de hacerles partícipes de mis valores y mis creencias en cuanto a la importancia de la utilización de un modelo conceptual para la práctica enfermera. Este es mi primer viaje a España y estoy encantada de poder discutir, en un país tan bello, de un tema tan importante para mi.

Antes de entrar de lleno en el tema, creo necesario situarles un poco sobre mis antecedentes. Trabajo en Quebec como enfermera desde 1977. Son ya 18 años al lado de la clientela anciana. Fue durante mis estudios de maestría, cuando la Sra. E. Adam que tanto contribuyó al desarrollo de la disciplina enfermera en Quebec y en Europa, publicó el libro titulado "Etre infirmière" traducido a 6 idiomas (en español 1982: "Hacia donde va la Enfermería"). Desde entonces trabajé en el campo de la gerontología y aprendí que un modelo conceptual, cualquiera que sea, precisa la contribución particular de la enfermera en el cuidado de la salud de las personas ancianas. Puedo igualmente constatar cambios sobre el plan de la calidad de los cuidados en los medios de práctica donde un modelo conceptual ha sido adoptado por las enfermeras. En la actualidad enseño en la Facultad de Ciencias de Enfermería de la Universidad de Montreal. Los cursos que imparto tratan sobre la investigación en Ciencias de Enfermería y los cuidados a las personas ancianas y a sus familias. Imparto estos cursos a nivel del bachillerato en Ciencias de Enfermería, de la maestría y de doctorado (se trata de un nuevo programa de doctorado en ciencias enfermeras que comenzó en 1993) basándome en la concepción de la disciplina enfermera, planteada por la enfermera americana Callista Roy (1991), de las que les hablaré un poco más tarde en esta comunicación.

Mi comunicación de hoy tratará en primer lugar sobre algunos elementos específicos de la práctica enfermera relacionada con la clientela anciana; a continuación describiré brevemente el

origen de los modelos conceptuales en cuidados enfermeros, las características esenciales de estos modelos, las diferencias y similitudes entre los modelos actuales más utilizados que guía la práctica enfermera principalmente el de Virginia Henderson (1966) (sé que en España el modelo de Henderson es el más extendido), el de Callista Roy (1991) y el de Dorothea Orem, las ventajas y los beneficios de la utilización de un modelo no importa cual para la práctica enfermera y para finalizar, algunos ejemplos de planes de intervención basados sobre modelos conceptuales.

Algunas reflexiones de la práctica enfermera en torno a la clientela anciana

La enfermera que trabaja en gerontología debe trabajar con colegas que provienen de muchas disciplinas. Desde esta perspectiva de multidisciplinaridad parece primordial que esta última pueda definir con claridad y precisión su contribución específica en el equipo de cuidados. El crecimiento gradual de la pirámide de edades, a escala mundial, nos orienta hacia nuevas necesidades en materia de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de la readaptación que se orienta hacia un reajuste del plan de formación, de la práctica y de la investigación en las numerosas disciplinas, incluida la disciplina enfermera. Los cuidados enfermeros deben responder a las necesidades bio-psico-sociales múltiples de esta clientela anciana que cada vez es más numerosa.

Tanto si trabaja en un centro hospitalario o en el contexto de cuidados a domicilio, la enfermera se enfrenta con frecuencia a personas ancianas que viven muchas pérdidas: pérdida de trabajo y del nivel económico, la salida de los hijos del hogar familiar, la aparición de problemas crónicos de salud, la pérdida del cónyuge y, a veces, el abandono del domicilio familiar por ir a una residencia de ancianos o un centro hospitalario. Es evidente que algunas personas se adaptan más fácilmente a estos cambios. Además, se producen cambios de la imagen corporal, modificaciones en las habilidades funcionales y cognitivas inherentes al proceso normal de envejecimiento. El envejecimiento se acompaña de una disminución de resistencia al estrés y la mayor parte de los mecanismos homeostáticos se hacen menos eficaces en esta etapa de la vida. Por lo que la clientela anciana representa a menudo una clientela que se califica de vulnerable.

La enfermera que trabaja con clientes ancianos debe estar particularmente atenta en su trabajo a las consecuencias con frecuencia nefastas de la vida en una institución: desarraigo social, soledad, regresión, deterioro físico y cognitivo, por nombrar algunas. Con frecuencia, al no percibir ya un papel activo a realizar en el seno de la sociedad, las actividades de la vida cotidiana como la alimentación, eliminación, sueño o los cuidados de la higiene adquieren una importancia capital para la persona anciana. A menudo ciertas actividades terapéuticas tales como la ingesta de medicamentos, tratamientos médicos así como exámenes diagnósticos confirman el único papel que esta persona anciana puede todavía desarrollar... el de "enfermo" (Ducharme, 1987).

Ante estas múltiples constataciones, la enfermera debe ir más allá de la simple ejecución de técnicas de cuidados; debe desarrollar comportamientos de *caring* (tener cuidado de) con el fin de acompañar a las personas ancianas tanto en las situaciones felices como en el dolor, angustia, incapacidad y a veces en la muerte. Además de requerir de competencias interpersonales *(arte)*, los cuidados enfermeros necesitan de conocimientos científicos *(ciencia)* y de la utilización de métodos sistemáticos de trabajo. Pero ¿todo esto es suficiente para definir la práctica enfermera? otras profesiones ¿no utilizan conoci-

mientos científicos y métodos de trabajo sistemático? Por eso, las cuestiones fundamentales quedan a veces sin respuesta: *¿Cúal es la contribución específica de la enfermera en un equipo de cuidados? ¿Cómo define la enfermera su rol autónomo? ¿Qué diferencia hay entre la enfermera y los otros profesionales de la salud?*

La respuesta a estas cuestiones está en los modelos conceptuales que indican claramente la contribución específica de los cuidados enfermeros a la conservación y a la mejora de la salud y del bienestar.

Un poco de historia...

