

APUNTS

---

# Bases teòriques de la infermeria

---

**Models de cures** | 2n. Grau d'Infermeria | Manresa 2012-2013 | prof. **Carme Valiente**

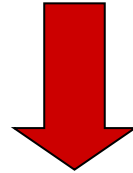
Alumne | **Carles Mayol Bonet**

# BLOC 1. Fonaments històrics de la Infermeria

## TEMA I : Origen de la Infermeria

# TEMA I: Origen de la infermeria

## ESTRUCTURACIÓ SOCIAL



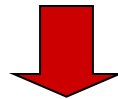
- *“Una professió es constitueix a partir d’una activitat necessària per a la vida d’un grup social” (F. Collière)*

# TEMA I: Origen de la infermeria

Les activitats necessàries per la vida del grup  
que cobreix infermeria són



CURES DE SALUT



Infermeria les assumeix de manera constant i  
universal

# TEMA I: Orígens de les cures d'infermeria.

- TENIR CURA

Precedent de la professió infermera

Activitat pròpia de la infermeria en l'actualitat , configura l'essència de la professió.

(Inicis de la humanitat)

- INFERMERIA

Relacionada amb els hospitals i amb els malalts. Dins els hospitals / monestirs designa l'espai on s'atenen les persones Malaltes.

(E. Medieval s. XI)

# TEMA I: Origen de la infermeria

- **TENIR CURA:**
  - Existeixen des que apareix la vida
  - Acte de vida, te l'objectiu de permetre que la vida continuï, es desenvolupi....
  - Assegurar la vida del grup i de l'espècie
  - No eren un ofici / ni una professió
  - Fet pel qual una persona ajuda una altre a tenir el necessari per satisfer les necessitats primàries.....

**SOBREVIURE**



# TEMA I: Origen de la infermeria



↓

Diferents orientacions: DIVISSIÓ SEXUAL DEL TREBALL

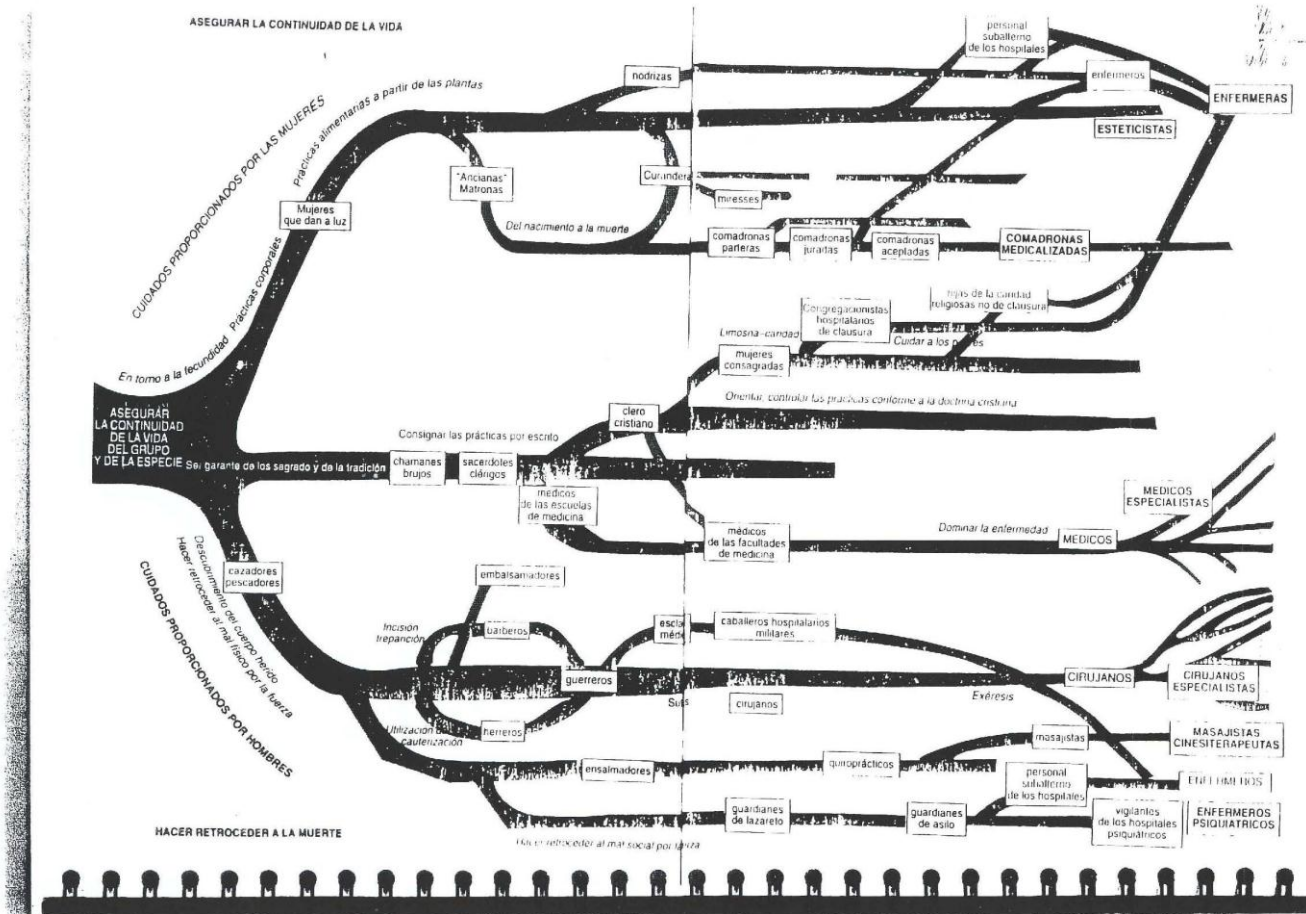
↓

HOMES:  
Lluitar, vetllar i fer recular  
la mort.

↓

DONES:  
Al voltant del manteniment  
i desenvolupament de la vida.  
Al voltant de la fecunditat.

# TEMA I: Origen de la enfermería





# Factors que han influït en l'evolució de la infermeria

- INDIRECTES: Factors socials, polítics, econòmic i religiosos.....
- ESPECÍFICS:
  - Evolució dels conceptes de salut i malaltia
  - Consideració social que dels malalts i de la malaltia ha tingut la societat
  - L'evolució del coneixement sobre l'ésser humà
  - El rol de les dones en les diferents cultures i èpoques històriques.

# Identificació amb el ROL de la dona

- Inici de la història de la humanitat fins l' EM.
  - *Cures de supervivència/fecunditat*
- Finals de l' EM fins finals del s. XIX i principis del s. XX.
  - *Dona consagrada/religiosa*
- Principis del s. XX fins finals dels anys 60 (s. XX).
  - *Auxiliar del metge/rol moral i tècnic*

## Tema II: Influència del Cristianisme en l'atenció als malalts

Naixement i desenvolupament dels hospitals.  
Institucionalització de les cures

### Cristianisme

- ◆ Fi de l'Antiguitat clàssica
- ◆ Coincideix amb l'expansió de l'Imperi Romà (31 a. C / 476 d. C)
  - 313: Edicte de Milà, llibertat religiosa (Emperador Constantí)
  - 392: prohibició de celebrar ritus pagans (Emperador Teodosi)
- ◆ A la península Ibèrica s'implanta als s.VI i s.VII
  - Moviment monacal (*Benedictins, Franciscans...*)

## Cristianisme

- ◆ Impregna la filosofia de l'home medieval d'occident
- ◆ S'implanta com a nou ordre social
  - Canvis en tots els aspectes de la vida social
  - Nova unitat cultural, amb escales de valors diferents, a partir de les "Sagrades Escriptures"



NOVA MANERA D'ENTENDRE I  
COMPORTAR-SE DABANT ELS  
MALALTS I LES MALALTIES.



**VALORS / PENSAMENT DE L'EDAT MITJANA**

## Edat Mitjana

- ◆ A partir de la caiguda de l'Imperi Romà d'occident, fins a mitjans del s. XV
- ◆ Pas de la història antiga a la moderna
- ◆ 1000 anys: destrucció d'una civilització / restauració de la societat

## Edat Mitjana

- ◆ Alta Edat Mitja "Època obscura"
  - Divisió de l'Imperi Romà: occident es envaït per multitud de tribus del nord d'Europa (Bàrbars)
  - Món en decadència
  - Població disminueix
  - Moviments:
    - ◆ Feudalisme
    - ◆ Monaquisme
    - ◆ Islamisme
- ◆ Baixa Edat Mitja (1000/1500)
  - Període de pau
  - Augment de la població
    - ◆ Noves malalties /epidèmies
    - ◆ Gremis i cofraries
  - Desenvolupament de les ciutats
  - 1eres. Universitats
    - ◆ Regula la medicina
  - Croades (1026/1291)
  - Resposta a les necessitats de l'època:
    - ◆ Ordes de cavalleria
    - ◆ Ordes militars
    - ◆ Ordes mendicants

## Edat Mitjana

- ◆ Punt de partida del naixement i el desenvolupament dels hospitals



DESENVOLUPAMENT I  
INSTITUCIONALITZACIÓ  
DE LA INFERMERIA

**CRISTIANISME**

## Cristianisme: Cures d'Infermeria

### ◆ PERSONA

- Dualisme Platònic: Cos / Ànima (esperit)
- Tot ésser humà, que tingui una necessitat.

### ◆ OBJECTIU DE LES CURES

- **Salvar l'ànima.** Assistir al malalt, per disminuir el patiment, i per expiració del propis pecats

### ◆ INTERVENCIONS

- Basades en la paraula i l'oració (Ànima)
- Cures bàsiques (cos) derivades del concepte de **CARITAT** cristiana

### ◆ CUIDADORS

- Ordes religiosos. Actitud **d'Humilitat**. No es demana cap tipus de formació, sols ser caritatiu.

## HOSPITALS MEDIEVALS

### ◆ Primers "hospitals" /infermeries els trobem als monestirs

- Espanya: s.VIII i IX monestirs benedictins del nord de la península Ibèrica, "Ruta Xacobeà": Estella, Roncesvalles....

### ◆ Amb el desenvolupament de les ciutats, es fundaran hospitals (urbans) sota la protecció de reis, nobles rics, l'església.

### ◆ Forma de fer caritat

### ◆ Primers Hospitals coneguts

- Sant Basili el Gran (Cesarea) s.IV
- Europa: s.VI i s.VII Hôtel-Dieu de Lyon / Hôtel-Dieu de París
  - ◆ Hospital del Santo Spirito a Roma
- A Espanya: Gran Hospital de Mèrida (s.VI)

## HOSPITALS MEDIEVALS

### ◆ OBJECTIUS:

- Beneficència, mostra de la solidaritat i caritat que caracteritza l'E.M.
- Justícia social, dret de tot ésser humà a rebre assistència corporal i humanitària
- Aïllament, individus "desgradables" / "incòmodes" per la societat (pobres, orfes, malalts), evitar el contagi de les malalties infeccioses (lepra...)

## HOSPITALS MEDIEVALS

### Característiques

- ◆ Pluralitat assistencial, s'atenen tot tipus de necessitats: orfes, pelegrins, malalts
- ◆ Atencions a càrrec dels religiosos
- ◆ Arriben a ser nombrosos. Tamany reduït.
- ◆ Alguns de gran bellesa arquitectònica: estil gòtic, amb sales molt espaioses i poca intimitat
- ◆ Higiene deficient. Es manté però no es guareix

## HOSPITALS MEDIEVALS

### Característiques

- ◆ Cures relacionades amb l'alimentació són la base de l'atenció als malalts
- ◆ Cures bàsiques: *menjar, llit, escalfor i oració*
- ◆ Existeix el registre, administració i gestió
- ◆ Es practiquen algunes tècniques: com les sangries
- ◆ Cures d'infermeria durant 24h. A part dels monjos/monges també hi ha serventes, hospitaleres, dones a càrrec dels malalts i dels nens. Desenvolupen feines diferents

## HOSPITALS MEDIEVALS

### Característiques

- ◆ Estudi fet (C. Domínguez) constata que a l'any 1500 existien més de 100 hospitals, en 32 dels quals trobem referències escrites sobre els persones que presten cures.
- ◆ Hospitals medievals s.XI / XII
  - Hospital d'en Guitart → Hospital de Santa Creu i Santa Eulàlia
  - Hospital del Rei de Burgos, Salamanca, Santiago de Compostela, Palència..



## “ORDINACIONS” de l’Hospital de la Santa Creu de Barcelona. 1417

- ◆ 1res. Referències escrites que parlen de l’organització de l’activitat d’infermeria
- ◆ Intentava ordenar/regular l’activitat de diferents estaments de l’hospital
- ◆ Fa referència a la major part dels elements bàsics que integren les cures d’infermeria

## “ORDINACIONS” de l’Hospital de la Santa Creu de Barcelona. 1417

- ◆ Especifica les funcions de 18 oficis diferents:
  - Infermer*
  - Ofici de la dona a càrrec de les malaltes*
  - Ofici de la dona a càrrec dels nens*
  - Dides*
  - Escuder*
  - Escrivà de ració*
  - .....



## Cristianisme: Aportacions a la consolidació de la infermeria

- ◆ Plantejament humanitari de les cures
- ◆ Cures organitzades, sorgeixen en l'àmbit públic.
- ◆ Lideratge de la dona en relació a les tasques caritatives i socials
  - Vídues, monges, diaconesses... (Marcela, Paula... dones il·lustres de Roma, creen hospitals...)
  - Febe: primera infermera visitadora

**DONA CONSAGRADA**

## Cristianisme: Aportacions a la consolidació de la infermeria

- ◆ Molt influenciades pel concepte **d'Humilitat:** actitud intel·lectual davant la praxis infermera
  - ◆ **S'institucionalitzen** a partir del concepte d'ajuda: vocacional – cristià – caritatiu
  - ◆ El sentit caritatiu – altruista de les cures impedeix:
    - Transmissió sistemàtica i organitzada dels coneixements → creació d'un "corpus organitzat de coneixements"
- ↳ dificulta d'inclusió en el context gremial
- ↓
- impedeix la PROFESSIOANLITZACIÓ

## L'Atenció organitzada

- ◆ La necessitat de donar resposta a les necessitats socials i de malaltia de l'època farà que apareguin un seguit d'organitzacions. Moltes d'aquestes es dedicaran a l'atenció de malalts:
  - ORDES MILITARS
  - ORDES MENDICANTS
  - ORDES SEGLARS
  - GREMIS I COFRARIES

### L'Atenció organitzada: ORDES MILITARS

- ◆ Tenen origen en les croades
- ◆ Creen llocs de descans, assistència (hospitals)
- ◆ Tenen cura de malalts i pobres
- ◆ La mes coneguda:
  - *Cavallers Hospitalaris de St. Joan de Jerusalem (funden l'Hospital de la Valleta a Malta)*
- ◆ Influeixen en el progrés i en la formació infermera
  - Organització dels serveis d'infermeria
  - Conceptes de jerarquia i rang.
  - Uniforme, obediència...

## L'Atenció organitzada: ORDES MENDICANTS

- ◆ Donen resposta a malalties i a les necessitats socials de l'època
  - ◆ lepra, manca d'aliments, orfes, vídues...
- ◆ Objectiu d'acostar el cristianisme a la gent. Redescobriments de la pobresa que proposen els evangelis
- ◆ Depenien de la mendicitat per subsistir:
  - ◆ St. Francesc d'Assís / -St. Agustí
- ◆ Incorporen laics, es dediquen a la infermeria com a principal activitat
  - ◆ Alguns infermers sants més famosos pertanyen a aquests ordes: *Sta. Isabel d'Hongria, Sta. Isabel de Portugal*

## L'Atenció organitzada: ORDES SEGLARS

- ◆ Desenvolupament paral·lel als anteriors.
- ◆ Grups de ciutadans amb inquietuds religioses, però no segueixen els vots de la vida monàstica
- ◆ Punt de partida en la secularització de la infermeria
- ◆ Es dediquen a cuidar malalts, pobres, orfes...
- ◆ S'autofinancen, creen hospitals, fan atenció domiciliària...
- ◆ Més conegudes
  - Germans Hospitalaris de St. Antoni (Antonins)
  - Beguines de Flandes (Lambert le Bégue)
    - ◆ Bruges, Gant

## L'Atenció organitzada: GREMIS / COFRADIES

- ◆ Baixa E. M. Els que treballen en el mateix ofici, s'uneixen per defensar els interessos mutus
- ◆ 1ers. Cofradies: presten ajuda social amb aportacions dels propis membres, creen les germandats: ajudes en cas de pobresa de malaltia i/o mort
- ◆ Gremis: s. XV es transformen i passen del concepte "benèfic" al caràcter tècnic i econòmic, continuen mantenint les ajudes mútues, continuen donant cures dins les germandats (excloses dels espais d'aprenentatge gremial)
  - ◆ Financen assistència mèdica, hospitals, medicaments...

# Tema III: Les cures d'infermeria a l'Època Moderna

Del s. XVI al s.XIX

## Època Moderna

- ◆ Grans **canvis**: social, econòmic i intel·lectual
- ◆ Pas de les institucions feudals a l'establiment dels estats nacionals
- ◆ Aparició classe intel·lectual

## Època Moderna

- ◆ S. XVI – XVII
  - RENAIXEMENT
    - ◆ Neix a Itàlia i s'estén cap a l'oest d'Europa
  - REFORMA
    - ◆ Moviment crític dins l'Església Catòlica, dirigit per *Martin Lutero*
- ◆ S. XVIII
  - REVOLUCIÓ FRANCESA
    - ◆ Moviment social en contra de l'absolutisme dels governants (M. Il·lustració)
  - REVOLUCIÓ INDUSTRIAL
    - ◆ S'inicia a Anglaterra i es consolidarà al s.XIX

## Època Moderna: Canvis Socials

- ◆ Disminueix el poder de l'Església, a la vegada que augment d'interès de l'home per l'home (P. Humanista)
- ◆ Es "descobreixen" les cultures clàssiques (Grega/Romana)
- ◆ Gran interès per les arts i les ciències:
  - Copèrnic, Galileo Galilei
  - Mètode experimental, raonament inductiu
  - Avenç en anatomia, medicina
  - Impremta, telescopi, microscopi, baròmetre, rellotge de pèndol



## Època Moderna: Canvis Socials

### ◆ Apareix la **classe intel·lectual**

- Leonardo da Vinci / Galileo Galilei / Miquel Àngel / Rembrandt....

### ◆ Augmenta la burgesia (mecenes)

- Governen les ciutats i donen suport als Reis

### ◆ Consolidació dels estats a partir dels Reis, centralitzen l'autoritat

- Grans Nacionalismes. Acumulació de riqueses a Europa, competència i guerres.
- Lluís XIV de França / Enric VIII d'Anglaterra / Carles I d'Espanya i V d'Alemanya

## Època Moderna: Canvis Socials

### ◆ Grans concentracions urbanes:


- Manca d'higiene, carència d'instal·lacions sanitàries, ciutats brutes....