Todos y todas tenemos, a nuestra manera, un modo de concebir el servicio que ofrecemos como enfermeras. Sin embargo, pocas de entre nosotras hemos precisado nuestra concepción de cuidado como lo han hecho las teóricas en cuidados enfermeros que han reflexionado durante muchos años la naturaleza del servicio ofrecido a la sociedad por los enfermeros. Es necesario reconocer que Florence Nightingale (1859), enfermera británica, fue la primera en dar a conocer públicamente su concepción del cuidado enfermero. Desde 1859, sostuvo que la preocupación de la enfermera consiste en colocar a la persona en el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. Para Nightingale, cuidar significa "asistir el proceso reparador" con la ayuda de un entorno físico y humano adecuado para la salud.

A partir de los escritos de Nightingale y durante el comienzo de este siglo, se señala un vacío en los escritos de las enfermeras respecto a la naturaleza y a la definición de los cuidados enfermeros. Es en este momento que la ciencia *médica* registra importantes progresos en cuanto a los diagnósticos y tratamientos de los diversos problemas de salud. La enfermera se convirtió sobre todo en asistenta del médico y su intervención en la mayoría de los casos, consistía en "hacer para" la persona, respetando las órdenes médicas. El rol autónomo de la enfermera cara a la promoción de la salud era prácticamente nulo. La enfermera se dedicaba a memorizar los signos y síntomas de las enfermedades y a adquirir una destreza manual facilitándole la ejecución de técnicas de cuidados.

Hacia los años 60, las enfermeras se interesaron nuevamente en delimitar el campo de su disciplina. Estas enfermeras han intentado precisar su propio campo de investigación y de práctica, un terreno independiente del de la práctica médica, en busca de palabras que describan con justicia sus actividades de cuidados. A partir de sus experiencias e inspirándose en las grandes corrientes de pensamiento y de teorías de su época, estas enfermeras, sobre todo las norteamericanas (a las que se les ha llamado enfermeras teóricas), han delimitado el campo de cuidados enfermeros, colocando en el centro, de la misma forma que lo hizo Florence Nightingale, *la persona, el entorno, la salud y el cuidado.* Es en este período cuando emergen los modelos conceptuales que hoy conocemos. Además de la enfermedad, del malestar, de los síntomas, de los diagnósticos médicos y de sus manifestaciones, se encuentra *la persona: el cuidado enfermero* exige interesarse en primer lugar por esa persona y sus necesidades. En este contexto, la enfermera "hace con" la persona.

De este modo, según Virginia Henderson (1964), (una de las primeras enfermeras que después de Nightingale definió claramente y por escrito su concepción de cuidados), el cuidado está centrado sobre el mantenimiento o la recuperación de la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. El cuidado consiste en sustituir a la persona que, por un tiempo, no puede realizar por ella misma ciertas actividades ligadas a la salud. "Por un momento, es la consciencia del inconsciente, el deseo de vivir de aquel que piensa en el suicidio, el miembro del amputado, los ojos de la persona afectada recientemente de ceguera y el resto" (Henderson, 1967, p. 7, traducción libre). El cuidado consiste también en actividades de enseñanza y de apoyo para ayudar a la persona a recobrar lo más pronto posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

A partir de los trabajos de Henderson, numerosas enfermeras teóricas han desarrollado y precisado modelos conceptuales que concretan el objeto de la disciplina enfermera. Roy (1991), Orem (1991), Rogers (1990), Parse (1992), Watson

(1988) y Leininger (1988) son entre otras, las más conocidas. Influenciadas por las grandes corrientes de pensamiento y por un mundo en transformación, los cuidados enfermeros, simples en apariencia, se han vuelto complejos y diversificados.

Pero ¿Qué es un modelo conceptual de la disciplina enfermera?

Para explicaros las características principales de un modelo conceptual y su rol indispensable sobre el plan de la práctica enfermera, me inspiraré en los trabajos de Evelyn Adam. Los trabajos de la Sra. Adam son de los primeros que han tenido una influencia preponderante en los países europeos.

Un modelo conceptual es de hecho una representación de la realidad que permite precisar la contribución de la profesión de enfermera en el amplio campo de la salud. Conlleva directrices relacionadas con la salud práctica, la formación de las enfermeras y la investigación en el campo de los cuidados enfermeros. Además permite a la enfermera explicar claramente a otros miembros del equipo y a la sociedad la naturaleza de su disciplina. De cualquier forma, es una imagen mental de la profesión y nos da una visión completa y explícita del servicio que ofrecemos a la sociedad. El modelo conceptual permite describir *la función autónoma o independiente* de la enfermera respecto a su función dependiente de la profesión médica.

Los componentes esenciales de un modelo conceptual son *sus postulados, sus valores y sus elementos.* Los postulados son el soporte teórico y científico del modelo conceptual. Los valores son aquellos relacionados con la profesión y que son compartidos por los miembros que quieren adoptar el modelo. Los elementos precisan, la meta de los cuidados enfermeros, el centro de la intervención o el beneficiario del servicio enfermero, el rol de la enfermera, la fuente de la dificultad o del problema vivido por el beneficiario, la naturaleza de la intervención de la enfermera y sus consecuencias o resultados esperados.

Sabiendo que el modelo conceptual de Virginia Henderson es conocido en España, describiré brevemente los seis elementos de este modelo (que sin duda conocen), así como a las dos otras concepciones contemporáneas de los cuidados enfermeros normalmente utilizados por la práctica enfermera en Norteamérica, el de Callista Roy (1991) y el de Dorothea Orem (1991). La meta de este ejercicio no es el de determinar los puntos fuertes o débiles de cada uno de estos modelos, sino más bien, demostrar la claridad con la cual estas concepciones permiten definir la contribución única de la enfermera al sistema de salud y, más particularmente, la contribución de la enfermería a los cuidados gerontológicos, que es lo que nos interesa hoy. No es mi intención hacer un juicio de valor sobre estas concepciones sino demostrar la necesidad y la importancia que tiene, para las enfermeras, el familiarizarse y adoptar en sus diferentes centros de práctica gerontológica, un modelo conceptual, sea cual sea.