### ◆ Reforma: dues esglésies a Europa


- Església Catòlica (antiga)
- Església Luterana (protestant)
  - ◆ Anglaterra (Enric VIII)

### ◆ S'inicià el sistema capitalista i el procés d'industrialització

## Època Moderna: Medicina

- ◆ Mètode científic: afavoreix el progrés de la medicina
  - ◆ Refugia a les Universitats
  - ◆ Metges, grup d'élite que atén les classes socials altes
  - ◆ Grup dels Barbers-Cirurgians: classes pobres
  - ◆ Augmenten els coneixements anatòmics
- 

## Època Moderna: Medicina

- ◆ Apareixen els primers esquemes de pensament sobre el funcionament del cos
  - ◆ Es dissenyen instruments per la medicació i inspecció del cos
    - Rellotge de pols, estetoscopi, percussió
  - ◆ El malalt mental es maltractat
- 

## Època Moderna: Malalties

- ◆ Manca d'higiene, població desnodrida, manca de lleis referents a salut pública
  - EPIDÈMIES
    - ◆ Anglaterra entre 1603 i 1625 va morir 1/3 de la població
    - ◆ Tifus, paludisme, sífilis, TBC...
    - ◆ Taxa de mortalitat de 40 per 1000 i l'esperança de vida de 35 anys

## Època Moderna: Malalties

- ◆ GRAN ÍNDEX DE MORTALITAT INFANTIL I MATERNA (*50% de mortalitat infantil*)
  - Manca de cures prenatales
  - Alimentació inadequada i insuficient
  - Infeccions a l'inici de l'embaràs
  - Febres puerperals
  - Manca d'higiene i coneixements de les comadrones / dides
  - Manipulació del part: "Metge especialitzat, Consultor en parteria"
  - Indiferència pública
  - Augment de l'afany pels plaers de la vida
  - Abandonament de nens
  - Inici de l'alimentació amb biberó

## Època Moderna: Cures d'Infermeria i Hospitals

“PERÍODE FOSC DE LA INFERMERIA”  
(Fins a mitjans del s.XIX)

PAÏSOS PROTESTANTS  
Anglaterra (Enric VIII)  
Nord d'Europa

PAÏSOS CATÒLICS  
Espanya/ Itàlia/ França

## Època Moderna: Cures d'Infermeria i Hospitals

- ◆ PAÏSOS PROTESTANTS: “La salvació de les ànimes per l'acte de fe”. La cura i l'atenció als malalts perden el sentit salvador.
  - Dèficit de gent per cuidar i atendre malalts
  - Disminueix la qualitat dels serveis
  - No hi ha preocupació per millorar els hospitals
  - Tancament d'hospitals i expulsió dels ordes religioses
  - Noves institucions molt deficientes i amb moltes mancances
  - Infermera: escòria de la societat (persones immorals, alcohòliques i analfabetes)

## Època Moderna: Cures d'Infermeria i Hospitals

### ◆ PAÏSOS CATÒLICS

- Ordes religiosos: continuen mantenint els hospitals i les cures infermeres
- Assistència poc desenvolupada (ideologia cristiana)
- Sorgeixen nous ordes:
  - ◆ Germans de St. Joan de Déu
  - ◆ Les Germanes de la Caritat
  - ◆ Obregones (Mínima congregación de los Hnos. Enfermeros Pobres)
- Espanya: cases de Misericòrdia

## Aportacions dels ordes hospitalaris

Germans de St. Joan de Déu  
Germanes de la Caritat

## Germans de St. Joan de Déu

- ◆ Fundada al 1538 per Joan Ciutat
- ◆ Ordre mendicant, atenen malalts als hospitals i a domicili
- ◆ El primer hospital que varen fundar és a Granada
- ◆ Crearen hospitals que perduren a l'actualitat
- ◆ S'estengueren per Europa i el Continent Americà.
- ◆ Centren l'atenció en les persones més refusades per la societat

## Germanes de la Caritat de St. Vicenç de Paúl: *Filles de la Caritat* (1633)

- ◆ Fundada per St. Vicenç de Paúl (1576/1660) *Sacerdot francès, catòlic i franciscà*
- ◆ Solució als problemes de misèria i malalties de l'època, manera de controlar la caritat.
- ◆ Es dediquen a visitar malalts i proporcionar:
  - Cures d'infermeria
  - Consol espiritual

## Germanes de la Caritat

- ◆ Priemera supervisora: *Lluïsa de Marillac*
- ◆ Període de formació de 5 anys:
  - Llegir, escriure, fer comptes i comprendre les ordenances mèdiques
- ◆ Va ser el més extens de tots els ordes d'infermeria: Canada (1644)
  - 1789 s'estableixen a Espanya
- ◆ Inicien la reforma dels hospitals i l'ajuda organitzada als pobres

## Aportacions dels ordes hospitalaris

- ◆ Porten a terme la reforma i transformació de les estructures hospitalàries tradicionals
- ◆ Amplien l'assistència a molts llocs: funden hospitals o bé se'n fan càrrec dels existents
- ◆ Assumeixen les tasques d'administració, assistencials de docència i investigació de l'època
- ◆ Formen el personal, apareixen els primers manuals destinats a les persones que cuiden

## Pàgines web

- ◆ <http://www.sanjuandedios-fjc.org/>
- ◆ <http://hijascaridad.org/>
- ◆ <http://www.hospitalarias.org/>
- ◆ <http://www.camilos.org.mx>

**Consultar-les i valorar quina aportació fan a l'actualitat a la professió.**

**Es poden consultar altres ordes que es dediquin a tenir cura de persones**






## TEMA IV: INICI I CONSOLIDACIÓ DE LA PROFESSIONALITZACIÓ

ÈPOCA CONTEMPORÀNIA A  
CATALUNYA / ESPANYA



### Finals del S. XIX fins l'actualitat

- ◆ 1ra. Etapa: Inicis de la institucionalització de la professió. Establiment de les primeres escoles d'infermeria
  - ◆ 2na. Etapa: Unificació dels estudis. ATS
  - ◆ 3era. Etapa: Infermeria Universitària (tema 8)
- 

## 1era. Etapa: Institucionalització i primeres escoles

- ◆ 1857: Primera referència legal: Llei d'instrucció pública
- ◆ 1904: Llei d'Instrucció general de salut pública
- ◆ 1915: Per primera vegada es reconeix Infermeria com ocupació professional
- ◆ Existeixen tres tipus de professionals
  - ◆ Infermeres / Practicants / Matrones
- ◆ 1945: Creació dels col·legis oficials

## 1era. Etapa: Les Escoles i Formació

- ◆ Origen lligat a les necessitats de la medicina.
- ◆ No hi ha líders femenins.
- ◆ Poca influència del model F. Nightingale.
- ◆ 1896: primera escola d'infermeria. Sta. Isabel d'Hongria.
- ◆ Catalunya:
  - 1917: Escola de Sta. Madrona
  - 1919: Escola d'infermeres auxiliars de la Mancomunitat Catalana
  - 1926: Escola d'infermeres auxiliars de la Quinta la Salut l'Aliança
  - 1933: Escola d'Infermeres de la Generalitat de Catalunya
- ◆ 1929: Escola d'infermeres casa de salut Valdecillas
- ◆ Escoles de Creu Roja: "Dames infermeres de la Creu Roja"

## 1era. Etapa: Les Escoles i Formació

- ◆ Guerra Civil:
  - Tancament de les escoles
  - Infermeres i personal voluntari
    - ◆ Infermeres de la guerra
    - ◆ Infermeres de campanya
    - ◆ Infermeres militars (H. Militars)
- ◆ Zona Nacional:
  - Falange Espanyola: Secció femenina
    - ◆ Creà el títol: "Dama Enfermera Femenina"
- ◆ Zona Republicana
  - "Cuerpo Auxiliar de Damas Enfermeras Militares"
    - ◆ Socorro Rojo

## 1ra. Etapa: Creació dels col·legis

- ◆ 1941: Canvis en els plans d'estudis i normativa per l'obtenció del títol
- ◆ 1944: Llei de Bases de la Sanitat Nacional
  - Obligatorietat cada província espanyola hi hagués un Col·legi d'auxiliars Sanitaris (Infermeres, practicants i matrones)
- ◆ 1945: Funcions i normativa dels C. P.
  - 52 col·legis amb representació en el Consell General a Madrid
  - Estatut de les professions sanitàries
  - Requisit per treballar estar col·legiat
  - Tres seccions: infermeres, practicants i matrones
    - ◆ Amb competències professionals diferents

## 1ra. Etapa: Competències

- ◆ Infermeres
  - Funcions de caràcter tècnic - vocacional
  - Dependència de l'estament mèdic
  - Exclusivament femenines
- ◆ Matrones
  - Exclusivament femenines
  - Funcions concretes: atendre parts i ajudar al metge especialista. Auxiliar del metge
- ◆ Practicants
  - Preferentment masculins, camp d'actuació més ampli i més tècnic. Cura dels operats, intervencions de cirurgia menor, ajudar als metges a quiròfan, aplicació de tractaments, posar vacunes, cirurgia callista/pedicur i massatgista

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis

- ◆ Llei de Bases de Sanitat 1944:  
Titularitat de l'estat en assistència sanitària i social
  - Seguretat Social (INSALUD)
    - ◆ Ministeri de Treball
  - Salut Pública
    - ◆ Ministeri de Governació (*Direcció general de Sanitat*)

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis

- ◆ Reorganització del sistema assistencial (anys 50). Classificació hospitals de l'INSALUD
  - Hospitals Especials (nacionals, 5 a tot l'estat)
  - Ciutats Sanitàries (grans complexes hospitalaris, seran 14 i inclouen altres hospitals)
  - Residències Sanitàries (presentes a tota la geografia espanyola, total de 118)

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis

- ◆ Repercussions dels canvis del sistema sobre en el desenvolupament professional
  - Augmenta la demanda de professionals
  - Creació d'escoles a la majoria d'hospitals de la Seguretat social
  - Avenços tècnics: infermeres amb capacitat de fer front a les noves tecnologies, sense perdre la tradició de submissió i obediència a l'estament mèdic

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis

- ◆ Decret de 27 de juny de 1952 el Govern: estableix la unificació de tots els estudis existents (practicants, matrones i infermeres)
  - Un sol pla d'estudis i única titulació
    - ◆ A.T.S. (Ajudant Tècnic Sanitari)
  - Regulació de les escoles, tres tipus
    - ◆ Oficials
    - ◆ De l'església
    - ◆ D'entitats privades

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis Pla d'estudis

- ◆ Es requereix el títol de batxillerat elemental i revàlida (tenir 17 anys)
- ◆ Carta de recomanació per entrar a l'escola
- ◆ Examen d'ingrés i entrevista personal
- ◆ Tres mesos de prova
- ◆ 1956-1957 règim d'internat per les dones, vigent fins el 1976
- ◆ Separació homes i dones
- ◆ Examen de revalida pels de les escoles no oficials

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis Pla d'estudis

- ◆ 3 anys acadèmics, dividits en parts teòriques i pràctiques
  - Pràctiques: 4 h /dia a 1er i 6 h/dia a 2n i 3er
- ◆ Nom de les assignatures: especialitats mèdiques
- ◆ Educació física / Formació política
- ◆ Autòpsia medicolegal (sols els ATS masculins)
- ◆ ATS femenins: "labor" completar la seva formació com a dones (professora de la Secció Femenina)

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis Conseqüències (+)

- ◆ Unificació en una única titulació de tots els estudis
- ◆ Augmenta el nivell dels estudis
- ◆ Unificació de criteris per a totes les escoles
- ◆ Vinculació a les Facultats de Medicina com a escoles professionals
- ◆ Més habilitats tècniques: Revalorització de la professió, per l'exclusiu caràcter "vocacional"

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis Conseqüències (+)

- ◆ A mig termini contribueix a la pèrdua del caràcter religiós. Presència de laics.
- ◆ Augmenta el nombre d'estudiants: perd el caràcter femení prioritari



MILLORA IMPORTANT DE LA  
QUALITAT DE LES CURES

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis Conseqüències (-)

- ◆ ATS: connotacions molt específiques
- ◆ Prolifерació d'escoles per cobrir la demanda existent.
- ◆ Orientació dels estudis totalment medicalitzats.
- ◆ Control dels òrgans de gestió de les escoles per part mèdica



## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis Especialitats

- ◆ Augment de la tecnificació i la tendència en la medicina a l'especialització



- 1954 Diploma d'assistència obstètrica (Matrona)
- Fisioteràpia, Radiologia i Electroteràpia, Podologia, Anàlisis clínics
- Pediatria i Puericultura
- Neurologia
- Psiquiatria
- Urologia i Nefrologia

## 2na. Etapa: Unificació dels Estudis Col·legis

- ◆ Mateixa normativa del 1945:  
"Col·legi Oficial d'Auxiliars Sanitaris"  
, 3 seccions:
  - D'Ajudants Tècnics Sanitaris Masculins i Practicants
  - D'Ajudants Tècnics Sanitaris Femenins i Infermeres
  - De Matrones

## INFERMERIA UNIVERSITÀRIA

- ◆ Conseqüència de la "Llei General d'Educació de 1970"
  - Possibilitat d'integrar-se a la Universitat com Escoles Universitàries d'Infermeria
- ↓
- ◆ 1976 Comissió Interministerial per la reforma dels Estudis d'ATS
- ↓
- ◆ Aprovació del Reial Decret de 23 de juliol de 1977 que integrava les Escoles d'ATS a la Universitat

## INFERMERIA UNIERSTITÀRIA

- ◆ Consell General d'Ajudants Tècnics Sanitaris, branca femenina, creà una comissió d'estudis amb la missió d'elaborar les directrius del nou pla d'estudis
- ↓
- ◆ Base per l'ordre ministerial sobre les "Directrius per l'elaboració del Pla d'Estudis de les E.U.I " novembre de 1977

## DIRECTRIUS DEL NOU PLA

- ◆ Dispensar cures d'infermeria a l'individu sa i malalt, a la família i a la comunitat en el medi hospitalari i extrahospitalari; orientant aquestes cures no només cap a l'atenció de malalts sinó també a la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la rehabilitació.
- ◆ Participar en l'equip de salut acomplint les funcions pròpies d'infermeria.
- ◆ Contribuir a la formació dels diferents nivells del personal d'infermeria i a l'educació sanitària de l'individu, família i comunitat
- ◆ Participar en la investigació en el camp d'infermeria

## Línies Generals del Nou Pla d'Estudis

- ◆ Durada de tres cursos acadèmics
- ◆ Hores totals: 4.600 (*respecten ls recomanacions Europees*)
- ◆ Proporció teoria – pràctica al voltant del 50%
- ◆ Noves assignatures: *Infermeria Fonamental, Infermeria Comunitària.....*

## Línies Generals del Nou Pla d'Estudis

- ◆ Tres Eixos Bàsics:
  - Orientació vers la salut
  - Desig de conèixer tots els aspectes relacionats amb les cures
  - Visió de l'individu, sa o malalt des d'una perspectiva d'atenció global

## Canvis a la professió

- ◆ Plantejament a nivell de col·lectiu del propi rol
- ◆ Demana la unificació de les tres branques col·legials
- ◆ Les noves escoles, permeten a les infermeres ser les responsables de la formació de nous professionals i assumir el lideratge de la professió

## Canvis a la professió

- ◆ 1979 AEED (Associació Espanyola Infermeria Docent)
  - Primeres sessions de treball
  - “Desenvolupament professional”
- ◆ 1978 Revista ROL
- ◆ Hospitals
  - Primers registres (full infermeria)
  - Direccions d’Infermeria

## Tema IV: Inici i consolidació de la professionalització infermera

Naixement de la infermeria professional.

Florence Nightingale

Evolució al s. XX: conseqüències de la 2na guerra mundial

### Resum / Conseqüències

- ◆ El gran renaixement de la cultura deixa de banda certs aspectes com el cuidar. La infermeria s'entén més una ocupació religiosa que intel·lectual
- ◆ La Reforma produeix desmotivació entre les persones laiques que cuiden
  - INFERMERIA DESORGANITZADA I SENSE POSICIÓ SOCIAL
  - DECADÈNCIA TOTAL DELS HOSPITALS I DE LA INFERMERIA

## Resum / Conseqüències

- ◆ Finals del s. XVIII : societat civil, metges, clergat i ciutadans filantròpics iniciaren tasques de millora i canvi:
  - E. Howard
  - E. Fry
    - POSEN ELS FONAMENTS PELS CANVIS QUE ES DONARAN AL S.XIX

## S. XIX NAIXEMENT DE LA INFERMERIA MODERNA

INSTITUT DE LES  
DIACONESSES DE  
KAISERSWERTH

FLORENCE  
NIGHTINGALE

CREACIÓ DE LA  
CREU ROJA

## INSTITUT D. KAISERSWERT

- ◆ Alemanya 1836
- ◆ Theodor Fiedner (1800-1864)
  - A partir de la reforma carcelària Alemanya creà un àsil per acollir els alliberats (1er. Institut)
  - Obre un hospital amb una escola per formar diaconesses
  - 1842 l'hospital tenia 200 llits

## INSTITUT D. KAISERSWERT

- ◆ Programa de formació de les diaconesses.
  - Durava tres anys
  - Aprenentatge teòric i pràctic
  - Coneixements farmacèutics
  - Coneixements d'ètica i doctrina religiosa
  - Rotació pels diferents serveis de l'hospital
  - Formació en infermeria domiciliària
- Tindrà gran influència a Europa




## FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910)

- ◆ Fundadora de la infermeria moderna i sistematitzada
- ◆ Reforma la sanitat militar, i posteriorment dels hospitals civils
- ◆ Funda la primera escola d'infermeres a nivell professional
- ◆ Contribueix al moviment feminista anglès
- ◆ Influeix en W. Rathbone: naixement de la salut pública i en H. Dunant: Creu Roja


## CREU ROJA

- ◆ Fundada per Henry Dunant
  - 1859: Batalla de Solferino (Actua com a voluntari)
  - 1863: Record de Solferino
- ◆ 1863: constitució del Comitè Permanent Internacional
- ◆ 1964: reunió de diferents països europeus, que signen "Conveni de Ginebra"

## CREU ROJA

- ◆ Acords del Conveni de Ginebra:
    - Protecció als ferits de guerra
    - Caràcter neutral i protecció al personal sanitari
    - Adopció d'un emblema únic
    - Establiment del comitè permanent
    - Promoció internacional de les societats d'auxili
- 

## CREU ROJA

- ◆ Contribucions.
    - Implanta a nivell mundial
    - Crea moltes escoles on es formaran infermeres amb una orientació molt tecnificada.
    - Col·labora en la regulació i el desenvolupament de la professió
- 

## S. XX: Primera meitat

- ◆ Dues guerres mundials
- ◆ Problemes de benestar social
- ◆ Recolzament oficial a les disciplines de la salut
- ◆ Legislació general i d'infermeria
- ◆ Autoorganització de les infermeres
  - ◆ ASSOCIACIONS D'INFERMERIA

## ASSOCIACIONS D'INFERMERIA

- ◆ Espais de reflexió i defensa de la professió
  - Definició de rol professional
- ◆ Més importants:
  - CIE (1899 Mrs. Bedford Fenwick)
    - ◆ *Consell Internacional d'Infermeria*
  - ANA (1896)
    - ◆ *Associació d'Infermeres EEUU*
  - CNA (1908)
    - ◆ *Associació nacional d'infermeria del Canada*

## Cures a la 1era. Meitat del s.XX

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Abans dels anys 30           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Poques infermeres graduades</li> <li>– Cures a càrrec de les estudiants</li> <li>– Inclou tasques alienes a infermeria               <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Fregar terres</li> <li>◆ Netejar l'equip</li> <li>◆ Cura rutinària dels malalts..</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Anys 40           <ul style="list-style-type: none"> <li>– S'introdueixen tasques i procediments               <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Determinació TA</li> <li>◆ Aspiracions</li> <li>◆ Transfusions</li> <li>◆ Administració d'O2</li> <li>◆ Injectables</li> </ul> </li> <li>– Col·laboren en quiròfans, sales de part. ambulatoris</li> </ul> </li> </ul> |
|---|---|

↓

**INFERMERIA TECNIFICADA**

## S. XX: Segona meitat.

Factors que influeixen en l'avenç de la infermeria

- ◆ Creació de l'OMS
- ◆ Promulgació dels drets humans
- ◆ Nombroses víctimes de la guerra
- ◆ Consolidació dels sistemes sanitaris
- ◆ Desenvolupament econòmic i científic
- ◆ Avenços tecnològics i científics
- ◆ Aparició de noves professions
- ◆ Definició de rols
- ◆ Definició d'infermeria com a disciplina professional

**LA SALUT, LES INFERMERES I LES CURES INFERMERES**  
**Participació a la taula: Salut, ciències i art**

**Núria Cuxart i Ainaud**

**Col·loqui de Vic**  
**Societat Catalana de Filosofia**  
**Institut d'Estudis Catalans**

**Vic, 8 d'octubre de 2004**

En primer lloc agrair a les entitats organitzadores d'aquest col·loqui la invitació a participar en aquest fòrum anual que enguany heu volgut dedicar a la salut, agraïment que voldria fer arribar de manera especial a la Societat Catalana de Filosofia. És força habitual que en fòrums infermers es convidi a participar a filòsofs però us puc assegurar que no ho és gens, que en fòrums filosòfics es convidin a infermeres. Per tant, moltíssimes gràcies per la invitació.

Altra cosa és el repte que suposa. Per tant, i sense que hagi tingut la força per renunciar-hi a temps, he seguit la recomanació –crec que era Horaci qui la feia- de: *Barreja un xic de follia amb prudència: hi ha moments bons per perdre el cap*. Bé, he cregut que era un bon moment per *perdre el cap* i aquí em teniu.

En segon lloc, permeteu-me que faci algunes consideracions sobre el meu treball. Com vosaltres us podeu imaginar, la meva intervenció és fruit d'un encàrrec fet i concretat a través del Dr. Ignasi Roviró -de tots vosaltres coneguts- i del bon amic Joan López Carol -infermer amb una intensa trajectòria de contribució a la Infermeria catalana- que em varen demanar que posés a la vostra consideració algunes de les reflexions que, en el sí de la disciplina infermera, es plantegen en relació a la seva aportació específica a l'atenció per la salut.

És per això que davant d'altres possibilitats més formals utilitzades en altres ocasions, he optat per un plantejament més personal fruit d'una reflexió individual però excel·lentment nodrida per d'altres infermeres compromeses amb el desenvolupament científic i disciplinar de la Infermeria que, a través de la seva producció científica o de la seva contribució en fòrums professionals o a través de converses mantingudes amb elles, m'han servit de base per a la meva intervenció i que citaré convenientment al llarg de la meva intervenció.

Espero doncs, ésser capaç de posar prous elements sobre la taula i que el meu compromís d'avui –que no els futurs- comenci i acabi en aquesta reflexió en veu alta perquè de ben segur s'ha de veure enriquida amb el debat entre tots vosaltres.

Fetes aquestes consideracions, permeteu-me que us presenti els objectius de la meva intervenció. Podrien concretar-se en tres:

El primer, fer un recorregut rapidíssim, pel què és la professió infermera avui, de manera que us permeti situar-vos en les bases del seu exercici professional.

El segon, unes breus referències al fet de *tenir cura*, com el veiem, com el vivim les infermeres atès que n'hem fet la raó de ser de la nostra professió.

El tercer, que al llarg d'aquesta intervenció sigui capaç de plantejar qüestions que es debaten en el si de la professió infermera, que entenem en són trets diferenciadors i que esdevenen, en tot cas, aspectes fonamentals del desenvolupament disciplinar de la Infermeria.

Per acomplir amb el primer dels objectius, cal recordar de manera molt ràpida que l'origen de moltes infermeres catalanes i espanyoles en l'actualitat, prové de la fusió forçada l'any 1952 entre infermeres, llevadores i practicants. Fusió desafortunada que va acabar en una denominació i en

uns estudis –els d'Ajudant Tècnic Sanitari- que les infermeres intentem oblidar però que sobretot intentem que la societat obliidi.

Cal recordar també que malgrat la consideració social que gaudia la infermera els anys 1940-1950 era molt baixa -ja que la formació era escassa i existia una forta associació entre el rol professional i l'estereotip femení-, l'orientació de moltes de les infermeres d'aleshores i molt especialment de les catalanes era clarament orientada al *tenir cura*.

Les infermeres, les més perjudicades amb l'esmentada fusió, varem perdre dues coses fonamentals: el nom i l'objectiu professional<sup>1</sup>: El nom d'*infermera* i el punt de referència que guiava i justificava les nostres accions. Ens embarcaren en una tasca destinada al fracàs perquè no existia un model professional comú per la majoria del col·lectiu o perquè n'havien adoptat un altre que no els corresponia: el biomèdic. En resum, ens van plantar un nom altament definidor. Definidor de la indefinició de la tasca que li era pròpia i de l'eix al voltant del qual devia haver-se estructurat i justificat la nova professió<sup>2</sup>. Una professió que en molts altres països –nord i sudamericans i també europeus- ja anava construint-se a la manera que avui entenem la infermeria moderna.

L'any 1977 amb l'entrada dels estudis d'Infermeria a la Universitat permet una formació amb mires més àmplies i, sobretot fomenta que les infermeres comencin a construir un patrimoni d'escrits professionals: articles, manuals, treballs de recerca, entre d'altres, que les escoles d'infermeria passin a tenir una entitat professional pròpia i a compartir responsabilitats de la universitat en el terreny de la docència i de la recerca<sup>3</sup>.

Amb la construcció de diferents marcs teòrics, l'aplicació del mètode científic –que nosaltres en diem procés infermer- i els nous dissenys curriculars, s'iniciava un camí de desenvolupament professional i la formació de les noves infermeres des d'una perspectiva ben diferent.

Avui, les infermeres ens preparen amb il·lusió per l'adequació dels actuals estudis al nou espai europeu i esperem veure resolta la vella aspiració de l'accés al segon i tercer cicle universitari sense haver de fer-ho a través d'altres estudis. De fet ja en són moltes les infermeres que s'han llicenciat en antropologia, psicologia, humanitats o sociologia, entre d'altres, perquè no els ha estat permès fer-ho des de la seva disciplina.

Les infermeres, avui, treballem en moltes de les circumstàncies en què es troben les persones. És per això que les infermeres:

- Orientem, guiem i acompanyem a les persones en tot el seu recorregut vital (des que les persones neixen ajudades per una llevadora, a l'escola quan són infants, en el món

---

1 Alberdi Castell, Rosamaría. *Las enfermeras para el tercer milenio*. Revista ROL de Enfermería, núm 178, juny 1993

2 Op. Cit. Alberdi Castell, Rosamaria (1993)

3 Valls Molins, Roser. *Història de la professió d'infermeria*. Textos docents, 66. Departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica. Divisió de Ciències de la Salut. Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona, 1998

del treball, quan ens fem grans, quan morim), fent especial atenció a aquells grups de població en situacions específiques on l'acció de la infermera és determinant (en situacions de discapacitat, o en situacions de pobresa o d'immigració i moltes, moltes d'altres.

- Ajudem o suplim quan la persona té un problema de salut a través de les activitats relacionades amb el desenvolupament de la nostra aportació autònoma. En base a una valoració de la persona, la infermera desenvolupa la seva tasca identificant una sèrie de problemes que són de la seva àrea de competència i emet un judici professional sobre la resposta de la persona, la família i la comunitat en front a problemes vitals o problemes de salut.
- Col·laborem amb les actuacions de diferents professionals a través d'activitats interrelacionades en l'àmbit sanitari, sociosanitari i social. Aquesta darrera, probablement la més coneguda i, segur, la més estereotipada.

El centre d'atenció i objectiu de la tasca de la infermera ja no és un altre professional ni tant sols una situació patològica sinó la persona que atén i els seus requeriments d'ajuda per a seguir un tractament o per controlar o manegar adientment la seva patologia. És aquí la gran diferència i, és per això, que les infermeres diem orgullosament que *tenim cura de les persones*.

De fet, les dificultats que sovint hem tingut en aquest camí de la nostra professionalització ha estat, entre d'altres, precisament per la naturalesa del nostre objectiu professional: *el tenir cura*. Pel seu valor indeterminat i intangible i perquè la infermera l'ha hagut de recuperar com a objectiu professional.

Permeti'm aquí una referència als treballs de la infermera Rosamaría Alberdi que ens donarà peu a l'abordatge del **segon dels objectius** d'aquest treball- i que fa referència a les característiques i els elements que configuren la base sobre la que se sustenta el desenvolupament de qualsevol professió i, a partir dels quals, aquesta autora, ha aprofundit i ha concretat en la professió infermera (Alberdi, 2003).

La definició d'aquests elements –des d'una perspectiva general- la formula amb els termes que ho fa la filòsofa Adela Cortina (1997) i que anomena el *bé intrínsec*. És a dir, allò que la professió proporciona de forma única a la societat i que constitueix un servei indispensable pel seu manteniment.

En base a aquesta premissa la professió infermera ha evolucionat vertiginosament els darrers anys –i sempre a la meua manera de veure- en tres aspectes fonamentals: en la recuperació de **la seva orientació**, en **el seu acte** i en **el seu caràcter**<sup>4</sup>.

Intentaré explicar-me.

---

<sup>4</sup> Com anomena Alberdi, Rosamaría en *Un futuro de cuidados*. Conferència en el XXI Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, en el sentit ètic de la paraula. Bilbao, 2004. No publicada.



**L'orientació:** o del bé intrínsec de la seva professió. S'admet de manera general que *tenir cura* significa ocupar-se, preocupar-se d'algú o d'alguna cosa. D'això de *tenir cura*, que en principi tots sabem què vol dir i, fins i tot, hem viscut l'experiència en algun moment de la nostra vida, les infermeres n'hem fet el nostre bé intrínsec, la nostra raó de ser, el nostre objectiu professional.

L'exercici de *tenir cura* té un destinatari evident que és la persona. Això significa un coneixement molt profund del que es la persona y les seves múltiples dimensiones.

Tenir cura d'una persona és vetllar pel seu desenvolupament integral, acompanyar-la des de diferents perspectives cap a la seva reestructuració global. Acompanyar significa caminar al costat, al mateix pas, respectant el seu ritme, vetllant aquest recorregut. Tant sols és possible *tenir cura* si existeix aquesta sincronització, aquesta complicitat.

Les infermeres entenem que l'exercici del "cuidar" només és possible si es concep a la persona com un ésser únic i singular i que els gestos, les paraules i, fins i tot els ritus, les sol·licituds de cura varien en cada context, en cada persona i en cada cultura. No hi ha una única manera de cuidar, ja que en el marc on es desenvolupen les cures, cada relació és diferent perquè els protagonistes són diferents. I és per això que les infermeres hem convertit en reivindicació tossuda que no es pot "cuidar" en sèrie sinó que exigeix individualitat.

El fet que *tenir cura* és més complex que assegurar el menjar, el beure, l'eliminar, la roba, la mobilitat o el descans de la persona. Tenir cura és també tractar de crear les condicions necessàries en l'entorn o adoptar actituds d'acompanyament i de suport que permetin que la persona destinatària de les nostres cures pugui conduir la seva vida d'una manera saludable i en base al propi criteri<sup>5</sup>. O potser hauríem de dir en base a la seva pròpia formulació.

Diu l'Anna Bonafont<sup>6</sup>, una altra infermera que ha aprofundit molt en el significat del *tenir cura* que aquesta expressió *tenir cura* engloba activitats quotidianes, és a dir, accions que garanteixen la satisfacció de les necessitats més bàsiques i indispensables per a la vida, però engloba també aquelles altres activitats que permeten vincular-s'hi, com mantenir relacions significatives i gratificants, comunicar-nos amb els altres, gaudir de les pròpies realitzacions o adequar el nostre desig i les nostres expectatives a la realitat. *Tenir cura* és un fet quotidià, que implica la globalitat de l'individu i que cadascú aprèn a aplicar-se a si mateix a mesura que va adquirint autonomia per tal de garantir la pròpia supervivència.

Cuidar és un acte de relació i té un requisit previ: conèixer i comprendre la situació tal com l'altre la percep i la viu. La situació objectiva és una informació imprescindible, però el que s'haurà de treballar en el marc de la relació assistencial és la subjectivitat de la persona, és a dir, la seva visió del món, per tal de desvetllar-li l'energia i la voluntat de superació. *Tenir cura*

---

5 Bonafont i Castillo, Anna. *Tenir cura*. Lliçó inaugural del curs acadèmic 1998-99. Escola Universitària de Ciències de la Salut de la Universitat de Vic, 1998.

6 Op. Cit. Bonafont i Castillo, Anna (1998)

és un acte de reciprocitat perquè l'usuari rep un servei i el professional sanitari, a través de la relació, avança un pas més en la comprensió de la persona i de les pròpies potencialitats<sup>7</sup>.

Aquestes afirmacions d'Anna Bonafont ens donen peu a introduir el segon aspecte fonamental que caracteritza aquesta nova Infermeria.

### **L'acte, el fer infermer o el contingut de les seves actuacions**

Hi ha nombroses definicions del paper de la infermera però una de les més utilitzades pel consens internacional que gaudeix, correspon a una infermera americana, Virginia Henderson, que podria resumir-se dient que la infermera SUPLEIX a la persona destinatària de les nostres cures quan es troba en una situació de manca total o parcial, temporal o permanent, de la seva capacitat física o psíquica per a realitzar per si mateixa les accions necessàries per a satisfer les necessitats bàsiques (que concreta en 14) i AJUDA o COMPLEMENTA quan la desposta real o potencial de la persona vers una situació de vida pot ser apropiada però millorable.

És a dir, fem PER la persona quan no pot fer-ho per ella mateixa però també fem AMB la persona, quan cal, potenciant la força, la voluntat o els coneixements d'aquesta perquè pugui evitar perills, comunicar-se satisfactòriament o ocupar-se de la seva pròpia realització, entre d'altres. I tot això amb l'objectiu final de que la persona assoleixi la seva independència entesa com el nivell òptim de desenvolupament del potencial de la persona per a la satisfacció de les seves necessitats bàsiques d'acord amb l'edat, sexe, etapa de desenvolupament i situació de vida i de salut.

La seva funció no és doncs guarir la malaltia -malgrat sovint contribueix a que així sigui-, sinó ajudar que la persona trobi la seva força i desplegui novament les capacitats per recuperar la seva quotidianitat o creant les condicions necessàries per ajudar a viure fins al darrer moment. La seva fita és la independència, i de nou amb paraules d'Anna Bonafont entesa com la responsabilitat i el dret que cada persona té de fer-se càrrec de la pròpia vida, a la seva capacitat d'escollir, de prendre decisions respecte de la seva salut o de les cures que ha de rebre i de participar activament en el procés de realització personal.

Aquest "acte", la infermera el desenvolupa amb tres factors determinants:

- En el què Alberdi<sup>8</sup> anomena *zona fosca* referint-se a la part menys amable de les situacions personals perquè es desenvolupa, quasi bé sempre, en l'esfera de la intimitat.
- En el convenciment de que està disposada a substituir a l'altre, és a dir a la persona que no ho pot fer per ella mateixa però deixant que aquest *altre* sigui i intentant ésser ràpidament substituïda: és a dir promocionant l'autocura.
- Situant a la persona destinatari de les nostres cures com a subjecte (que no objecte) capaç d'opinar.

---

7 Op. Cit. Bonafont i Castillo, Anna (1998)

8 Alberdi Castell, Rosamaria. *La identidad profesional de la enfermera*. Revista ROL de Enfermería, núm 170, 1992

**El caràcter, en el sentit ètic de la paraula**, és a dir el conjunt de valors, d'idees morals, que formen el substracte des d'on desenvolupem la nostra manera de ser, les nostres ACTITUTS que condicionen el desenvolupament de les nostres APTITUTS i defineixen les nostres habilitats<sup>9</sup>.

Vull referir-me als valors que van constituint el caràcter de les "noves infermeres". Ni joves, ni grans. Vull dir noves. Vull dir les dedicades al tenir cura. Manllevant de nou un text de Rosamaria Alberdi<sup>10</sup>, les que entenen la salut com la possibilitat de desenvolupar les capacitats de cada persona i de col·laborar en el desenvolupament del seu projecte vital. L'autora proposa afegir al marc ètic de referència de les infermeres, el de la bioètica, el valor de tenir cura entenent aquest com l'especial sensibilitat i interès per reconèixer i atendre les necessitats de les persones, d'acord a la seva pròpia formulació. És a dir, com la perceben i com l'expressen.

**El tercer objectiu**, plantejar algunes d'aquestes reflexions que actualment es debaten en el si de la professió infermera en relació als seus trets diferenciadors i que esdevenen eixos del desenvolupament disciplinar de la Infermeria espero hevr estat capaç d'expressar-les al llarg de la meva intervenció.