Tres "formas de ver" la disciplina enfermera. Perspectivas claras del servicio enfermero...

Para Virginia Henderson (1964):

1. *La meta de la profesión de la enfermera* es el de conservar o restablecer la independencia del cliente de forma que pueda satisfacer por si mismo sus necesidades fundamentales. Este objetivo necesita de la contribución "única" de la enfermera para mejorar la salud.

2. *El centro de la intervención de la enfermera* o el beneficiario de los cuidados enfermeros es un todo que presenta 14 necesidades fundamentales comunes a toda persona enferma o en salud y que son: respirar, beber y comer, eliminar los deshechos biológicos, moverse y mantener una postura, dormir y descansar, vestirse, mantener la temperatura corporal en los límites normales, estar limpio y proteger sus tegumentos, evitar peligros, comunicarse con sus semejantes, practicar su religión o actuar según sus creencias, ocuparse para sentirse útil, distraerse y aprender.

3. *El rol de la enfermera* es un rol de suplencia. Consiste en suplir a la persona en aquello que le falta, para estar completa, integra o independiente.

4. *La fuente de dificultad* del beneficiario de los cuidados enfermeros se encuentra en la falta de fuerza física, de voluntad o de conocimiento.

5. *El centro de intervención de la enfermera* es el déficit o la parte de dependencia del cliente.

Las formas de intervención que dispone la enfermera son las siguientes: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar, aumentar.

6. *Los resultados esperados o las consecuencias de las intervenciones de la enfermera* son el aumento de la independencia en la satisfacción de las 14 necesidades o una muerte tranquila.

En resumen, para Henderson, la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona es la piedra angular de la profesión enfermera. La enfermera, desde la perspectiva de Henderson, es un *agente de independencia*. Sin duda que esta concepción de los cuidados enfermeros está adecuada en la práctica enfermera en relación con los ancianos. Ella ofrece una perspectiva explícita del rol autónomo de la enfermera en torno a esta clientela. ¿El concepto de independencia no es un concepto particularmente pertinente cuando se prestan cuidados a personas ancianas que han perdido autonomía? Promover la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona anciana ¿No es una misión social importante que se nos plantea? ¿No es una forma de definirnos y de distinguirnos de otros profesionales de la salud? Henderson nos ofrece palabras para decir y hacer conocer la amplitud de nuestra contribución a la salud.

Para Callista Roy (1991):

1. *La meta de la profesión enfermera* es de promover la adaptación de la persona con el objeto de mantener su integridad biopsicosocial y su calidad de vida. Se trata de la principal contribución de la enfermera a la salud.

2. *El beneficiario de la intervención de la enfermera* es la persona considerada como un sistema adaptativo que recibe diversos estímulos que provienen de su entorno y que utiliza procesos internos (mecanismos de adaptación reguladores y cognitivos) con el fin de adaptarse y de alcanzar sus objetivos individuales de supervivencia, crecimiento, reproducción y desarrollo.

3. *El rol de la enfermera* es favorecer la adaptación de la persona según sus cuatro formas de adaptación, es decir, en función de sus necesidades fisiológicas, de su concepto de sí mismo, de sus roles en la sociedad y de su interdependencia con su medio de vida.

4. *La causa de dificultad* del beneficiario de los cuidados enfermeros se sitúa al nivel de su capacidad para adaptarse a los diferentes estímulos del entorno a los que se enfrenta. Frente a ciertos estímulos, la persona puede presentar comportamientos de adaptación ineficaces que no contribuyen a mantener su integridad biopsicosocial.

5. *El centro de la intervención de la enfermera* se orienta a la manipulación de los estímulos del entorno a los que la persona está expuesta. La enfermera dispone de muchas formas de intervención. Puede aumentar, disminuir o mantener los estímulos del entorno.

6. *Los resultados obtenidos o las consecuencias de la intervención de la enfermera* son respuestas adaptadas de la persona a los estímulos del entorno, respuestas que mantienen su integridad biopsicosocial y su calidad de vida.

En resumen, según Roy, la enfermera es un *agente de adaptación*. Actualmente en el marco de los cuidados enfermeros en gerontología, este es uno de los modelos más frecuentemente utilizados por las enfermeras de Québec. Las razones que justifican esta elección son numerosas. Entre ellas, puesto que se trata de una forma de considerar los cuidados enfermeros que se adecuan especialmente bien a las diversas problemáticas de las personas ancianas, ya que se basa sobre el concepto de adaptación, muy pertinente al proceso de la vejez; la persona que envejece debe adaptarse a una disminución de sus reservas en el plano fisiológico, así como a muchas pérdidas y al enlentecimiento progresivo de los mecanismos homeostáticos. Una segunda razón que motiva el que las enfermeras quebequesas que trabajan en geronto-geriatría elijan este modelo conceptual, se debe a que se orienta, de forma preponderante hacia las dimensiones psicosociales de la persona. En efecto, Roy subraya que la persona se adapta según cuatro formas de adaptación de los cuales tres tienen un carácter psicosocial (el concepto de cuidado, los roles y la interdependencia). Debido a que las enfermeras han privilegiado durante mucho tiempo las dimensiones físicas, fisiológicas y técnicas del cuidado de las personas ancianas, en detrimento de otros componentes asimismo importantes, el lugar que Roy concede a las dimensiones psico-

sociales en la vida de los beneficiarios de cuidados enfermeros parece muy interesante para el desarrollo de las intervenciones innovadoras y la apertura a nuevas perspectivas de las intervenciones autónomas de enfermería. La persona anciana aquejada de una o más afecciones crónicas y complejas debe realizar adaptaciones tanto de orden biofisiológico, así como realizar profundos cambios en los planos psicosociales. El modelo de Roy permite a la enfermera tener una orientación global y dar a las dimensiones psicológicas y sociales de los cuidados enfermeros el puesto que le corresponde...