Son molts els trets diferenciadors que ofereix la professió infermera. Segurament el principal consisteix, senzillament, en la seva pròpia raó de ser. El centre de interès de la professió infermera es el *tenir cura* de la persona, família o comunitat que, en continua interacció amb el seu entorn, viu experiències de salut. Kérrouac et al., van més enllà i determinen una pràctica infermera que s'ocupa del *design* de la cura, és dir, una cura que utilitza la reflexió, el pensament crític, la integració de creences i valors de la persona, el judici clínic, la intuïció i l'aplicació de coneixements.

Resulta contradictori que per una banda, diferents organismes internacionals, estatals i autonòmiques hagin fet aquesta anàlisi i la disciplina enfermera hagi aconseguit un important nivell de desenvolupament (amb el potencial que això atorga a les infermeres com agents de salut) y que per l'altra, persisteixi el modelo sanitari preponderant, orientat a la malaltia i sota el prisma del paradigma biologista, lluny d'una concepció holística de la persona que permeti una prestació integral de les cures infermeres. D'aquesta manera, el paper de la infermera es veu relegat a la realització de tasques que complementen la intervenció mèdica i, tant sols amb moltes dificultats, pot valorar l'estat de necessitats de la persona, les seves respostes humanes, el nivell de cures que precisa, intervenir per a facilitar la comunicació, la protecció, l'educació, etcètera.

El concepte actual de Salut i el model d'atencions per la Salut, que recullen les disposicions legals, per tal de garantir el dret constitucional a la protecció de la salut i les que regulen les activitats del sistema sanitari, parteixen d'uns conceptes centrals de persona, entorn i salut que

---

9 Alberdi, Rosamaria. *Un futuro de cuidados*. Conferència en el XXI Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Bilbao, 2004. No publicada.

10 Op. Cit. Alberdi Castell, Rosamaria (2004)

determinen un model d'atencions per a la salut centrat bàsicament en la promoció, educació, prevenció i readaptació i no exclusivament en la curació de la malaltia. Aquesta concepció de la salut encaixa perfectament en la definició de la professió infermera.

La professió infermera ha avançat molt en el camí cap a nous aspectes del coneixement que s'apropen a la demanda que ciutadans i ciutadanes fan respecte als serveis sanitaris, sociosanitaris i socials. Les Organitzacions Sanitàries ho saben i hauran de tenir-ho en compte.

## Bibliografia

1. Alberdi Castell, Rosamaría. *La identidad profesional de la enfermera*. Revista ROL de Enfermería, núm 170, 1992
2. Alberdi Castell, Rosamaría. *Las enfermeras para el tercer milenio*. Revista ROL de Enfermería, núm 178, juny 1993
3. Alberdi Castell, Rosamaría. *Un futuro de cuidados*. Conferència en el XXI Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Bilbao, 2004.
4. Bonafont i Castillo, Anna: *Tenir cura*. Lliçó inaugural del curs acadèmic 1998-99. Escola Universitària de Ciències de la Salut de la Universitat de Vic, 1998.
5. Collière, M.F. *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana, 1993.
6. Henderson, Virginia: *La naturaleza de enfermería: Reflexiones 25 años después*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill, 1994.
7. Luis MT, Fernández C, Navarro MV: *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: Masson, 1998
8. Valls Molins, Roser. *Història de la professió d'infermeria*. Textos docents, 66. Departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirurgica. Divisió de Ciències de la Salut. Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona, 1998



## Bloc 2. FONAMENTS TEÒRICS DE LA DISCIPLINA INFERMERA

---

### Tema 1: La professió infermera a l'actualitat



#### 1. CONCEPTE DE PROFESSIÓ

---

- Ocupació que hom exerceix públicament.  
(DIEC)
- Activitat permanent que requereix un títol i que serveix com un mitjà de vida i que a més determina l'ingrés en un grup professional determinat.  
(DGEC)



## Característiques de tota professió

---

- Donar un servei requerit per la societat
- Autonomia
- Responsabilitat
- Cos de coneixements propis
- Valors ètics propis
- Associació professional



## Donar un servei requerit per la societat

---

- Les professions existeixen perquè la societat demana els seus serveis
- Aquest servei no el pot oferir cap altre professional
- Les atribucions i els deures que deriven de l'exercici d'una professió estan definits legalment.
- La professió no pot ser quelcom estàtic, ha d'evolucionar junt amb la societat.



## Autonomia

---

- Pràctica independent d'un professional o grup que li permet portar a terme funcions específiques per les quals està capacitat pels seus coneixements intel·lectuals, habilitats psicomotrius i actituds i valors morals.
- Es governen a sí mateixos.
- Decideixen sense necessitat de les ordres d'un altre que és el millor a fer en una situació donada



## Responsabilitat

---

- Prendre part en les decisions referents a la professió i assumir-ne les conseqüències.
- Establir les pròpies regles o normes de qualitat de la professió i els mecanismes per controlar la seva pròpia pràctica



## Cos de coneixements propis

---

- Tenir una àrea de coneixements pròpia i específica que li permet formar els seus professionals.
- Forma part de la responsabilitat professional el col·laborar en la formació de futurs professionals.



## Valors ètics propis

---

- Les professions compten amb codis deontològics.
- El codi deontològic defineix què és la professió i preveu mecanismes per assegurar el bon comportament dels seus membres. És la traducció dels ideals que comprèn la professió i que vol transmetre.
- Aquest codi marca les normes d'actuació i estableix els mecanismes de control per fets o actuacions que no es consideren acceptables.





## Associació professional

---

- Els membres d'una professió s'associen amb el propòsit d'assolir béns comuns. Les associacions informen als seus membres dels avenços i desenvolupament de la professió.
- Els col·legis professionals i altres corporacions professionals vetllen pel compliment dels deures professionals i per a la defensa dels interessos dels seus membres, fins a l'extrem que les professions defineixen estaments dins la societat.



## Recomanacions del COIB

---

- Utilitzar el terme infermera per referir-se a professionals d'ambdós sexes
- Recomanació de la utilització del terme facultatiu/va

*(Consultar documents a la web)*



## Competències professionals

---


- Conjunt d'habilitats, actituds i coneixements i els complexos per la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment.
- Capacitat per dur a la pràctica els coneixements, les habilitats i les actituds pròpies de la professió d'infermeria, al servei de la resolució i prevenció d'un problema de salut



## Competència


---

- Capacitat o destresa demostrada amb bons resultats.
- Saber actuar en una situació donada de la pràctica professional, especialment si és complexa o difícil.
- Tipus de competències:
  - Transversals
  - Específiques
    - Veure les del títol de grau
    - Veure les del COIB



La pràctica de la infermera comporta el desenvolupament de les activitats de cures que responen al rol autònom de la infermera i d'aquelles activitats de col·laboració interrelacionades amb les actuacions d'altres professionals que integren l'equip interdisciplinari de salut. Els dos rols són importants i configuren el paper essencial de la infermera en l'exercici de la seva pràctica professional.

*Consell Assessor d'Infermeria*



## Infermeria i Equip inter / intra professional

- EQUIP:
  - Grup de persones organitzat pe un objectiu comú.
  - Necessitat mútua de compartir habilitats i coneixements
  - Complementen perfils
  - Relació de confiança, no necessàriament d'amistat
- EQUIPS DE TREBALL:
  - Multidisciplinar
  - Interdisciplinar
  - Transdisciplinar



## Equip Multidisciplinar

---


- Format per professionals de diferents disciplines.
- Cada professional realitza una avaluació específica i desenvolupa un pla d'acció per separat.
- Interacció mínima entre els membres.
- Impacte professional mutu escàs.
- Es funciona més com un grup que com a equip.



## Equip interdisciplinar

---

- Format per professionals de diferents disciplines
- Organització de la diversitat per aconseguir un objectiu comú.
- Les funcions de cada professional són clares.
- Esforç cooperatiu per compartir responsabilitat dels resultats.
- Interdependència entre els membres.
- Visió més àmplia i completa de la situació.
- La transferència de coneixements va transformant cada una de les disciplines, creant un discurs nou.



## Equip d'Infermeria

---

- Està format per persones de diferents categories professionals dins l'àmbit de la infermeria.
- Les responsabilitats i les competències que pertoquen a cada una d'elles ve determinada per la seva formació.
- La infermera pot delegar activitats d'infermeria a altres persones del seu equip com l'auxiliar de clínica.
- El què no pot delegar la infermera és la responsabilitat.



## Equip interdisciplinar de salut

---

- Format per diferents professionals de la salut.
- Enfocament global de l'atenció de salut.
- Uneix objectius, evita repeticions inútils, i maximitza els esforços de tots els components de l'equip.



## Equip Transdisciplinar

---

- Equip interdisciplinar que permet realitzar als membres de l'equip funcions que no es limiten a la seva especialitat.
- Gairebé no es dona.



## Bloc 2. FONAMENTS TEÒRICS DE LA DISCIPLINA INFERMERA

Tema 2: Disciplina i Ciència Infermera



## PERSPECTIVA INFERMERA

**CIÈNCIA HUMANA**  
Cos organitzat de  
Coneixements (teories)  
S'ocupa de les cures de  
Les Persones..

**DISCIPLINA  
PROFESSIONAL**  
Orientada cap a la  
Pràctica.

**ART**  
Significat de la  
trobadra , resposta  
de la infermera a la persona  
que cuida, és única.



## Concepte de Ciència

- Conjunt de coneixements, així com l'activitat destinada a assolir-los, que es caracteritzen fonamentalment per l'intersubjectivitat i pràcticament per la capacitat de fer previsions exactes sobre una part de la realitat.
  - Doble connotació: Procés i producte



## Concepte de disciplina

- "Perspectiva única, manera diferenciada de veure els fenòmens, el que delimita els límits i la naturalesa de les seves investigacions" (*Donalson i Crowley, 1978*)
- Determina l'àrea de competència.
- Inclou els valors, les creences, els conceptes nuclears, habilitats, actituds, procediments...
  - Centra atenció en les RESPOSTES HUMANES



## Orígens de la ciència Infermera

- 1859 F. Nightingale
- Segona meitat del S.XX (EEUU)
  - Necessitat d'infermeres
  - Desenvolupament econòmic i científic
  - Creació de l'OMS
  - Avanços tecnològics i científics
  - Delimitació del camp d'actuació...

## Orígens de la ciència Infermera

- Quina és la natura dels serveis que ofereixen les infermeres i pel qual són necessaris coneixements específics?
- Quins són els fenòmens que s'han d'estudiar i quin tipus de preguntes s'han de plantejar per tal de desenvolupar els coneixements necessaris?

## Orígens de la ciència Infermera

- Entendre l'ésser humà en interacció amb el seu entorn, en relació a les seves necessitats de salut, existeixi o no la malaltia
- Diferenciar quina és la contribució de les infermeres, com a professionals independents , en la satisfacció d'aquestes necessitats

## Fenòmens nuclears de la Ciència Infermera

- PERSONA
  - SALUT
  - L'ENTORN
  - INFERMERIA / ROL PROFESSIONAL
- METAPARADIGMA INFERMER**



# METAPARADIGMA INFERMER

(Fawcett 2000)

- Descriu des d'una perspectiva global els conceptes i temes triats com objecte d'estudi, en ell també es reflecteixen els valors i les creences que comparteixen el col·lectiu disciplinar.
- Component més global i abstracte, des d'una perspectiva jeràrquica, representa el primer component, el gran marc teòric, a partir del quin s'elaboren els models conceptuals i les teories.



## Components del Metaparadigma

- 4 conceptes nuclears
  - Definicions globals des 4 conceptes
    - Proposicions no relacionals
  - Relacions que s'estableixen entre els 4 conceptes
    - Proposicions relacionals



## Definicions

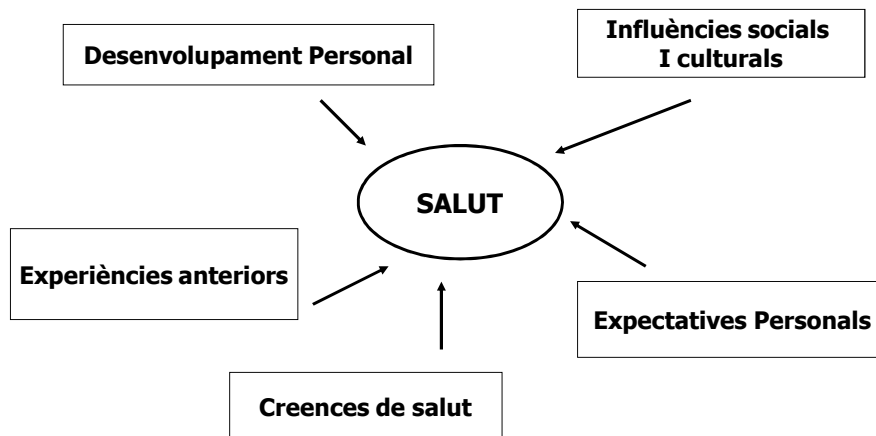
- **PERSONA:** fa referència als individus, a les famílies, comunitats, grups que son receptors i participants de les cures infermeres
- **ENTORN:** éssers significatius, ambient físic de la persona, lloc on es produeixen les intervencions infermeres. Cultura, societat...
- **SALUT:** estat de benestar de la persona, durant el temps que tenen lloc les intervencions infermeres
- **INFERMERIA:** definició d'infermeria, les intervencions que porten a terme les infermeres, el rol professional..



## Relacions entre conceptes

- La disciplina infermera s'interessa
  - pels principis i les lleis que intervenen en els processos de la vida , el benestar i l'òptim funcionament dels éssers humans, sans o malalts
  - pels patrons de comportament de l'ésser humà en interacció amb el seu entorn, en els aconteixements normals de la vida i en les situacions crítiques
  - per les intervencions infermeres o pels processos mitjançant els quals s'efectuen canvis positius a la salut de les persones
  - per la globalitat de la salut dels éssers humans, reconeixent que aquests es troben en interacció constant amb el seu entorn

## Factors que influeixen en el concepte de salut



## Algunes definicions de Salut...

- Estat de complet benestar físic, mental i social. No només l'absència de malaltia i minusvalidesa. (OMS 1946)
- Manera de viure, autònoma, solidària i joiosa. (X Congrés de M. i B. 1976)
- Capacitat de funcionament (Terris)



## Definició de salut...

---

- Més que l'absència de malaltia
- Procés dinàmic, variable amb el temps i segons les circumstàncies individuals
- Existeix independentment de la malaltia i/o lesió
- Termes positius
- Equilibri dinàmic (salut/malaltia)



## Concepte de persona...

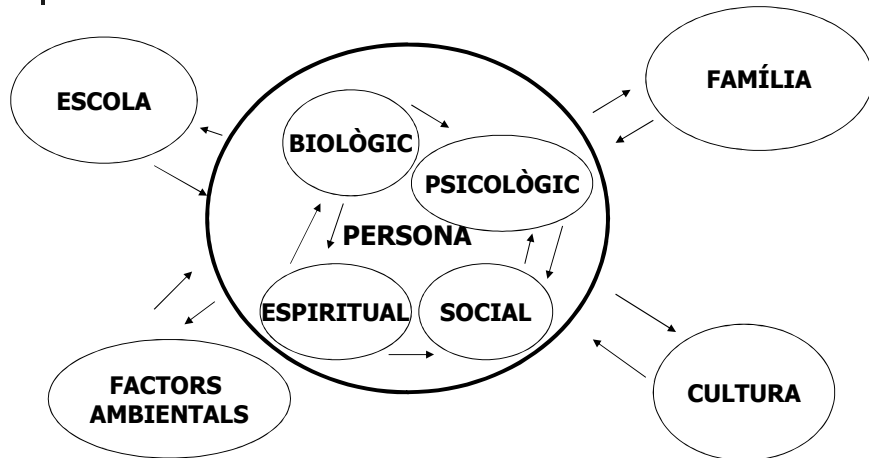
---

### Teories sobre l'ésser humà

- Teoria de Sistemes (*Ludwing Von Bertalanffy 1969*)
  - Sistemes oberts amb molts subsistemes i suprasistemes interrelacionats
  - Functionen com a sistemes adaptatius.  
L'adaptació permet als individus respondre als canvis mantenint la integritat

## Concepte de persona...

Teories sobre l'ésser humà



## Concepte de persona...

Teories sobre l'ésser humà

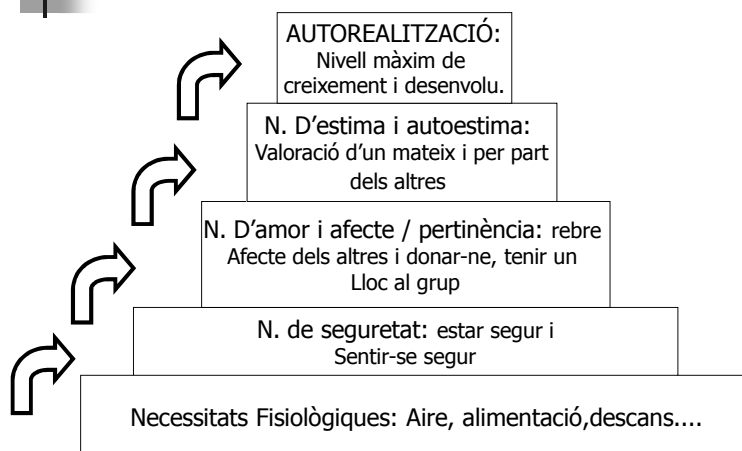
- Holisme (*Jan Smuts 1926*)
  - "Holos" terme grec que vol dir tot
  - Ésser global,, integral, amb aspectes biològics, psicològics, socials i espirituals, en interrelació amb un medi que l'envolta
  - Aquest tot unificat, és més que la suma de les parts

# Concepte de persona...

## Teories sobre l'ésser humà

- **Necessitats Humanes** (*Abraham Maslow*)
  - Les necessitats motiven la conducta de l'home.
  - Les persones tenen un seguit de necessitats que han de satisfer de manera constant per tal de sobreviure
  - Inclou necessitats fisiològiques i psicològiques que classifica en funció de la seva importància per a la supervivència

## Jerarquia de les Necessitats A.M:





## Concepte de persona...

### Teories sobre l'ésser humà

- **Perspectiva Humanística** (*C. Rogers i A. Maslow anys 40-60*)
  - Ésser amb recursos i potencialitats
  - Amb capacitat per créixer i desenvolupar-se
  - Responsable, capaç de prendre decisions i assumir-ne les conseqüències
  - Lliure i autònom, subjecte de drets i obligacions
  - Ésser únic, amb dignitat, que manifesta sentiments, pensaments, valors, experiències.. Que li són propis

## ENTORN: Inclou

- |   |  |
|---|--|
| ■ Aspectes contextuais relacionats amb la persona               | ■ Lloc on desenvolupen les cures infermeres: |
| ■ INTERN: intel·ligència, personalitat, condicions genètiques.. | ■ Hospital                                   |
| ■ EXTERN: comunitat, medi ambient, la família                   | ■ Domicili                                   |
|   | ■ Escola                                     |
|   | ■ Centre sociosanitari..                     |



## Infermeria /Rol professional

- Centrat en el tenir cura de les persones
- Servei a la societat, basat en la Relació d'ajuda (relació terapèutica)
- Dos rols: Autònom o independent / Col·laboració o interdependent
- Quatre àmbits d'actuació: assistència, docència, gestió i recerca



## Bloc 2. FONAMENTS TEÒRICS DE LA DISCIPLINA INFERMERA

### Tema 3: Models Conceptuals i Teories d'Infermeria



## Ciència Infermera

- Infermeria és una ciència en tan que posseeix un cos organitzat de coneixements abstractes (teories) al que s'ha arribat mitjançant la investigació científica.



## Model Conceptual

- Conjunt de conceptes i proposicions que estan integrats entre si de manera sistemàtica i que proporcionen una estructura significativa.
- Representacions, abstraccions de la realitat. Permeten centrar els nostres pensaments.

*"és un disseny estructural compost de conceptes organitzats i relacionats"*

*(Riehl-Sisca)*



## Model conceptual d'infermeria (També s'anomenen grans teories)

- Construcció sistemàtica de la naturalesa del que és la infermeria, de la seva missió i de l'objectiu de les cures infermeres.
- Imatge mental d'un ideal proporciona una direcció a seguir, en infermeria permeten:
  - Clarificar la natura de les cures d'infermeria
  - Identificar els objectius d'aquestes cures
  - Definir el rol autònom del professional infermer

## Teoria

(Teories de rang mitjà i específiques)

- *“Conjunt de conceptes, definicions i proposicions que projecten una visió sistemàtica dels fenòmens, designant les interrelacions específiques entre els conceptes, amb l’objectiu de descriure, predir o controlar els fenòmens”*

*(Chim i Jacobs)*

## Diferències entre Model i Teoria

Model Conceptual	Teoria
■ Formulats per conceptes generals i abstractes	■ Formulats per conceptes específics i concrets
■ Presenta una perspectiva del metaparadigma de la disciplina	■ Serveix per interpretar, descriure, explicar o predir els fenòmens de la pràctica
■ No pot ser contrastat directament	■ Pot ser contrastada directament



## Característiques dels M.C.

---

- Centre d'interès únic
- Vocabulari específic
- Conceptes generals i abstractes
- Proposicions generals i abstractes
- Les seves assumpcions han de ser compartides per les infermeres que l'adopten



## Components dels models

---

- Assumpcions (valors)
- Proposicions (postulats)
- Elements
  - L'objectiu de la professió
  - L'usuari del servei
  - El rol professional
  - La font de dificultat de l'usuari
  - La intervenció infermera
  - Les conseqüències de la intervenció

(Adam 1991)



## Assumpcions (valors)

---

- Constitueixen el perquè del model
- Són afirmacions teòriques descriptives de les propietats i dimensions d'un concepte
- Inclouen els **valors, les creences** sobre la natura de l'ésser humà, la salut i els objectius professionals
- Han de ser congruents amb els valors de la societat
- No són susceptibles de comprovació



## Assumpcions

---

- Cada teòrica descriu les seves
  - Exemple: V. Hederson afirma que la infermeria te una funció pròpia.
- Existeixen algunes que són comunes en molts models



## Proposicions (postulats)

---

- Representen el com del model
- Són el suport teòric
- Són afirmacions sobre la persona, entorn, salut i infermeria, que estan contrastades o bé són contrastables
- Poden ser verificades
- Depenen de les teories que has estat referents



## Proposicions (postulats)

---

- Dos tipus
  - **No Relacionals:** construïdes al voltant d'un fenomen, afirmen la seva existència o descriuen com s'han d'observar
  - **Relacionals :** uneixen un o més conceptes, exposen algun tipus de relació entre ells (associació, causa/efecte)



## Elements

Són el que del model, donen sentit a les intervencions infermeres

- Objectiu de la professió
  - Meta cap a la quina tendeixen les intervencions infermeres, congruents amb la resta de l'equip
- Usuari del servei
  - Subjecte de les intervencions infermeres, persona i/o grup.

## Elements

Són el que del model, donen sentit a les intervencions infermeres

- Rol professional:
  - Rol social que desenvolupa la infermera. Reconegut i acceptat per la societat
- Font de dificultat:
  - Origen dels problemes de l'usuari i que pot abordar la infermera. No totes les causes dels problema són competència d'un mateix professional.

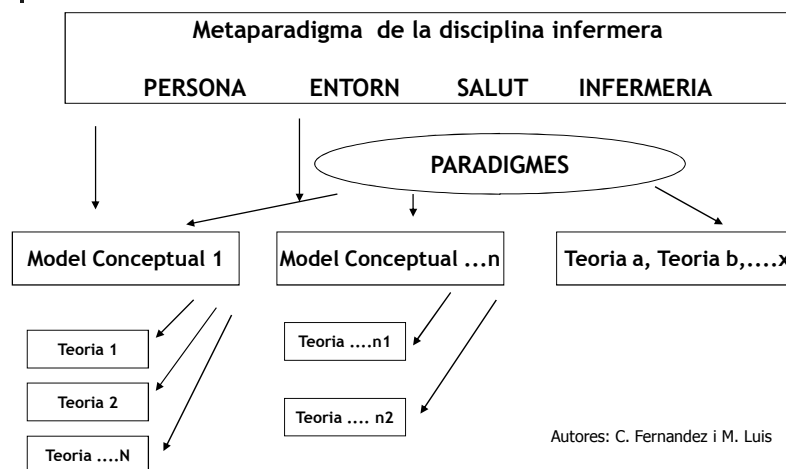
## Elements

Són el que del model, donen sentit a les intervencions infermeres

- Intervenció
  - Focus d'atenció en l'usuari i maneres d'actuació. Directrius per l'actuació infermera.
- Conseqüències de la intervenció
  - Resultats esperats, en concordança amb els objectius.

## Relació

### Metaparadigma/Model/Teoria



## Beneficis i inconvenients de l'ús dels Models C.

### ■ Beneficis

- Clarifiquen la identitat professional
- Centren el debat teòric
- Ajuden a connectar teoria i pràctica
- Quina la pràctica
- Guien la formació
- Afavoreixen el reconeixement professional
- Milloren la qualitat de les cures

### ■ Inconvenients

- Existeixen massa models
- Utilitzen un llenguatge incomprensible
- Per utilitzar-los cal documentació excessiva
- Calen canvis organitzatius
- Elaborats per infermeres d'altres països
- Són utòpics



---

# I. DESDE EL ORIGEN DE LA ENFERMERÍA A LA DISCIPLINA ENFERMERA

---

## 5 Los modelos de cuidados

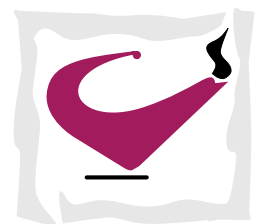
# Los modelos de cuidados

# 5

M<sup>a</sup> Amparo Benavent Garcés  
Cristina Francisco del Rey  
Esperanza Ferrer Ferrandis

## Objetivos

- Identificar los modelos como el resultado de interpretar el proceso de cuidar.
- Señalar la importancia de los modelos como parte del marco teórico y disciplinar de la profesión de enfermería.
- Identificar el significado de los conceptos relacionados con el lenguaje de los modelos.
- Identificar los elementos que son la base para el desarrollo de los modelos.
- Identificar el proceso de construcción de los modelos.
- Identificar las diferentes clasificaciones de los modelos.





## INTRODUCCIÓN

No hemos querido hacer en este volumen sobre Fundamentos de Enfermería un análisis detallado y exhaustivo de los modelos y teorías en enfermería, sino que lo que pretendemos es introducir al lector en esta parte de la disciplina enfermera y provocar su interés por el conocimiento, análisis y discusión de los mismos. Por ello, en el presente capítulo se aborda el estudio de los modelos desde el interés que tienen como parte esencial de la disciplina enfermera, introduciéndonos en la terminología específica y mostrando una síntesis de las distintas propuestas de modelos y teorías que se recogen en la literatura sobre el tema.

Dirijamos nuestra mirada por unos momentos hacia el libro que tenemos entre las manos, el texto está maquetado a dos columnas, incluye fotos, tablas y cuadros que se presentan sobre color, para resaltarlos. Pensemos en la última novela que hemos leído, no tiene fotografías, ni cuadros, ni tablas. Tanto a la novela como al texto que tenemos en las manos podremos etiquetarlos con el concepto “libro”, sin embargo observamos que ambos presentan diferencias importantes. Observemos ahora la silla en la que nos encontramos, posiblemente tendrá un respaldo alto, adaptable, podremos hacerla girar sobre sí misma y elevar o descender su asiento a nuestro gusto. Pensemos en la silla que tenemos en el aula, puede que sea de las denominadas de pala, el respaldo solo permite apoyar una parte de nuestra espalda sobre él, es bajo; la silla es fija y sólo podremos moverla hacia delante o hacia atrás y en sentido lateral si la arrastramos y por supuesto es imposible hacerla girar sobre sí misma. Ambas sillas pueden etiquetarse con el concepto “mueble” o como hemos hecho nosotros con el concepto “silla”, sin embargo, y del mismo modo que en el caso del libro, ambas presentan diferencias importantes.

Llevemos a cabo un pequeño experimento: pidámonosle a un grupo de enfermeras, asistenciales, docentes, gestoras o investigadoras, que nos describan qué es la enfermería y qué es ser enfermera, nos sorprenderá ver las maneras tan diversas con las que puede quedar descrito un hecho como el proceso de cuidar, y representadas las personas que lo llevan a cabo.

Los modelos de enfermería no son otra cosa que la representación resultante de las distintas miradas

que las enfermeras dirigimos hacia el proceso de cuidar.

Este proceso contiene una serie de elementos, que son considerados por J. Fawcett como metaparadigma [1], y que cada mirada enfermera interpreta y describe de modo diferente, transformando lo que hemos denominado como hecho enfermero en fenómeno enfermero.

Los modelos son el producto de la investigación acerca de ¿qué es la enfermería?, ¿quién hace la enfermería? o ¿qué es aquello que aporta, específicamente, la enfermera a la atención de salud? El análisis y discusión acerca de los modelos y el proceso mismo de su elaboración son el componente básico de la disciplina enfermera.

En este capítulo, trataremos en primer lugar acerca del lenguaje de los modelos definiendo los conceptos propios de este lenguaje y en los capítulos siguientes ofreceremos una síntesis de las distintas propuestas que se han hecho, desde Florence Nightingale hasta nuestros días para describir la enfermería.

## EL SIGNIFICADO DE LOS MODELOS DE CUIDADOS

Los modelos de enfermería tienen un doble significado:

- Son la representación de una realidad que podemos nombrar como hecho enfermero y que no es más que la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería.
- Son propuestas para llevar a cabo dicho proceso desde las aportaciones de la disciplina enfermera.

Podríamos decir que los modelos nos muestran qué es la enfermería y a la vez nos permiten llegar a desarrollar, a aumentar y a modificar su contenido disciplinar.

Si entendemos los modelos como meras representaciones de la realidad de la enfermería sin más, su estudio tan sólo nos permite llegar a obtener un álbum fotográfico que nos mostrará los distintos momentos por los que ha ido transcurriendo el desarrollo de la disciplina enfermera. Los modelos adquieren su verdadero significado cuando somos



capaces de trasladarlos a nuestra práctica y probarlos. En esos momentos, estaremos en situación de demostrar que la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiada por un modelo de enfermería, nos permite obtener una mayor calidad de vida en las personas a las que atendemos contribuyendo a mejorar su nivel de salud. En definitiva, estaremos en situación de poder llegar a mostrar cuál es esa aportación específica que hacemos las enfermeras y que es necesaria para certificar nuestra consideración como disciplina científica y como actividad profesional. La prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados nos permitirá llegar a desarrollar una teoría de enfermería que como afirma Marriner [2]: nos ayudará a *“adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos”*.

Como iremos viendo a lo largo del tema, este traslado de un modelo a nuestra práctica nunca podrá ser un proceso automático, puesto que requiere de todo un análisis previo que garantice un mínimo de efectividad del modelo en su aplicación a nuestro entorno concreto.

Antes de pasar a describir y comentar las ventajas que aportan los modelos al ejercicio de la profesión de enfermería, es necesario, para evitar el posicionamiento simplista de que los modelos de enfermería no tienen interés para la práctica o “son el resultado de un mal sueño de verano de sus autoras”, que tratemos de encontrar cuál es la base que guía y orienta nuestra práctica profesional y nos permite llevar a cabo el proceso de cuidar.

Nuestra práctica tiene:

- Un objetivo: ¿cuál es?
- Un sujeto al que va dirigida nuestra actuación: ¿quién es? y ¿cómo es?
- Un instrumento metodológico que nos permite llevar a cabo la acción: ¿se trata de un instrumento propio?, ¿cómo es ese instrumento?
- Unos procedimientos: ¿cómo son?, ¿está validada su efectividad en la consecución del objetivo?

Si enlazamos las respuestas a todas estas preguntas aparecerá una propuesta de modelo, puede que se

trate de un modelo de enfermería o puede que se trate de un modelo biomédico, pero seguro que nuestras respuestas tienen un referente o modelo. Por tanto, los modelos del tipo que sean están presentes en nuestra actuación profesional y por ello, no puede obviarse su conocimiento, estudio y análisis.

Los modelos de enfermería y su posible evolución hacia la consecución de una teoría de enfermería son por tanto ventajosos para la disciplina. Su utilización (Ver Tabla 1) puede llevarnos a: explicar aquello que es esencial en la actuación de la enfermera.

Y como consecuencia:

- Circunscribir la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad.
- Identificar y clarificar la relación de la enfermera con otros profesionales de salud.
- Diferenciar su actuación de las acciones que llevan a cabo los distintos profesionales sanitarios.

Además, los modelos nos permiten:

- Representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera.

 **Tabla 1.**

### Ventajas derivadas del uso de los modelos

Nos muestran aquello que es esencial en la actuación de la enfermera

Concretan la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad

Identifican y clarifican la relación de la enfermera con el resto de profesionales de salud

Permite representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera


Permite desarrollar guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia en enfermería

Adaptación realizada por las autoras según el texto de una conferencia de R. Polletti, 1982



Y por tanto:

- Disponer de una guía para la práctica y la administración de los cuidados de enfermería.
- Disponer de una base para la docencia y la investigación.

Aunque podemos considerar que los modelos no comportan por sí mismos ningún inconveniente, es necesario destacar que un mal uso de los mismos puede transformarlos en elementos nocivos para el desarrollo disciplinar (Ver Tabla 2 ).

- Cuando la implantación de un modelo se lleva a cabo desde la urgencia en adoptarlo y en llevarlo a la práctica, corremos el riesgo de fracasar. La precipitación dificulta el análisis cuidadoso del modelo, nos impide identificar con claridad los valores y creencias que contiene y por tanto puede producirse una colisión entre los valores implícitos en el modelo y los valores del grupo profesional que trata de adoptarlo. También puede existir una falta de sintonía entre las definiciones de los conceptos recogidos en el modelo y el significado que tienen para el grupo profesional dichos conceptos.
- Cuando se toman posturas de aceptación incondicional de un modelo o rechazo total del mismo, se impide el análisis y la reflexión sobre el modelo mostrando una actitud alejada del pensamiento crítico.
- Cuando centramos nuestro interés en un único modelo, no como consecuencia de una reflexión crítica que nos lleva a optar por uno concreto, sino partiendo de la consideración de que sólo puede y debe utilizarse un único modelo, estamos limitando su uso. Debemos mantener un actitud abierta que nos permite, llegado el caso, utilizar como modelo aquél que construiremos combinando elementos de varios de ellos.

Los modelos y su posible transformación en teorías (Ver Capítulo 4) tienen un significado clave en el desarrollo disciplinar, pero también como hemos mostrado, forman parte de nuestra práctica. La cuestión quizá sea si ese modelo, que sin duda está integrado en dicha práctica, es un modelo de enfermería o es un modelo perteneciente a otro campo disciplinar. La incorporación de un modelo de enfermería a la práctica de la profesión deberá hacerse desde el análisis de la realidad donde vamos a implantarlo, según J. McFarlane [3]:



Tabla 2.

### Los usos inadecuados de los modelos y sus efectos

Urgencia en su adopción y puesta en marcha	Riesgo de fracaso por falta de un análisis cuidadoso del modelo
Aceptación o rechazo incondicional del modelo	Riesgo de fracaso por falta de un análisis crítico
Utilización de un modelo único desde la creencia de que esa es la mejor opción	Riesgo de fracaso ya que la complejidad de los modelos puede dificultar su aplicación íntegra a diferentes contextos
Utilización de aspectos de distintos modelos sin un análisis cuidadoso y crítico que permita configurar un modelo propio	Riesgo de fracaso como consecuencia de la confusión que se genera

Adaptación realizada por las autoras según el texto de una conferencia de R. Polletti, 1982

*“La enfermería es una disciplina práctica, y si las ideas innovadoras no surgen de la práctica serán inevitablemente irreales y carecerán de utilidad. Del mismo modo, la práctica desprovista de bases teóricas y que no permite que se desarrollen sus bases teóricas no es una disciplina práctica. Es la ejecución de unos ritos que no guardan relación con las necesidades de cuidados de salud de los individuos y de la sociedad”.*

Estas afirmaciones ponen de manifiesto la importancia de los modelos de enfermería y teorías de enfermería tanto en el ejercicio práctico de la profesión como en su desarrollo y consolidación como disciplina. Por último y con intención de destacar como idea fundamental la necesidad de vincular las aportaciones teóricas que nos ofrecen los modelos al ejercicio de la enfermería recogemos una frase atribuida a Leonardo da Vinci: *“la práctica sin la teoría es como un hombre que sale a la mar sin mapa y en un barco sin timón”.*





## EL LENGUAJE DE LOS MODELOS DE ENFERMERÍA: DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

En los textos referidos a modelos y teorías, que se citan en la bibliografía, es una constante en buena parte de ellos la presencia de un capítulo, considerado introductorio, destinado a definir y clarificar los conceptos propios del lenguaje de los modelos y las teorías.

Si partimos de lo expuesto en los capítulos anteriores y aceptamos que:

**Los modelos y teorías** de enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacemos las enfermeras de los **fenómenos** y **hechos** que conforman la práctica enfermera, utilizando el método científico y aplicando los distintos tipos de razonamiento influenciados por **supuestos** y **paradigmas**.

Los términos de interés para nosotros serán aquéllos que hemos subrayado en el texto. No definiremos ciencia, ni conocimiento, ni método científico, puesto que ya en el capítulo anterior se ha trabajado sobre el significado de estos conceptos.