Para Dorotea Orem (1991):

1. *La meta de la profesión de la enfermera* es mantener la capacidad de la persona para ejecutar sus autocuidados *(self-care)* y de ayudarle a remontar sus límites en el ejercicio de sus autocuidados. Los autocuidados son las acciones emprendidas por la persona misma (es decir, "hacer por sí" y "para sí mismo" las actividades relativas a las necesidades personales orientadas a su vida y a su bienestar). Orem reconoce tres tipos de autocuidados: 1) Los autocuidados universales comunes a todos los seres humanos e inherentes a la vida diaria. 2) Los autocuidados relativos al crecimiento y desarrollo de la persona. 3) Los autocuidados relativos a una alteración de la salud.

2. *El centro de la intervención de la enfermera* es la persona que tiene incapacidades frente al ejercicio de sus autocuidados.

3. *El rol de la enfermera* es el de ayudar a la persona a remontar sus límites en el ejercicio de sus autocuidados.

4. *La fuente de dificultad del beneficiario de cuidados enfermeros* es la incapacidad de decidir, de realizar o de efectuar una acción personal orientada a mantener su vida, su salud y su bienestar y esto, en relación a sus habilidades, de su edad, de su etapa de desarrollo, de su estado de salud, de su experiencia, de sus recursos intelectuales, de sus intereses y de sus motivaciones. La incapacidad de la persona para satisfacer su demanda de autocuidados origina un déficit de autocuidados y una exigencia de cuidados terapéuticos por parte de la enfermera.

5. *El centro de la intervención de la enfermera.* La enfermera conduce a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados según cinco formas de asistencia: actuar, guiar, apoyar, enseñar y ofrecer un entorno que favorezca el desarrollo de la misma. Para ello la enfermera elige, un sistema de intervenciones totalmente compensatorios (compensación total de los déficit por la enfermera), parcialmente compensatoria o realiza actividades de educación o de desarrollo según la capacidad y la voluntad de la persona.

6. *Los resultados alcanzados son* el mantenimiento y mejora de la capacidad de autocuidados de la persona.

En resumen, para Orem, la enfermera es un *agente de self-care o autocuidados.* Este modelo, al igual que el de Henderson y Roy, es muy adecuado para guiar la práctica enfermera de la clientela anciana y últimamente tiene mucha aceptación entre las enfermeras quebequesas. La idea de *self-care* se aproxima a la noción de independencia propuesta por Henderson. Favorecer la actualización de self-care de la persona anciana es en la perspectiva de Orem, *la misión social única* de la enfermera que trabaja al lado de las personas ancianas.

Después de esta breve descripción de los principales elementos de estos modelos conceptuales es conveniente mencionar qué valores y conceptos comunes subyacen a estos modelos. Las teóricas en cuidados enfermeros creen que: 1) La enfermera tiene funciones que le son *propias* (aunque algunas se compartan con otros); 2) que cuando la enfermera usurpa la función del médico o cede a la tentación de asumir el rol del médico, delega sus funciones *propias y primordiales* a una persona no cualilificada; 3) la sociedad desea un servicio enfermero y cuenta con este servicio; ningún otro trabajador puede dar este servicio en lugar de la enfermera.

Igualmente se desprende otro elemento común del conjunto de las concepciones de la disciplina enfermera que existen actualmente. Así Fawcet (1984) ha examinado los escritos de bastantes enfermeras teóricas y ha reconocido *cuatro grandes conceptos* que emergen de estos escritos y desde la época de Nightingale (1859). Estos son *el cuidado, la persona, la salud y el entorno.* Estos conceptos son llamados los conceptos centrales de la disciplina enfermera o *metaparadig-*

ma de enfermería. La clarificación del campo de la disciplina enfermera, se realiza a través de la manera particular en la que las enfermeras abordan la relación entre *el cuidado, la persona, la salud y el entorno.* Todos los modelos conceptuales que existen actualmente necesitan, a su manera, esta relación entre el cuidado, la salud, la persona y el entorno.

Por ejemplo, Henderson concreta que los *cuidados enfermeros* se orientan hacia la ayuda a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas a la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Desde esta perspectiva, la *persona* es un todo complejo que presenta catorce necesidades fundamentales de orden biofisiológico y de orden psicosociocultural y que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La *salud,* es por tanto, la capacidad que posee una persona de funcionar de manera independiente en razón de sus catorce necesidades fundamentales. Así el *entorno,* según Henderson, es la naturaleza o el medio que actúa de forma "positiva" o "negativa" sobre la persona. Desde esta óptica, la enfermera se esfuerza por ofrecer un medio de apoyo favorable a la salud.

Para Roy, los *cuidados enfermeros* se orientan a promover la adaptación de la persona en cada uno de sus cuatro formas de adaptación. La *persona* es un sistema adaptativo que utiliza procesos internos con el fin de alcanzar sus objetivos individuales, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción y el desarrollo. La *salud* es un estado y un proceso que permite a la persona ser o llegar a ser integrada y unificada. El *entorno* es un conjunto de circunstancias, de situaciones e influencias que pueden modificar o influir la aparición de comportamientos específicos de la persona. El entorno ofrece estímulos y datos de entrada a la persona en tanto que sistema de adaptación.

Finalmente para Orem, los *cuidados enfermeros* apuntan a ayudar a la persona a superar sus límites en la realización de sus autocuidados. La *persona* es una unicidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y de desarrollar los autocuidados. La *salud* es un estado de integridad de las partes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. El *entorno* representa el conjunto de los factores externos que influyen en la decisión de la persona para emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlo.

Pero ¿Para que sirven concretamente estos modelos?

Las tres concepciones que hemos abordado pueden, en principio, parecer muy teóricas. Algunas de ustedes pensarán que son más o menos prácticas o aplicables a su práctica diaria. Intentaré con el poco tiempo de que dispongo, de convencerles con algunos argumentos, de su gran utilidad así como de ser indispensables para la práctica.