A continuación definiremos tal y como quedan recogidos en el *Diccionario de la Lengua Española* [4] los términos señalados, destacando el valor que tienen, en el lenguaje de los modelos de enfermería, dichos términos y su definición.

### Concepto

Comenzaremos por conocer el significado del término “concepto”, como idea que concibe o forma el entendimiento; pensamiento expresado en palabras; aspecto, calidad, título. Podríamos decir que un “concepto” es una etiqueta que utilizamos para poder comunicar un pensamiento o como afirma A. Marriner [2]: “*los conceptos ponen nombre a los fenómenos*”. Cuando una enfermera se dispone a examinar la práctica enfermera con la finalidad de investigar y producir un modelo o teoría, una de las acciones prioritarias será “ir dando nombre” a todos los elementos que conforman dicha práctica. En es-

tos momentos las enfermeras coincidimos en identificar unos elementos característicos y definitorios de nuestra práctica. Estos elementos componen lo que denominamos marco conceptual, marco referencial o metaparadigma enfermero y estos elementos son los nombramos utilizando las etiquetas de: persona, salud, entorno, enfermería y cuidado.

Si un concepto no es más que una etiqueta que refleja una idea, es evidente que esa etiqueta encierra un significado y ese significado definirá la idea. Así las enfermeras pese a compartir un mismo marco conceptual, pueden estar queriendo expresar ideas distintas al utilizar dichos conceptos, por tanto será necesaria la definición de los mismos para dejar claramente explicitadas las ideas que encierran.

**Definir/Definición:** fijar con claridad, exactitud y precisión la significación de una palabra o la naturaleza de una persona o cosa. Proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de una cosa material o inmaterial. No es necesario circunscribirnos al ámbito de la enfermería para justificar cómo los conceptos persona, salud, entorno han ido llenándose de significados a lo largo de la historia (Ver Capítulos 1 y 2). Estas variaciones han condicionado la forma en que los sanitarios (emplearemos este término para referirnos a todos los grupos –profesionales o no– que han tenido como centro de su práctica, a lo largo de la historia, la salud de las personas) han ido elaborando y desarrollando su práctica. Las enfermeras cuando nos disponemos a elaborar un modelo o una teoría de enfermería, además de dar nombre a los elementos que concurren en nuestra práctica es imprescindible que definamos el significado de dichos conceptos. Esa definición nos permitirá posteriormente relacionar los conceptos y poder describir con claridad el hecho o fenómeno enfermero.

Si hemos afirmado que los conceptos, a lo largo de la historia, van adquiriendo nuevos significados y expresando cambios en las ideas que etiquetan, no nos resultará difícil aceptar que una misma práctica pueda ser interpretada y definida de formas distintas a pesar de que partimos de un mismo marco referencial.

De este modo, la práctica enfermera, entendida como un hecho, debe ser considerada como fenómeno, precisamente porque está condicionada por las variaciones que sufren las definiciones de los conceptos.



**Hecho:** cosa que sucede.

**Fenómeno:** toda apariencia (verosimilitud y probabilidad; cosa que parece y no es) o manifestación.

A partir de la definición de ambos conceptos podemos identificar un elemento diferencial entre ellos. Parece que mientras que el término “hecho” puede ser más adecuado para señalar aquello que conocemos con certeza y que podría ser universalizable, el término “fenómeno” conlleva, en su definición, un componente de percepción. Cuando utilizamos el término “fenómeno” estaremos señalando que aquello que nombramos está sometido al criterio del observador y por tanto no es universalizable (Ver Capítulo 4).

Los modelos y las teorías de enfermería describen la percepción que sus autoras tienen de algo que se conoce con certeza –hecho– y que es el proceso de cuidar. Esa descripción puesto que resulta de la percepción del hecho podría calificarse como “fenómeno”.

## Supuestos o paradigmas

Para poder entender un modelo o una teoría debemos identificar cuáles son los supuestos y paradigmas que están orientando, explícita o implícitamente, la construcción de dicho modelo o teoría.

**Supuesto:** suposición, hipótesis. Suposición: lo que se supone o da por sentado. Aceptación de un término en lugar de otro. Marriner [2] identifica los supuestos como: *“enunciados que se admiten como ciertos sin ninguna prueba o demostración”*.

La utilización del término “supuesto” en el lenguaje de los modelos y las teorías de enfermería nos indica que dichos modelos y teorías se desarrollan partiendo de unos principios que pueden estar implícita o explícitamente formulados y que, puesto que son considerados como ciertos sin prueba o demostración, podrían no ser compartidos por todo el colectivo de enfermería.

Esto contribuye a que un determinado modelo o teoría de enfermería sólo pueda ser llevado a la práctica, con éxito, en un entorno concreto.

Desde una perspectiva anarquista de la ciencia (Ver Capítulo 4) los modelos y las teorías de enfermería

serían manifestaciones de la ciencia enfermera, puesto que podríamos definirlos como:

Un conocimiento que tiene un desarrollo histórico, nace en un momento histórico concreto para dar respuesta a las necesidades planteadas en ese momento y sólo en él serán válidas.

**Paradigma:** otro término que aparece en el lenguaje de los modelos y las teorías de enfermería es el paradigma, que se define como ejemplo o ejemplar. Por tanto, podríamos definirlo como un referente y así es: el paradigma es el referente en la construcción de un modelo o teoría. Para T. Khun (Ver Capítulo 4) un paradigma es el conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referente para el desarrollo de la ciencia.

Cuando hablamos de paradigmas, estamos refiriéndonos a las estructuras, marcos referenciales, a partir de los cuales se desarrolla un modelo o teoría de enfermería. En función de las características que tenga dicha estructura, el modelo o teoría será diferente. Por tanto, ocurrirá lo mismo que referíamos al hablar del efecto de los supuestos. Un modelo o teoría sólo podrá alcanzar la universalización mientras se encuentre dentro del paradigma predominante.

Otro aspecto de interés para nosotros, y que posteriormente desarrollaremos, tiene que ver con la clasificación de los modelos y teorías de enfermería, partiendo del paradigma referente.

Retomemos la argumentación que abrimos al comenzar a definir los conceptos: decíamos que una enfermera, cuando construye un modelo de enfermería, debe etiquetar los elementos que intervienen en el hecho enfermero; definirlos y, en ese momento, el hecho queda transformado en fenómeno, puesto que en la descripción de dichos elementos la enfermera ya habrá dejado sentir su percepción sobre el hecho. A continuación, la enfermera debe relacionar esos elementos que ha conceptualizado y definido. Esta relación será una u otra en función de los supuestos de los que partirá la enfermera y de los efectos del paradigma existente.

Así pues, aunque partamos de un mismo hecho, el hecho enfermero, el modelo o teoría elaborado por



una enfermera puede ser diferente al elaborado por otra si el paradigma bajo el que se mueve cada una de ellas es distinto o si los supuestos a partir de los cuales se establecen las relaciones de los conceptos son diferentes.

## Modelos y teorías en enfermería

Este capítulo se plantea como el estudio de las teorías y los modelos de enfermería. Ambas etiquetas son utilizadas para señalar “aquello” que nos muestra una parte de la realidad enfermera pero no son sinónimas en su significado.

**Modelo:** esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Para Riehl-Sisca [5] el modelo: *“es un diseño estructural compuesto de conceptos organizados y relacionados”*.

**Teoría:** conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación. Serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos. Riehl-Sisca señala que con frecuencia el concepto “teoría” se considera como intercambiable con los conceptos “modelo conceptual, marco conceptual” y “paradigma”. Para esta autora basta con estudiar cuidadosamente una teoría para darnos cuenta de que no se trata de un “marco conceptual” ni de un “paradigma”. *“Una teoría consiste en una serie de conceptos organizados de forma sistemática y conectada lógicamente para explicar su relación”* [5]. Chinn y Jacobs (citadas por Riehl-Sisca) [6] definen una teoría como: *“un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos”*.

Si analizamos las definiciones, podemos afirmar que ambos conceptos no son sinónimos, sin embargo es cierto que existe una fuerte relación entre ambos. Para Riehl-Sisca la relación está en que los modelos: *“sirven como eslabón en el desarrollo de una teoría siendo prototipos de la misma”*. Esta relación puede quedar claramente definida si decimos que una teoría siempre será un modelo, pero un modelo no siempre tendrá la categoría de teoría.

La teoría siempre es un modelo porque los modelos son los prototipos de las teorías, es decir, su representación. Ahora bien, un modelo puede limitarse a describir los elementos implicados en un fenómeno, que el investigador ha observado de la realidad, sin llegar a explicarlo, predecirlo y/o controlarlo. Las enfermeras, a partir de la observación, el análisis y la representación del hecho enfermero, han llegado a construir tanto modelos como teorías.

Terminaremos este apartado refiriéndonos a los componentes de los modelos. Podemos decir que los modelos están compuestos [7] por:

- **Conceptos y definiciones:** estos conceptos son comunes en todos los modelos puesto que se parte de lo que denominamos marco referencial o conceptual. Sin embargo y como ya hemos visto, la definición de cada uno de estos conceptos puede variar en función del momento histórico en el que se elabora el modelo o el entorno social y cultural de donde proceda. Estas variaciones son el resultado del efecto de otro de los componentes de los modelos, los valores.
- **Valores:** pueden aparecer de forma explícita en la descripción del modelo o formar parte del mismo implícitamente. Este componente de los modelos refleja las creencias que, sobre la profesión, tiene la enfermera que describe el modelo y son muestra de los sistemas de valores que tiene el grupo social donde se inserta dicho modelo. Por su carácter, estos valores no pueden ser juzgados como verdad o mentira. La presencia de este componente en los modelos es, como ya hemos dicho, una de las causas de que no todos los modelos sean aplicables a todas las contextos donde se lleva a cabo el proceso de cuidar en enfermería. Los valores condicionan las definiciones que se hacen de los conceptos pero también se manifiestan en la forma de interrelacionar dichos conceptos y en la selección de unos u otros supuestos a la hora de elaborar un modelo. Por tanto, también podremos apreciar su efecto sobre otro de los componentes de los modelos: los postulados.
- **Postulados:** son los supuestos o proposiciones que conforman el substrato teórico sobre el que descansa el proceso de cuidar en un modelo concreto. Son afirmaciones teóricas que pueden estar tomadas de otras disciplinas y que a diferencia de los valores pueden ser sometidas a verificación o



estar ya verificadas. También son diferentes de un modelo a otro porque en su elección va a influir el paradigma predominante y por tanto las creencias, los valores, las teorías, las leyes y las metodologías predominantes. Estos postulados condicionan la manera en que relacionamos los conceptos implicados en el modelo permitiéndonos, describir y explicar otro de los componentes de los modelos: los elementos.

- **Elementos:** son el componente del modelo que nos muestra las categorías implicadas en el proceso de cuidar. Los elementos de un modelo son:
  - La meta o fin de los cuidados, es decir, el objetivo que se persigue en el proceso de cuidar.
  - El sujeto, cliente/paciente, persona/grupo, que participa en el proceso de cuidar.
  - La causa u origen de la situación o problema que hace necesario iniciar el proceso de cuidar.
  - El foco de intervención de la enfermera.
  - Las formas de intervención que se requieren en el proceso de cuidar.
  - Las consecuencias y resultados esperados en el proceso de cuidar.

Puede resultar de interés para el lector, como ejemplo práctico de construcción de un modelo de enfermería y donde puede identificarse cómo se llega hasta los distintos componentes que conforman el modelo, la lectura del Capítulo 5: “Desarrollo y uso de un modelo de enfermería” escrito por Steve Wright y recogido en *Modelos de Enfermería* de B. Kreshaw y J. Salvage [3].

Tal como nos proponíamos en la introducción, y gracias al contenido recogido hasta aquí, podemos decir que hemos tomado contacto con el lenguaje de los modelos y las teorías y hemos dejado abiertos una serie de aspectos referidos a ellos que pasaremos a trabajar a continuación.

## LOS MODELOS Y LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA COMO MANIFESTACIONES DE LAS CORRIENTES DEL PENSAMIENTO ENFERMERO

Estamos tratando los modelos de enfermería como una manifestación de las distintas miradas enfermeras al proceso de cuidar.

Ya decíamos en la introducción que los modelos son representaciones de una realidad que nosotros denominamos proceso de cuidar. Como afirma McFarlane: “*son una imagen mental o privada de la práctica de la enfermería, y cada uno de nosotros tiene el suyo propio*” [3]. Esta realidad a la que nos referimos puede quedar limitada por una serie de coordenadas que conforman un marco referencial o lo que J. Fawcett [1] denomina metaparadigma y que son la persona, el entorno, la salud y las propias acciones de enfermería. Estas coordenadas no son más que conceptos que pueden quedar definidos de manera distinta al sufrir las influencias de los valores y creencias desde los que se definen dichos conceptos.

Si consideramos como primera manifestación escrita del pensamiento enfermero el texto *Notas de Enfermería. Qué es y qué no es*, escrito por Florence Nightingale en 1859 [8], y analizamos hasta nuestros días las publicaciones disponibles sobre modelos y teorías encontramos que:

- Las enfermeras que más publicaciones tienen sobre modelos y teorías en enfermería son de Estados Unidos, Canadá y Reino Unido.
- La reaparición de los modelos a partir de Florence Nightingale se produce entre los años 1950-1980.
- Existen actualmente en nuestro país algunas propuestas de modelos realizadas por enfermeras españolas.

La mayor producción de modelos en el ámbito norteamericano está sin duda relacionada con el desarrollo social y cultural del país, de ahí que cuando las enfermeras españolas comienzan a hablar de enfermería como disciplina allá por los años 70, en Estados Unidos y Canadá ya se habían publicado en torno a una veintena de modelos y teorías. El texto recopilatorio sobre modelos y teorías en enfermería más divulgado en nuestro país es sin duda el de A. Marriner-Tomey y Martha Raile Alligood [2]. En su última edición publicada en español, las autoras recogen un total de 32 modelos y teorías de enfermería elaboradas por enfermeras inglesas, canadienses y estadounidenses.

Para poder conseguir el objetivo propuesto, es decir, obtener una visión global y crítica de los modelos y teorías, vamos a tratar de identificar y describir los aspectos comunes y diferenciales existentes entre ellos.



## SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE MODELOS Y TEORÍAS

En un intento por estudiar mejor los modelos y las teorías de enfermería algunas enfermeras han tratado de agruparlos a partir de la identificación de aquellos aspectos que tenían en común (Ver Tabla 3). Ya hemos dicho que, según Fawcet, todos los modelos se encuentran vinculados entre sí por lo que esta autora denomina metaparadigma, es decir, unos conceptos comunes a partir de los cuales se desarrollará cada modelo o teoría. Además del metaparadigma, los modelos y teorías presentan otros aspectos comunes que pueden identificarse a partir del análisis comparativo de sus propuestas.

Este análisis trata de encontrar un elemento común o directriz en la manera de abordar la descripción del proceso de cuidar en cada uno de los modelos. Si buscamos un ejemplo podríamos decir que se trataría de encontrar qué tienen en común los distintos modelos de coches que sacan al mercado los diferentes fabricantes de automóviles. En todos ellos hay una línea de utilitarios, familiares, deportivos, todo-terrenos, monovolúmenes, etc. Cada fabricante tiene sus propios modelos, pero todos ellos utilizan una directriz común.

Esta directriz común es lo que denominamos tendencia y que se define como directriz que permite agrupar y ordenar.

Volviendo a los modelos y las teorías de enfermería podemos encontrar varias propuestas para agruparlos (Ver Tabla 3) en tendencias, a partir de la identificación de qué es lo que tienen en común. Paul Beck [9] propone agrupar los modelos en cuatro categorías o tendencias. Para hacer esta agrupación Beck analiza los modelos tratando de identificar qué relación existe, dentro de cada modelo, entre el concepto salud y el resto de los que conforman el metaparadigma, y posteriormente ver en cuántos de los modelos existentes se produce este tipo de relación. Así identifica las siguientes tendencias:

- **Tendencia ecologista.** Existen modelos que establecen una relación entre la naturaleza y el medio ambiente con la salud, influyendo esta relación en el proceso de cuidar. El modelo que P. Beck considera que reúne estas condiciones es el de Florence Nightingale.
- **Tendencia existencialista.** Podemos encontrar modelos que establecen una clara relación entre la salud y las características preferentemente psi-

 Tabla 3.

### Clasificaciones de los modelos y teorías

PAUL BECK, 1976	UNED, 1981	ANN MARRINER, 1989	MARRINER Y RAILE, 1994	SUZANNE KÉROUAC, 1996*	S. KÉROUAC Y COLS., 1996*
Tendencia ecologista	Tendencia naturalista	Tendencia humanista	Filosofías	Paradigma de categorización	Escuela de necesidades
Tendencia existencialista	Tendencia suplencia y ayuda	Tendencia de relaciones interpersonales	Modelos conceptuales	Paradigma de integración	Escuela de interacción
Tendencia cósmica	Tendencia de interrelación	Tendencia de sistemas	Teorías de nivel medio	Paradigma de transformación	Escuela de efectos deseables
Tendencia sociológica		Tendencia de campos energéticos			Escuela de promoción de la salud
					Escuela del ser humano unitario
					Escuela del caring

\* Aunque la fuente de la que se han obtenido los datos es Kérouac, S. *El pensamiento enfermero*, las autoras señalan que según la fuente citada la identificación de paradigmas ya estuvo recogida por Fitzpatrick, 1989 y Fawcet en 1995.

\*\* Aunque la fuente de la que se ha obtenido los datos es Kérouac, S. *El pensamiento enfermero*, las autoras señalan que según la fuente citada la clasificación por escuelas ya fue recogida por A.I. Meleis, 1991.





cológicas de los individuos. Como referentes de esta tendencia P. Beck cita a H. Peplau, M. Levine, N. Roper, C. Roy e I. King.

- **Tendencia cósmica.** Existen modelos que muestran una clara relación entre la salud y el medio ambiente que rodea al sujeto, entendido este medio ambiente como un sistema abierto que comunica con el sujeto al cual puede influir, a la vez que éste influye en él. P. Beck considera como representante de esta tendencia el modelo de M. Rogers.
- **Tendencia sociológica.** Considera la existencia de modelos que hacen referencia a la relación entre la salud y la dinámica social. D. Orem y A. Meleis son para P. Beck representantes de esta tendencia.

Posteriormente, en 1981 en el texto *Conceptos de Enfermería*, editado por la UNED [10] y elaborado para el curso de convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado Universitario en Enfermería, se recoge una propuesta para clasificar los modelos en tres tendencias. El criterio que sirve a las autoras para llevar a cabo esta agrupación de los modelos es la identificación del papel que la enfermera lleva a cabo durante el proceso de cuidar. Analizados los modelos según el criterio establecido se identifican las tendencias siguientes:

- **Tendencia naturalista.** Existen modelos que consideran que el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él. El modelo de referencia será el de Florence Nightingale.
- **Tendencia de suplencia y ayuda.** La enfermera, en estos modelos, tiene como misión sustituir al sujeto a la vez que le ayuda a conseguir el máximo nivel de independencia posible. V. Henderson y D. Orem.
- **Tendencia de interrelación.** Considera la existencia de modelos en los que el papel de la enfermera se define como el de un profesional que establece una relación con la persona a la que cuida, obteniéndose de dicha relación un beneficio para ambas. H. Peplau, M. Rogers y C. Roy.

Ann Marriner presenta en su libro sobre modelos y teorías una clasificación de los modelos en cuatro tendencias. El criterio sobre el que fundamenta esta agrupación es la identificación del significado que la enfermería tiene en cada uno de los modelos. Así considera que existe [11]:

- **Tendencia humanista.** Identifica los modelos que consideran la enfermería como un arte y una ciencia. Incluye en esta tendencia los modelos de F. Nightingale, V. Henderson, F.G. Abdellah, L. Hall, D. Orem, M. Leininger y J. Watson.
- **Tendencia de relaciones interpersonales.** Se consideran dentro de esta tendencia aquellos modelos que definen la enfermería como una relación interpersonal, siendo ésta el elemento clave en el proceso de cuidar. Se incluyen en esta tendencia los modelos de C. Roy y J. Travelbee.
- **Tendencia de sistemas.** A. Marriner incluye en esta tendencia aquellos modelos que consideran la enfermería como un sistema explicando el proceso de cuidar a través de la Teoría de Sistemas. Se incluyen en esta tendencia los modelos de B. Neuman y D.E. Johnson.
- **Tendencia de campos energéticos.** Los modelos que se agrupan en esta tendencia definen la enfermería en términos de intercambio y conservación de la energía, siendo ésta el elemento clave en el proceso de cuidar. Se incluyen en esta tendencia el modelo de M. Rogers.


En el texto publicado en nuestro país en 1999, A. Marriner y M. Raile, agrupan los modelos en tres categorías y se refieren a **Filosofías, Modelos conceptuales y Teorías de enfermería**. El criterio utilizado para clasificar los modelos es el nivel de desarrollo de los mismos, de manera que [2]:

- Considera como **Filosofías** aquellos modelos basados en el “análisis, razonamiento y argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos”. Los modelos considerados filosofías nos muestran la enfermería como una combinación de arte y ciencia. Los modelos propuestos por F. Nightingale, V. Henderson, E. Wiedenbach, F.G. Abdellah, L.E. Hall, J. Watson y P. Benner son considerados como **Filosofías**.
- Considera como **Modelos conceptuales** todos los trabajos en los que aparecen identificados y definidos los conceptos involucrados en el proceso de cuidar a la vez que se plasma un cierto nivel de relación entre ellos, dejando abierta una vía directa para el desarrollo de teorías. Bajo esta denominación Marriner agrupa las propuestas de D.E. Orem, M. Levine, M. Rogers, D.E. Johnson, C. Roy, B. Neuman e I. King.
- Considera como **Teorías de enfermería** los modelos en los que se muestran las relaciones entre los



conceptos implicados en el proceso de cuidar “*desarrollando enunciados teóricos que responden a las preguntas planteadas en el campo de la enfermería*” [2]. Las propuestas que incluye en este grupo son las de: H. Peplau, I. Orlando, J. Travelbee, J. Riehl-Sisca, H.C. Erickson, E.M. Tomlin y A.P. Swain, R.T. Mercer, K.E. Barnard, M. Leininger, R. Parse Rizzo, J.J. Fitzpatrick, M.A. Newman, E. Adam y N. Pender.

Como ya hemos visto en el Capítulo 4, el desarrollo del conocimiento enfermero es parte del desarrollo del conocimiento científico. Esto significa que existe una conexión entre el modo en el que se han ido desarrollando todas las disciplinas científicas. Dicha conexión queda demostrada si consideramos la existencia de los paradigmas que han ido condicionando dicho desarrollo.

Partiendo de la consideración de la existencia de los paradigmas, S. Kérouac [12] analiza los modelos y teorías de enfermería identificando en ellos la presencia de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que tienen en común unos con otros y procede a su clasificación en tres paradigmas: de **categorización**, de **integración** y de **transformación** (Ver Tabla 3 )

Las características de cada uno de estos paradigmas no sólo han dejado sentir su influencia sobre el desarrollo de la disciplina enfermera, sino también sobre el resto de las disciplinas científicas. Esta manera de abordar el estudio de los modelos y teorías de enfermería desde la perspectiva de “*las grandes corrientes de pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo*” [12] resulta sumamente interesante por cuanto que permite integrar el desarrollo del pensamiento enfermero en el desarrollo del pensamiento científico.

Atendiendo a esta ordenación por paradigmas Kérouac nos propone la siguiente clasificación:

**Paradigma de categorización.** En la descripción de sus características podemos identificar claramente la influencia del Positivismo (Ver Capítulo). La epistemología del Positivismo propone la división de los fenómenos en categorías, clases o grupos definidos. Esta división posibilitará la investigación del fenómeno que quedará fraccionado en elementos que podrán ser aislados y por tanto simplificados.

Dentro de este paradigma de categorización S. Kérouac distingue dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

### *Centrada en la salud pública*

Esta orientación se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por “*la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínico y comunitarios*” [12]. Desde la línea que marca este paradigma podemos comprender el interés por el control del medio ambiente demostrado por F. Nightingale en sus escritos y la importancia que da a la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Podemos explicar también desde la óptica de este paradigma la consideración que tiene Nightingale de la persona, del entorno, de la salud y su concepción del significado de cuidar.

- La persona, paciente según su criterio, es un compuesto de partes físicas, intelectuales, emocionales y espirituales.
- El entorno queda definido por una serie de factores tales como el aire, la luz, el agua, la limpieza, el calor, que influyen de manera decisiva sobre la salud de la persona actuando también como agente en la prevención de las enfermedades.
- La salud la relaciona con la voluntad del paciente por utilizar sus capacidades. Sólo la naturaleza cura, y el paciente, por tanto, deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza para que ésta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado es considerado como un arte y una ciencia que exige de una formación formal. En el proceso de cuidar se empieza a hablar de incorporar el método de las ciencias. Para F. Nightingale los cuidados enfermeros deberán dejar de ser únicamente una cuestión de compasión.

### *Centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica*

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. Unida al control de estas enfermedades se produce una mejora de las técnicas quirúrgicas, comienza la aplicación de los antisépticos y la enfermedad física es considerada al margen del entorno, de la cultura y



de la sociedad. La salud se define como la ausencia de la enfermedad, afirmando que el origen de dicha enfermedad es unicausal.

La consideración de este paradigma permite explicar la orientación que durante la primera mitad del siglo XX ha tenido la formación de las enfermeras. Las escuelas tienen una dependencia de los hospitales y la formación que se imparte en ellas presenta un contenido orientado hacia los conocimientos médicos. El significado de los elementos que forman el metaparadigma es:

- La persona es considerada como un todo, si bien ese todo se obtiene de la suma de sus partes. Como vemos, en esta definición está presente el criterio de división que caracteriza el paradigma.
- El entorno es un elemento separado de la persona y que parece no tener una relación significativa con su salud.
- La salud se percibe positivamente mientras que la enfermedad es negativa. Se conoce la enfermedad y su ausencia significa la salud.
- El cuidado está orientado a la resolución de problemas, déficits e incapacidades de la persona, quedando desplazado el cuidado como agente de prevención.

**Paradigma de integración.** Seguimos identificando en este paradigma la influencia del Positivismo, puesto que se mantiene la consideración de que en los fenómenos podemos reconocer e identificar una serie de elementos y manifestaciones como partes de dicho fenómeno. La diferencia respecto del paradigma de categorización la encontramos en que debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Kérouac sitúa temporalmente este paradigma a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Los modelos y teorías de enfermería ponen de manifiesto un interés por la persona, de manera que ésta se convierte en el centro de la práctica enfermera.

Este cambio, respecto al paradigma de categorización, queda justificado por el desarrollo de disciplinas como la Psicología. La incorporación de la Teoría de la Motivación o las terapias orientadas a la persona ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad. Esta evolución social que se produce en es-

tos momentos marca fuertemente los modelos y teorías de enfermería y comienzan a aparecer las diferencias entre la disciplina enfermera y la disciplina médica. Los trabajos de enfermeras como V. Henderson, H. Peplau o D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Los conceptos del metaparadigma enfermero tienen, en los modelos y teorías característicos del paradigma de integración, un significado que podríamos resumir del siguiente modo:

- La persona es considerada una unidad resultante de la suma de las partes. La persona tiene una esfera física, otra psicológica y para algunas autoras una última denominada espiritual. La interacción de estas tres partes da como resultado a la persona.
- El entorno está constituido por los diversos contextos en los que vive la persona. La persona y el entorno interaccionan resultando unos efectos de tipo positivo y otros negativos.
- La salud adquiere identidad y pierde su **subordinación** a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. El mantenimiento de la salud significa que el cuidado se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso fomentar su salud. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona, considerando sus percepciones y su globalidad.

**Paradigma de transformación.** Como afirma S. Kérouac el paradigma de transformación representa un cambio sin precedentes. Desde la perspectiva de este paradigma, un fenómeno es único y, por tanto, no puede parecerse totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido como una estructura siendo, por tanto, una unidad global que resultará ser más y diferente de la suma de sus partes. Esta unidad global interacciona recíproca y simultáneamente con una unidad global más grande que es el mundo que le rodea.

La disciplina enfermera, al incorporar los principios de este paradigma en su desarrollo a través de los modelos y teorías, queda abierta al mundo de la ciencia.





El paradigma de transformación podemos situarlo temporalmente en la mitad de los años 70 y podemos encontrar su impronta en los modelos y teorías propuestos por R.R. Parse, M. Newman, M. Rogers y J. Watson.

Los conceptos del metaparadigma enfermero tienen, en los modelos y teorías característicos del paradigma de transformación, un significado que podríamos resumir del siguiente modo:

- La persona es considerada como un ser único, entendiendo que sus múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser entero y único es indisociable de su universo y es mayor y diferente que la suma de sus partes.
- El entorno es ilimitado, es el conjunto del universo.
- La salud es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El cuidado se orienta hacia la consecución del bienestar de la persona tal y como ella lo define. De este modo cuidar a la persona implica reconocer sus valores culturales, sus creencias y sus convicciones.

Por último, recogemos la clasificación de los modelos y teorías en lo que Kérouac denomina escuelas. El significado de las escuelas es para nosotros homologable al que tiene el término tendencia. Para su autora, la clasificación de los modelos y teorías en escuelas supone un nivel de concreción, en su análisis mayor al que nos permite el paradigma. Es decir, al analizar los modelos y teorías podemos establecer un primer nivel de relación entre ellos que viene marcado precisamente por su pertenencia a un paradigma. A continuación, y una vez situados en cada paradigma, podemos buscar un segundo nivel de relación, de manera que como hemos podido ver, dentro de un mismo paradigma encontramos diversas orientaciones, lo que hace que los modelos, que mantienen relación por su pertenencia a dicho paradigma, puedan ser agrupados en varias categorías en función de la orientación que los relaciona. De esta manera, un modelo o teoría se relacionará con otro porque ambos comparten un mismo paradigma y con otro, porque además de compartir paradigma, comparte una misma orientación dentro de él.

La profundización en el análisis nos permite ir afinando en la identificación de relaciones entre los

modelos y teorías, de este modo surgen las escuelas que sobrepasan la relación establecida a través de los paradigmas haciendo que dos modelos o teorías mantengan un nivel de relación entre ellos fuera del paradigma. Esto nos demuestra cómo la disciplina enfermera, además de desarrollarse paralelamente al resto de las disciplinas, genera un conocimiento que le es propio, manteniendo una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general.

En S. Kérouac aparecen agrupados los modelos y teorías en seis escuelas [12]: 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*.

- **Escuela de necesidades.** La característica fundamental de los modelos que pertenecen a esta escuela es que definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado. Los modelos que presentan esta característica son los de V. Henderson, D. Orem y F. Abdellah.
- **Escuela de la interacción.** La característica fundamental de los modelos y teorías que se incluyen en esta categoría es que coinciden en la descripción del modo en que desarrolla su acción la enfermera, señalando que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera. Como representantes de esta escuela S. Kérouac incluye a: H. Peplau, J. Paterson, L. Zdeard, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King.
- **Escuela de los efectos deseables.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación. Es decir "*este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros*" [12]. Dentro de esta escuela se encontrarían D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman.
- **Escuela de la promoción de la salud.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por destacar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia. M. Allen es la representante de esta escuela.



- **Escuela del ser humano unitario.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería. Dentro de esta escuela se situarían M. Rogers, M. Newman y R.R. Parse.
- **Escuela del *caring*.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y lo que denominan *caring*. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se situarían M. Leininger y J. Watson.



## Resumen

- Hemos visto cómo, a pesar de que contamos con un número elevado de modelos y teorías en enfermería y de nuestra insistencia acerca de la consideración del modelo como una mirada enfermera y por tanto la presunción de que pueden existir tantos modelos como enfermeras, encontramos elementos comunes en todos ellos.
- Los modelos y teorías de enfermería tienen en común:
  - El metaparadigma del que parten y que recordaremos que contiene los conceptos: persona, entorno, salud y cuidado.
  - Entre ellos existen relaciones en función del paradigma de referencia del que parten. Estas relaciones se concretan en la manera de definir los conceptos del metaparadigma y de establecer relaciones entre ellos tal y como hemos podido ver en la descripción de las tendencias y escuelas. Estas relaciones nos permiten identificar las diferencias y semejanzas existentes entre ellos.



## Bibliografía

- [1] Fawcet, J. *Analysis and evaluation of conceptual models*. Philadelphia: Davis, 1984
- [2] Marriner Tomey, A.; Raile Alligood, M. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Harcourt Brace, 1999
- [3] McFarlane, J. "Importancia de los modelos para el cuidado". En Kreshaw, B.; Salvage, J. *Modelos de Enfermería*. Barcelona: Doyma S.A., 1988
- [4] *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia de la Lengua. Vigésima primera edición, 1992
- [5] Riehl Sisca, J. *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma, S.A., 1992
- [6] Chinn, P.; Jacobs, M. *Theory and Nursing. A systematic approach*. St. Louis: Mosby, 1983
- [7] Adam, A. *Hacia dónde va la enfermería*. Madrid: Interamericana, 1980
- [8] Nightingale, F. *Notas de Enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat Editores, 1992
- [9] Poletti, R. *Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales*. Barcelona: Rol, S.A., 1980
- [10] Alberdi Castell, R.M.; Arroyo Gordo, P.; Mompert García, M.P. *Conceptos de enfermería*. Madrid: UNED, 1981
- [11] Marriner Tomey, A. *Modelos y Teorías en enfermería*. Barcelona: Rol, S.A., 1989
- [12] Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A., 1996



## Bloc 2. FONAMENTS TEÒRICS DE LA DISCIPLINA INFERMERA

Tema 4: Idees d'alguns models

- Hildegard Peplau
- Dorotea Orem
- Callista Roy
- Jean Watson



### Hildegard Peplau (1909-1999) Relació Terapèutica

- 1952 "*Relacions interpersonals en infermeria*"
  - "TEORIA PARCIAL PER LA PRÀCTICA D'INFERMERIA"
- Escola d'interacció (1950/1960)
  - *Es centren en processos d'interacció*
  - *Com fan les infermeres el que fan?*
- Fonts Teòriques (*Maslow, Miller, Sullivan, Freud, Fromm*)
  - Utilitza coneixements extrets de les ciències del comportament
  - T. Psicoanalítica, principis de l'aprenentatge social
  - T. De la motivació
  - Desenvolupament de la personalitat



## Hildegard Peplau (1909-1999)

### Relació Terapèutica

#### ■ ASSUMPCIONS / VALORS

- La professió infermera té la responsabilitat legal de l'exercici eficaç de la infermeria i de les seves conseqüències cap al pacient.

#### ■ PROPOSICIONS / POSTULATS

- El pacient rep millors cures si la infermera és més conscient d'ella mateixa.
- La personalitat de la infermera marca diferències en relació al que el malalt aprendrà durant el temps que rebí cures d'infermeria
- La funció de la infermeria i de l'ensenyament d'infermeria, és fonamentar el desenvolupament de la personalitat cap a la maduresa. Aquesta disciplina utilitza principis i mètodes que orienten cap a la solució de problemes interpersonals.



## Hildegard Peplau (1909-1999)

### Relació Terapèutica

- PERSONA: ésser bio-psico-soci-espiritual en desenvolupament constant. Capacitat per aprendre i adaptar-se.

“Organisme que viu en un equilibri inestable,i la vida és el procés de lluitar per aconseguir l'equilibri estable. Un patró fix que mai s'aconsegueix excepte amb la mort”



## Hildegard Peplau (1909-1999)

### Relació Terapèutica

---

- SALUT: representació del moviment continu de la personalitat i d'altres processos humans dirigits a aconseguir vivències creatives, constructives i productives a nivell personal i comunitari



## Hildegard Peplau (1909-1999)

### Relació Terapèutica

---

- ENTORN: forces que existeixen fora de l'organisme i en el context de la cultura i on podem obtenir:
  - Costums
  - Hàbits
  - Creences

## Hildegard Peplau (1909-1999)

### Relació Terapèutica

- INFERMERIA: instrument educatiu, ajuda a madurar, promou l'avenç de la personalitat



- CURES INFERMERIA: Procés significatiu, terapèutic i interpersonal.

## Hildegard Peplau (1909-1999)

### Relació Terapèutica

- Fases d'aquest procés:

- Fase d'orientació
- Fase d'identificació
- Fase d'explotació /aprofitament
- Fase de resolució



- Rols de la infermera: persona recurs, ensenyant, líder, substitut i conseller.



## Hildegard Peplau: Fases de la relació terapèutica

- Orientació: Identificació de les dificultats. Valoració
- Identificació: Clarificació de la situació, identifica l'ajuda. Diagnòstic.
- explotació: Ús dels serveis d'infermeria. Aplica el pla de cures.
- Resolució: Reassumeix la seva independència. Avaluació del creixement que s'ha produït.