En primer lugar, repetiré que no podemos hacer posible un cuidado óptimo a la población más que clarificando lo que hacemos, clarificando la naturaleza del servicio que ofrecemos. Para que la práctica de la enfermera tenga un impacto real sobre los planes sociales y políticos, ante todo hay que dar una idea clara de la naturaleza de los cuidados que realizamos. Los modelos conceptuales de la disciplina enfermera permiten tal claridad. Permiten explicar a los "otros" nuestras particularidades, nuestra contribución única y nuestro rol *autónomo* en la sociedad. Nos ofrecen las palabras para explicar lo que podemos hacer en tanto que profesionales autónomos. Ya ha pasado el tiempo en que la enfermera era una simple asistenta del médico. La enfermera tiene funciones que le pertenecen como propias y las teóricas en cuidados enfermeros nos ofrecen una forma clara de hablar de estas funciones. Que sean las de Henderson, Roy, Orem o de otras, esta elección poco importa; lo que importa es hacer una elección y expresarse claramente tanto entre nosotras como con los otros profesionales. Los modelos conceptuales nos ofrecen la oportunidad de precisar nuestra identidad profesional.

Desde esta perspectiva, los cuidados enfermeros a las personas ancianas no solo consisten en actividades de "mantenimiento" y en la ejecución de órdenes médicas; no deben inspirarse únicamente de una filosofía que yo llamo filosofía "de la reparación" de la persona anciana. La persona que envejece tiene un pasado, una historia, una

vida... Tiene necesidades, un potencial y es capaz de aprender. Puede elegir y puede participar en sus cuidados. La enfermera puede decidir con la persona que tiene enfrente que *ella es un agente de independencia, un agente de adaptación o un agente de self-care.* La naturaleza de esta elección, para mi, tiene poca importancia; LO IMPORTANTE ES EFECTUAR UNA ELECCIÓN EN CUANTO A NUESTRA CONCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA PRÁCTICA. ¿Cómo podemos entendernos si no hemos adoptado un vocabulario común? Y ¿cómo explicar a los demás la naturaleza de los servicios que ofrecemos? ¿Cómo obtener un reconocimiento social si nos es difícil explicar claramente lo que hacemos?

También hay otras ventajas en la adopción de un modelo conceptual para la práctica de la enfermería. De esta manera actualmente se reconoce que la enfermera, en su práctica profesional con los clientes, debe elaborar planes de cuidados a partir de un proceso que se llama orientación sistemática u orientación clínica. Se trata en realidad de la aplicación del proceso científico completada a menudo por el método de resolución de problemas, ambas adaptadas a la práctica de enfermería. ¿Qué profesional no tiene su método sistemático de afrontar tanto su trabajo como sus situaciones problemáticas? Los médicos utilizan este tipo de orientación para enunciar sus diagnósticos médicos. Las enfermeras también deben utilizar un método de trabajo organizado.

El método sistemático que utiliza la enfermera (Proceso de Enfermería como nosotras lo conocemos en España)[1] es circular y conlleva generalmente cinco etapas: 1) recogida de datos del cliente (efectuados con la ayuda de la historia, de la persona, su familia y de las observaciones); 2) interpretación de los datos recogidos; 3) planificación de las intervenciones de enfermería a partir de esta interpretación; 4) ejecución de las intervenciones y 5) evaluación. Este proceso es circular, puesto que después de la evaluación habrá nuevos datos que se suman al perfil del beneficiario, lo cual hace necesario recomenzar el proceso de análisis.

Evidentemente la cuestión que se plantea es: ¿cúal es la naturaleza de los datos que la enfermera debe recoger de los beneficiarios? ¿Recoge el mismo tipo de información que el médico o que otros profesionales? ¿Cúales son los datos pertinentes para la elaboración del plan de cuidados enfermeros? *El modelo conceptual que se adopte responde a estas preguntas. La orientación clínica debe estar basada en una concepción clara de los cuidados enfermeros.*

De esta forma, para la enfermera, que en su trabajo se inspira en la concepción de Virginia Henderson, recogerá datos en función de las 14 necesidades fundamentales de sus pacientes. La interpretación de datos le permitirá identificar los problemas relativos a "la independencia del beneficiario en la satisfacción de sus necesidades fundamentales" así como sus necesidades más específicas. Le permitirá identificar las fuentes de dificultad (falta de fuerza, de voluntad, o de conocimientos). La enfermera planificará entonces su intervención: reforzar, reemplazar, añadir, completar, sustituir y aumentar. Ejecutará esta intervención y evaluará (¿el beneficiario es más independiente en la satisfacción de sus necesidades después de la intervención de enfermería?). El proceso continuará con los nuevos datos recogidos.

Veamos un ejemplo de este mismo proceso en la práctica donde se haya adoptado el modelo de Roy. Las cinco etapas del proceso son evidentemente iguales; lo que varía es la naturaleza de la información recogida. Más exactamente, la recogida de los datos se orientará hacia la identificación de los comportamientos del beneficiario en sus cuatro formas de adaptación (necesidades fisiológicas, concepto de si mismo, roles sociales, interdependencia) y sobre la identificación de los estímulos o factores del entorno que contribuyen a estos comportamientos. La interpretación de estos datos se encamina a identificar los problemas de adaptación de la persona, así como los estímulos que contribuyen a estos comportamientos. La planificación y la ejecución de las intervenciones de enfermería se dirigen hacia la manipulación de los estímulos identificados: aumentar, disminuir o mantener. En fin, la evaluación de los resultados permite reajustar el proceso cuando los comportamientos no son supuestamente "adaptados" o no mantienen la integridad biopsicosocial de la persona.

Por ello, el modelo conceptual guía el proceso clínico de la enfermera. ¿Cómo realizar el proce-

[1] Traducción libre.

so sin una concepción clara de los cuidados? Modelo conceptual y proceso de enfermería son indisociables. Para efectuar su trabajo autónomo de forma sistemática, la enfermera tiene necesidad de considerar la concepción que ella tiene de su rol. Independientemente del modelo elegido, las cinco etapas del proceso sistemático serán siempre las mismas. Sin embargo, es la naturaleza de los datos recogidos y la interpretación de estos últimos lo que variará. El modelo conceptual indica a la enfermera las características de las situaciones problemáticas que ella debe considerar.

La siguiente sección lo ilustra mediante ejemplos concretos. Son propuestos dos modelos de plan de cuidados enfermeros, el primero con el modelo de Henderson y el segundo con el modelo de Roy. Las situaciones clínicas son situaciones halladas en la práctica enfermera en gerontología. Los planes de cuidados se limitan a una situación problemática prioritaria identificada por las enfermeras.

Modelo conceptual y proceso clínico de enfermería: ilustración con ayuda de situaciones clínicas

El modelo de Virginia Henderson

El caso clínico corresponde a una mujer de 70 años, Sra. R., hospitalizada hace 24 horas por una fractura de cadera (Ducharme, 1980). La enfermera procede a la recogida de datos de esta mujer según el modelo de Henderson, es decir, según sus catorce necesidades fundamentales. He aquí algunos de estos datos: la Sra. R. afirma beber un solo vaso de agua al día en su casa así como una taza de café por la mañana. De entrada no reconoce la importancia de hidratarse y no piensa hacerlo. La enfermera observa una piel seca, deshidratada, con persistencia de pliegue cutáneo a nivel de los miembros superiores. La Sra. R. dice que micciona 3 ó 4 veces por día en pequeña cantidad, una orina amarilla fuerte y dice padecer estreñimiento. Con estos datos abordamos muchas necesidades fundamentales (hidratación, protección de los tegumentos, eliminación), la enfermera, después de analizar y consultar el dossier médico (con la finalidad de saber si no hay restricciones hídricas), identifica una necesidad de hidratación con al menos 100 c.c. de líquido cada 2 horas. Esta necesidad se obtiene a partir de la necesidad fundamental de hidratarse y es específica de la Sra. R. Una vez completada la identificación de la necesidad, la enfermera, pasa a la 3ª etapa del proceso esto es a la planificación de las intervenciones. Estas son elaboradas con el objetivo de suplir la falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad de la persona hasta que recobre la independencia. En el caso de la Sra. R. se trata de una falta de conocimientos sobre la hidratación, de una falta de voluntad y, en el hospital, de una falta de fuerza porque está encamada. He aquí el contenido del plan de cuidados de la Sra. R. concerniente a su necesidad específica de hidratarse.

Necesidad específica	Intervenciones
Hidratarse con al menos 100 cc de líquido cada 2 horas.	–Enseñar sobre la importancia de hidratarse (estado de la piel, eliminación urinaria e intestinal). –Estimular c/2 horas a hidratarse según un horario fijo (08-10-12-14... etc.) –Dejar agua permanentemente en la cabecera. –Ofrecer zumos y bebidas variadas respecto a los gustos y preferencias de la Sra. R.

Después de la ejecución de las intervenciones planificadas, la enfermera evalúa el grado de satisfacción de la necesidad. ¿Han sido eficaces las intervenciones? ¿Cuáles son los nuevos datos en torno a esta necesidad? En el caso de la Sra. R. ¿Ha obtenido lo que ella quería? ¿Es más independiente la Sra. R. en la satisfacción de su necesidad de hidratarse?... y el proceso vuelve a comenzar de forma cíclica hasta la independencia de la persona.

El modelo de Callista Roy:

El caso clínico corresponde a un hombre de 75 años, que sufre de deficiencias cognitivas importantes (problemas de memoria, de atención, de juicio, comportamientos disfuncionales en casa) y admitido hace una semana en un centro hospitalario para estudio. Con la finalidad de elaborar un plan de cuidados, la enfermera procede en primer lugar a la recogida de datos a partir de sus observaciones y de una entrevista con el anciano y los miembros de su familia. Según su modelo conceptual ella recoge información en torno de los comportamientos de esta persona en sus cuatro modos de adaptación (necesidades fisiológicas, concepto de sí mismo, funcionamiento de los roles sociales e interdependencia) y en relación de los estímulos o factores del entorno que parecen contribuir a estos comportamientos. Identifica particularmente un comportamiento no adaptado o ineficaz, es decir, que no contribuye a la integridad biopsicosocial de este hombre en el modo de adaptación "concepto de sí mismo". Este comportamiento es el de una ansiedad diaria. Se manifiesta al atardecer (a partir de la hora vespertina o hacia la puesta de sol) por una agitación excesiva y por ausentarse de su unidad. La enfermera identifica cuatro estímulos o factores que parecen contribuir a este comportamiento y planifica sus intervenciones en función de estos estímulos (aumentar, disminuir, modificar). He aquí el plan de cuidados de la enfermera:

Seguidamente a la ejecución de las interven-

COMPORTAMIENTO	ESTÍMULO	INTERVENCIONES
–Ansiedad diaria al atardecer. Se manifiesta por una agitación excesiva y por ausentarse de la unidad de cuidado.	–Desconocimiento del medio y del personal. –Dificultades sensoriales para amoldarse a la oscuridad. –Desorientación tiempo/espacio/persona. –Búsqueda de un entorno conocido y familiar (domicilio).	–Facilitar orientación a la persona con ayuda de algunos puntos de referencia: –a/*a nivel de personas*: personal de enfermería regular y constante; asegurar al atardecer una presencia continua a su lado; invitar a la familia a estar presente y a participar en el plan de acción. –b/*a nivel de objetos:* tratar de obtener de la familia objetos conocidos y significativos para el anciano. –Dejar un piloto encendido en la habitación al atardecer y por la noche. –Asegurarse que el timbre esté en la cabecera del paciente permanentemente y que él sepa utilizarlo. –Limitar las fuentes de estímulos no significativos en el entorno: disminuir ruidos fuertes, movimientos rápidos etc. –Asegurar que la persona adopte una actitud de escucha, intentando comprender la forma de sus comportamientos, y utilizando la cercanía.

ciones planificadas, la enfermera, como con el modelo de Henderson, evalúa el proceso. ¿Han sido eficaces las intervenciones efectuadas? ¿Manifiesta siempre la persona ese comportamiento no adaptado de ansiedad hacia el atardecer? ¿Se ajustan los nuevos datos viendo los comportamientos y los estímulos de la persona? ¿Se mantiene el problema de adaptación o ha cambiado? Y el ciclo vuelve a comenzar.

Estos ejemplos ilustran de que manera la enfermera, cualquiera que sea su elección de modelo conceptual, puede asumir su rol de forma autónoma, de forma organizada y según una definición clara del servicio que debe prestar a los beneficiarios de sus cuidados. El plan de cuidados es una herramienta clínica importante. Constituye un medio de comunicación escrita que permite asegurar la continuidad de los cuidados día/tarde/noche. El plan de acción de las enfermeras constituye el plan de acciones *autónomas*. El proceso clínico en su conjunto, es esencial para asegurar la calidad de los cuidados enfermeros. Es aplicable en todas las situaciones de cuidados enfermeros y en todos los lugares de trabajo de la enfermera, sea en un medio hospitalario o domiciliario. Sin embargo, la condición *sine qua non* de su aplicación es la adopción de un modelo conceptual. Las enfermeras al adoptar una concepción clara de su rol autónomo, deben utilizar un método sistemático y organizado para practicar la profesión de enfermería. Todas las decisiones tomadas por las enfermeras profesionales deben estar basadas sobre una estructura organizada. ¿Cuándo dejaremos de trabajar a "tientas" teniendo cada cual una concepción de cuidados enfermeros y que ésta no sea por consenso? ¿Cuándo nos aproximaremos a sistematizar nuestro quehacer al igual que otros profesionales?

Un cambio importante: de las incertitumbres a manejar, resistencias a afrontar...

Mis anteriores reflexiones, son de hecho, y lo habréis notado, una defensa en favor de la adopción de una concepción clara de cuidados en los diversos ambitos de la práctica, donde trabajan las enfermeras. Por haber vivido en Quebec las diferentes etapas de implantación de un modelo conceptual en algunos centros de cuidados geriátricos, no dejo de reconocer las dificultades que pueden entrañar en ocasiones, este cambio. Una de las organizadoras de esta conferencia Dña. Mª Teresa Cabarrocas Sitjes, analizó en detalle el proceso de implantación del Proceso de Enfermería según el modelo conceptual de Virginia Henderson en un centro hospitalario quebequés en el marco de los estudios de maestría en ciencias enfermeras efectuado en la Universidad de Montreal (Pasó entre nosotras algunos años en Quebec). (Cabarrocas, Sitjes 1993). Estoy segura que podrá hablaros largamente sobre los diversos factores a considerar ante una implantación.

Como en todo cambio, la incertidumbre y a menudo la inseguridad pueden ser vividas por muchas enfermeras, ocasionando a veces importantes resistencias a este cambio necesario para la práctica enfermera. Cuestionarse profesionalmente asusta. Hay que admitir, que aunque la transformación sea ventajosa, el proceso es generalmente difícil. Abandonar la manera de concebir su práctica cotidiana para adoptar otra forma ocasiona una ruptura con el pasado, riesgos que puedan amenazar nuestra seguridad. ¿No es más fácil ejecutar las órdenes médicas? ¿seguir los consejos de otros? Innovar en el campo de la práctica autónoma que intentamos definir, conlleva grandes desafíos que algunos consideran amenazantes. Por todas estas razones es necesario ofrecer una atención especial al propio proceso de cambio con el fin de aportar todo el apoyo necesario a las enfermeras.

La presentación de las teorías del cambio planificado (puesto que se trata de un cambio *planificado*) sobrepasa claramente el marco de esta presentación. Me limitaré aquí a subrayar que hay que proceder lenta y gradualmente sensibilizando en primer lugar los centros (las enfermeras) hacia este cambio. Mi conferencia de hoy va en este sentido, mi objetivo es el de sensibilizaros sobre la importancia de la adopción de un modelo conceptual para vuestra práctica. En primer lugar se hace la elección del marco conceptual y se me ha informado que aquí, en España, el modelo de Henderson es el modelo privilegiado. A continuación vienen las etapas de su implantación o de su instauración en las unidades de cuidados y posteriomente su estabiliza-

ción. Es un largo proceso que debe estar de acuerdo con la elaboración de instrumentos clínicos que facilitan la gestión clínica de las enfermeras (instrumento de recogida de datos, plan de cuidados).

Este proceso es lento, puesto que hay que tener en cuenta que va a suponer cambios en los valores, las creencias y las actitudes de un grupo profesional. La reconstrucción de valores, la esencia misma del cambio, exige tiempo; además, si se quiere que el cambio sea duradero se debe privilegiar un aprendizaje de tipo experiencial, es decir, un aprendizaje a partir de las propias experiencias de las enfermeras.

A pesar de estas dificultades que todos reconocemos, las ventajas de este cambio a largo plazo son importantes. En Quebec, se han creado muchos centros de cuidados con esta orientación de cambio planificado y están precisamente en la fase de estabilización. ¿Resultado? Las enfermeras tienen cada vez más, un lenguaje común, definen más explícitamente su contribución al equipo multidisciplinar, tienen más liderazgo (habiendo clarificado su identidad profesional), son más reconocidos por los otros profesionales y por los beneficiarios de sus cuidados. Además, las enfermeras utilizan un proceso de cuidados sistemático y formulan planes de cuidados que ofrecen la continuidad de las intervenciones y promueven su función independiente de la profesión médica (los aspectos técnicos del cuidado no son los únicos a valorar). Esto no quiere decir que han acabado las dificultades, no, sino que el proceso de implantación va a buen ritmo y hasta el momento ofrece ciertos resultados tangibles. Las normas y criterios de competencia elaboradas por la Orden de las enfermeras de Quebec (que corresponde a vuestro colegio de enfermeras en España) exigen después de muchos años la implantación de un proceso clínico sistemático a partir de un modelo conceptual en cuidados enfermeros; el colectivo profesional se esfuerza en entrar en la rueda y en este sentido es notoria la voluntad de las enfermeras. Es necesario señalar igualmente que los centros docentes, las gestoras y las investigadoras en ciencias de enfermería se inspiran cada vez más en los modelos conceptuales. La práctica, la formación, la gestión de cuidados enfermeros y la investigación tienen una creciente sinergia y constituyen esferas de actividades de enfermería que alimentan un proceso retroactivo. Lo antedicho testimonia, en mi opinión, una clara evolución del rol de la enfermera.

CONCLUSIÓN

La intervención de la enfermera en gerontología exige una práctica profesional respecto a las funciones independientes e interdependientes de otros profesionales de la salud. La adopción de un modelo conceptual permite precisar la parte independiente del rol de la enfermera, hasta ahora muy infravalorado. Desde esta perspectiva, ella es esencial. El cuidado profesional de las enfermeras es a la vez un arte y una ciencia. Actualmente, en todo el mundo, diversas concepciones de cuidados enfermeros inspiran a las enfermeras en su práctica. No obstante, me parece que la contribución de las enfermeras a los cuidados de la salud será determinante cuando éstas sean capaces de integrar fácilmente su concepción de cuidado, cualquiera que sea, en su práctica cotidiana con el fin de responder lo más adecuadamente posible a las crecientes necesidades de salud de la población anciana en un mundo en transformación. Creo que aquí, en España, trabajáis con vistas a alcanzar este objetivo y debo animaros a seguir en esta vía de futuro. Os agradezco sinceramente por vuestra calurosa acogida y vuestra atención.

BIBLIOGRAFÍA

ADAM, E. (1991) Être infirmière (3e édition). Montréal: Études Vivantes.

CABARROCAS I SITJES, M.T. (1993) Analyse du processus d´implantation de la démarche clinique selon V. Henderson dans un centre hospitalier de courté durée. Stage de maîtrise non publié. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.

DUCHARME, F. (1987) L'intervention infirmière. Dans M. Arcand et R. Hébert (éd.) Précis pratique geriatrie (pp. 573-590). St-Hyacinthe: Edisem et Paris: Maloine.

DUCHARME, F. (1980) La démarche nursing... notre démarche. Nursing Montréal. 4(4): 11-16.

HENDERSON, V. (1964) The nature of nursing. American Journal of Nursing. 64(8): 62-68.

HENDERSON, V. (1966) The nature of nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research and Education. New York: MacMillan.

KÉROUAC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME, F.; DUQUETTE, A.; MAJOR, F. (1994) La pensée infirmière. Montréal: Études Vivantes.

LEININGER, M. (1988) Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. Nursing Science Quaterly. 1(4): 152-160.

NIGHTINGALE, F. (1859/1959) Notes on Nursing: What it is and what it is not. New York: Dover.

OREM, D. (1991) Nursing: Concepts of Practice (4e éd). St-Louis: Mosby.

PARSE, R. (1992) Human becoming: Parse's theory of nursing. Nursing Science Quaterly. 5(1): 35-42.

ROGERS, M. (1990) Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings: Update (1990). Dans E. Barrett (Ed), Visions of Roger's Science - Based Nursing (pp. 5-11). New York: National League for Nursing, no. 15-2285.

ROY, C.; ANDREWS, H. (1991) The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.

WATSON, J. (1985) Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. New York: Appleton Century Crofts, 1985.

novedad

Formato: 14 × 21 cm
Nº de páginas: 210
Ilustraciones b/n: 5
Encuadernación: Rústica
ISBN: 84-458-0511-8 ©1997

Último título publicado de la "Colección de Planificación y Gestión Sanitaria"

Gestión clínica

Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario

T. White

- **La gestión ha sido, finalmente, reconocida como una parte esencial en la preparación de todos aquellos que trabajan en la asistencia sanitaria. Este libro constituye una guía para los profesionales sanitarios que deseen aumentar su comprensión del proceso de gestión en el que están implicados y mejorar sus habilidades.**
- **Facilitará a los gestores hospitalarios la comprensión de las dificultades que deben afrontar los médicos y demás profesionales cuando han de aprender nuevas estrategias de gestión.**
- **Uno de los principales objetivos de este libro es precisamente demostrar cómo deben gestionarse los cambios de un modo efectivo y creativo.**
- **Una buena gestión comporta una asistencia sanitaria de calidad y rentable, lo que debe constituir el principal objetivo de todo aquél que trabaja en los servicios asistenciales.**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS:

1. *Papel de los médicos en la gestión* 1
2. *Modelos de gestión clínica* 21
3. *Gestión del Jefe de Servicio* 45
4. *Gestión de enfermería* 67
5. *Gestión de las auditorías* 89
6. *Gestión del cambio* 111
7. *Gestión de las reuniones* 131
8. *Gestión de la Presidencia* 153

Índice alfabético de materias 171

TARJETA DE PEDIDO

☑ **Sí,** deseo remitan a mi nombre esta obra:

WHITE: *GESTIÓN CLÍNICA. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario* (cód. 0511)

PVP: 3.300 Ptas. con IVA y 3.173 sin IVA

FORMA DE PAGO:
Contra reembolso sin cargo alguno.

Nombre _____
1º Apellido _____
2º Apellido _____
Año nacimiento _____
Teléfono _____
Especialidad _____
Dirección _____
Localidad _____

FIRMA

150

VISITE NUESTRA web http://www.masson.es LA INFORMACIÓN MÁS ACTUAL

Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta Tarjeta de Pedido a:

MASSON, S.A. MASSON

Rda. General Mitre, 149
08022 BARCELONA (España)
Fax: 93-253 05 15
e-mail: grupo.masson@bcn.servicom.es

Nota LORTAD: Si usted no desea recibir información comercial de otras empresas, por favor, indíquenoslo.