## Dorotea Orem (1914) Teoria General del dèficit d'autocura

- Escola de necessitats:
  - Necessitats bàsiques , autocures,
  - Que fan les infermeres
- Necessitats humanes i T. G. de Sistemes
- 1965 inicia el desenvolupament del seu model, finalitza al 1970
- Alta complexitat
- Es cita com a teoria i com a model



## Dorotea Orem (1914)

### Teoria General del dèficit d'autocura

---

#### ■ ASSUMPCIONS / VALORS:

- Totes les persones tenen habilitats intel·lectuals, motivacionals i pràctiques per l'autocura i la cura dels qui depenen d'elles.
- Les formes de portar a terme l'autocura són pròpies de cada persona i estan condicionades pels valors culturals del grup social de referència
- L'organització social dedica recursos per ajudar a les persones en situació de dependència per la satisfacció de les seves autocures
- Infermeria és un servei de salut dins de l'organització social per les persones que es troben en situació de dependència



## Dorotea Orem (1914)

### Teoria General del dèficit d'autocura

---

#### ■ PROPOSICIONS / POSTULATS:

- L'autocura, com a funció reguladora, requereix d'un procés intel·lectual complex i deliberat
- Està influenciat pels coneixements de la persona sobre el funcionament i desenvolupament i s'ha de mantenir dins de límits compatibles amb la vida, la salut i el benestar.
- Les persones tenen capacitats per l'autocura. Aquestes habilitats estan condicionades pels factors bàsics condicionants.
- Infermeria és necessària quan les capacitats d'autocura o cura dependent són menors que la demanda d'autocura.



## Dorotea Orem (1914) Teoria General del dèficit d'autocura


- **PERSONA:** És un tot integral que funciona biològica, simbòlica i socialment, i que està en permanent interacció amb si mateix i amb el seu entorn intercanviant contínuament matèria i energia en un procés adaptatiu que és imprescindible per la vida. Té capacitats per tenir cura d'ell mateix, tenir cura d'altres i desenvolupar capacitats i habilitats de noves necessitats de cures.

## Dorotea Orem (1914) Teoria General del dèficit d'autocura

- **PERSONA:** dona resposta a les necessitats d'autocura
  - A. Universals: menjar, beure, eliminar..
  - A. Processos de creixement i desenvolupament humà: infantessa...
  - A. Desviacions de l'estat de salut


## Dorotea Orem (1914)

### Teoria General del dèficit d'autocura

- 
- SALUT: estat en que la persona no te cap necessitat d'autocura insatisfeta. Presenta un estat d'integritat.
  - L'estat de salut pot demandar accions de cures concretes i recursos específics de l'entorn.

## Dorotea Orem (1914)

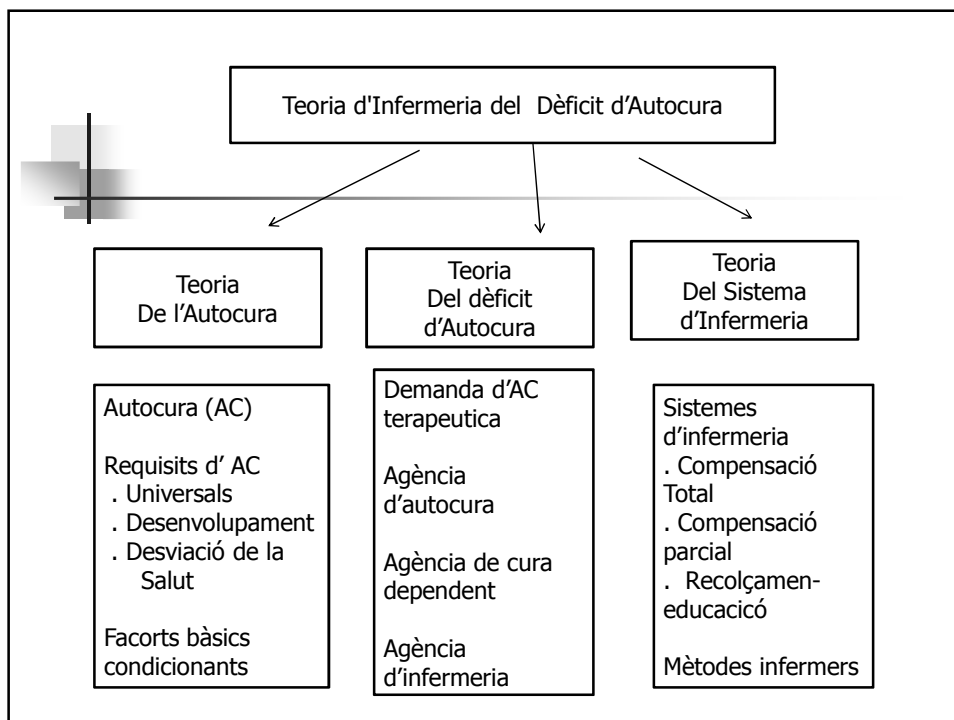
### Teoria General del dèficit d'autocura

- 
- ENTORN: factors externs que influeixen en l'elecció de portar a terme les autocures. Elements del medi que la persona pot utilitzar per la realització d'autocura que contribueixen a la seva salut, benestar i desenvolupament.

## Dorotea Orem (1914)

### Teoria General del dèficit d'autocura

- C. INFERMERIA: Servei especialitzat que es centra en les persones que tenen dificultat per portar a terme les seves autocures. Tres tipus d'assistència:
  - S. De compensació total
  - S. De compensació parcial
  - S. De recolzament educatiu





## Callista Roy (1939)

### Teoria de l'adaptació

---

- 1964-1966 inicia el desenvolupament
- 1970 el publica per primera vegada
- Escola d'objectius:
  - Per que fan les infermeres el que fan?
  - Conceptualitzen els resultats
- Fonts teòriques:
  - T. De sistemes
  - Teories de l'adaptació



## Callista Roy (1939)

### Teoria de l'adaptació

---

- ASSUMPCIONS / VALORS
  - Segons el principi de l' humanisme, les dimensions subjectives de la persona són essencials pel coneixement de la persona i la seva valoració.



## Callista Roy (1939)

### Teoria de l'adaptació

#### ■ PROPOSICIONS / POSTULATS

- La persona és un ésser bio-psico-social en interacció constant amb un entorn canviant
- La persona s'adapta als canvis de l'entorn o respon als seus estímuls, mitjançant mecanismes d'adaptació innats o adquirits
- L'adaptació de la persona depèn dels estímuls als quals està exposat i dels seus nivells d'adaptació
- Els estímuls de l'entorn són de tres tipus: focals, contextuals i residuals



## Callista Roy (1939)

### Teoria de l'adaptació


- **PERSONA:** Ésser biopsicosocial en constant adaptació amb l'entorn. Utilitza processos interns per tal d'assolir els seus objectius individuals: la supervivència, el creixement, la reproducció i el desenvolupament

Utilitza mecanismes d'adaptació als 4 modes/esferes de la vida:

- M. fisiològic: activitat, res, T<sup>a</sup>, eliminació..
- M. autoimatge: jo físic i el jo personal.
- M. domini del rol: integritat social
- M. d'interdependència: comportaments contributius i retributius, sentiments de seguretat


## Callista Roy (1939)

### Teoria de l'adaptació

- 
- ENTORN: Font d'estímul per al sistema adaptatiu de la persona. 3 tipus d'estímul:
    - E. Focal: importància immediata ha de fer front
    - E. Contextual: proporcionen informació important per a la situació
    - E. Residuals: tenen un efecte indeterminat sobre la situació de salut (creences, valors,...)

## Callista Roy (1939)

### Teoria de l'adaptació

- 
- SALUT: Estat i procés. Adaptació segons els 4 modes. Esforç constant per aconseguir el màxim nivell d'adaptació. Continu salut-malaltia.




## Callista Roy (1939)

### Teoria de l'adaptació

---

- C. INFERMERIA: Sistema teòric de coneixements. Promoure l'adaptació de la persona. La intervenció infermera es centra en mantenir les respostes d'adaptació i en modificar les ineficaces



## Jean Watson (1940)

### Concepte del *Caring*

---

- 1973 es doctora i inicia el desenvolupament del model (1979)
- Escola del "caring" i paradigma de la transformació
- Marc filosòfic
- Influències:
  - M. Leininger / C. Rogers
  - Principis de la psicologia i la sociologia

## Jean Watson (1940)

### Concepte del *Caring*


- Persona: ésser compost per cos, ànima i esperit, immers en el mon.
- Salut: és la manifestació de l'harmonia entre el cos, l'ànima i l'esperit. Grau de coherència entre el jo percebut i el jo viscut
- Entorn: format per totes de l'univers i de l'entorn immediat de la persona

## Jean Watson (1940)

### Concepte del *Caring*

- C. Infermeria: És un procés que te lloc entre éssers humans. Tenen l'objectiu d'ajudar a la persona aconseguir el més alt nivell d'harmonia entre el cos, l'ànima i l'esperit.
- *Caring: essència de la infermeria, significa facilitar i ajudar, respectant els valors, les creences i la forma de vida i cultura de les persones*





## Jean Watson (1940)

### Concepte del *Caring*

#### ■ PROSICIONS / POSTULAT

- L'Assistència és l'element central de la pràctica infermera, genera salut i sols serà eficaç si es practica de forma interpersonal. Una assistència eficaç promou la salut i el desenvolupament del subjecte.
- La cura d'un mateix es requisit previ i imprescindible per prestar assistència als altres. La cura amb l'amor constitueixen l'energia psíquica primordial i universal.
- L'ànima i la ment de la persona no tenen límit en l'univers físic.

Ann Marriner	Ann Marriner & M. Raile	S. Kérouac	
<b>TENDÈNCIES:</b> el que significa l'infermeria en cadascun dels models. <b>Com entenen el procés del cuidar?</b>	<b>CATEGORIES:</b> a quin nivell s'han desenvolupat els diferents models d'infermeria. <b>A quin nivell està aquest model?</b>	<b>PARADIGMES:</b> són el referent (l'exemple) per la construcció d'un model o teoria que mostra els valors, les creences i les idees vigents del moment en que es crea.	<b>ESCOLES ( tendències ):</b> la disciplina infermera genera coneixement que li és propi d'acord amb cada enfocament.
<b>Humanista:</b> considera l'infermeria com un art i una ciència. <i>Nightingale, Henderson, Abdellah, Hall, Orem, Leinger, Watson</i>	<b>Filosofies:</b> els models basats en l'anàlisi, el raonament i els arguments lògics per identificar fenòmens i conceptes teòrics. Mostren l'infermeria com una combinació d'art i ciència. <i>Nightingale, Henderson, Wiedenbach, Abdellah, Hall, Watson, Benner</i>	<b>De categorització:</b> divisió dels fenòmens en categories, classes i grups definits › <i>aïlla i simplifica</i> <b>2 orientacions centrades:</b>	<b>Salut pública</b> ( millora salubritat, controlar m.infeccioses, a clínic i comunitat ) <i>Nightingale</i>
<b>Relacions interpersonals:</b> defineixen l'infermeria com una relació interpersonal. Aquesta relació és clau en el procés de cuidar. <i>Roy, Travelbee</i>	<b>Models conceptuals:</b> aquells on s'identifica i es defineixen els conceptes relacionats amb el procés de cuidar (cures infermeres). <i>Orem, Levine, Rogers, Johnson, Roy, Neuman, King</i>	<b>D'integració:</b> és important considerar el context per comprendre i explicar com es produeix el fenomen. <i>Henderson, Peplau, Orem</i>	<b>Malaltia + pràctica mèdica</b>
			<b>De necessitats:</b> defineixen l'acció infermera com la satisfacció de necessitats fonamentals o capacitats de la persona per l'autocura. <i>Henderson, Orem, Abdellah</i>
			<b>D'interacció:</b> la manera en que l'infermera desenvolupa la seva acció.interacció constant <b>persona ↔ infermera</b> <i>Peplau, Paterson, Zdedard, Orlando, Travelbee, Wiedenbach, King</i>
			<b>D'efectes desitjables:</b> demostren l'interès per fer pal·lès el resultat esperat seva actuació. <i>Johnson, Hall, Levine, Roy, Neuman</i>
<b>De sistemes:</b> entenent el procés de cuidar a través de Teoria de sistemes. La persona és un sistema obert, dinàmic i amb constant interacció amb l'entorn. <i>Neuman, Johnson</i>	<b>Teories d'infermeria:</b> són els models que mostren relacions entre els conceptes implicats en el procés de cuidar. Per respondre preguntes en el camp de l'infermeria. <i>Peplau, Orlando, Travelbee, Riehl-Sisca, Erickson, Tomlin, Swain, Mercer, Barnard, Leininger, Parse Rizzo, Fitzpatrick, Newman, Adam, Pender</i>	<b>De transformació:</b> Creu que cada fenomen és únic, i per tant no pot semblar-se totalment a un altre. Cada fenomen pot definir-se com una estructura: unitat global que és + i diferent a la suma de les parts. <i>Parse, Newman, Rogers, Watson</i>	<b>De promoció salut:</b> destaquen el paper de les cures infermeres en la promoció de la salut, ampliant el camp a la família. <i>Allen</i>
<b>De camps energètics:</b> defineixen les cures infermeres com un procés d'intercanvi i conservació de l'energia. <i>Rogers</i>			<b>Del ser humà unitari:</b> demostren qui i com és el receptor de les cures. <i>Rogers, Neuman, Parse</i>
			<b>Del caring:</b> interès en la cultura, valors i creences de la persona. <i>Leininger, Watson</i>

## **MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

### **Introducció - Biografia:**

Infermera americana (1897- 1996)

Molt coneguda, ha obtingut molts reconeixement a nivell mundial

Es comença a interessar per la infermeria, a partir de la 1ra. Guerra mundial. En 1918 ingressa a l'escola d'infermeres de l'armada. Durant el temps d'estudiant critica el sistema d'aprenentatge de les infermeres.

1926 ingressa a la universitat de Columbia, on es llicencia en infermeria mèdic- quirúrgica i docència en infermeria.

Treballa com infermera pediàtrica i s'adona de la importància de la família en quant a l'entorn de l'individu i a la relació. També va treballar com infermera rehabilitadora, durant molt temps, on observà que tots els individus intenten aconseguir independència màxima, i que infermeria ha de potenciar aquesta independència.

Des de els anys 50 és autora i coautora de nombroses investigacions i publicacions. També treballa durant molts anys com a docent.

1956 publica la seva teoria, més que una teoria, ella pretenia fer una definició d'infermeria on quedés clarificada quina és la funció pròpia d'infermeria, que a la vegada permetis definir el rol independent i organitzar un tipus d'ensenyament adequat a la professió d'infermeria.

Aquesta definició publicada al 1956 ha estat adoptada pel ICN (federació d'associacions nacionals d'infermeria). Actualment s'ha traduït a més 20 idiomes. 1960 es publica Principis Bàsics de les cures d'infermeria. El CIE també l'adopta com a definició pròpia.

### **Definició de funció pròpia: (1956)**

“ La funció pròpia de la infermera consisteix en **atendre l'individu, malalt o bé sa, en l'execució d'aquelles activitats que contribueixen a la seva salut o al seu restabliment,** (o a evitar-li patiments a l'hora de la mort), activitats que ell realitzaria per si mateix, si tingués la força, voluntat o coneixements necessaris. Igualment correspon a la infermera complir aquesta missió de manera que ajudi el malalt a independitzar-se el més ràpidament possible”.

### **Assumpcions científiques:**

postulats Teòrics

1. La persona és un tot complex amb **14 necessitats bàsiques.**
2. La persona vol la independència i s'esforça per aconseguir-la.
3. Quan una necessitat no està satisfeta, la persona no és un tot, no és independent.

### **Assumpcions filosòfiques:** **Valors**

1. La infermera té una funció pròpia, encara que comparteixi algunes funcions amb altres professionals.
2. Quan la infermera assumeix el paper del metge, delega la seva funció primària a personal no qualificat.

3. La societat espera un servei de la infermera, que cap altre professional no pot proporcionar.

### **Objectiu de les cures:** coneixements, tècniques, habilitats, competències

Ajudar la persona a satisfer les seves necessitats bàsiques i a augmentar, mantenir o recuperar el màxim nivell de desenvolupament del seu potencial per tal que assolixi ser independent el més ràpidament possible.

### **Usuari del servei d'infermeria:**

Persona que presenta un dèficit, real o potencial, en la satisfacció de les seves necessitats bàsiques o bé té un potencial a desenvolupar per tal de millorar la seva satisfacció.

La persona és un ésser integral, amb components biològics, psicològics, socioculturals i espirituals que interactuen entre si i que tendeix cap el màxim desenvolupament del seu potencial.

**Concepte de Persona:** tot complet (malalt o be sa), concepció holística, integral, individual i a la vegada múltiple, presenta 14 necessitats bàsiques d'ordre bio-psico-social i espiritual, que utilitza segons la seva fase de desenvolupament i creixement diferents mitjans que li són propis per a satisfer les seves necessitats.

**Concepció humanista,** la persona és responsable de la seva salut i és lliure de triar. Te capacitat i potencialitat per desenvolupar i créixer.

### **Rol Professional:**

Suplir l'autonomia de la persona (*fer per ella*) o completar el que li falta per tal que pugui ser independent (*fer amb ella*), i així fer possible l'òptim desenvolupament del seu potencial mitjançant l'utilització dels seus recursos interns i / o externs.

### **Font de dificultat / Àrees de dependència:**

Relacionada amb la força, els coneixements o la voluntat de la persona per a satisfer les seves necessitats bàsiques.

- **Coneixements:** saber què fer i com fer-ho, en relació a la salut i al seu maneig, i als recursos disponibles interns i externs.
- **Falta de coneixements:** s'identifica aquesta àrea de dependència, quan la persona té la capacitat intel·lectual per a comprendre i recordar, però no ha adquirit els coneixements necessaris pel maneig de la seva salut o desconeix els recursos i les limitacions personals, familiars o comunitaris de què disposa.
- **Força:** pot ser física o intel·lectual (psíquica). La física fa referència al poder fer, inclou la força, el to muscular, les capacitats psicomotrius, força peristàltica. La intel·lectual fa referència al per què fer-ho, es refereix a la capacitat sensorial i intel·lectual, és a dir, a la capacitat per percebre i processar la informació, interrelacionar-la i prendre decisions.

- Àrea de dependència: cal que la persona tingui un potencial capaç de ser desenvolupat, mitjançant la intervenció infermera.
- **Voluntat**: implica voler portar a terme les accions adequades per recuperar, mantenir o augmentar la independència i el compromís de fer-les durant el temps necessari.
- Àrea de dependència: cal assegurar-se que la persona sap què fer, com i per què fer-ho i que pot i vol fer-ho, si bé no ho desitja amb suficient intensitat o durant el temps necessari.

### Intervenció de la infermera:

- Centre de la intervenció: són les àrees de dependència de la persona, coneixements (saber què fer i com fer-ho), força (poder fer) i voluntat (voler fer).
- Modes de la intervenció: es dirigeixen a augmentar, completar, reemplaçar, substituir, afegir, reforçar.... La força, la voluntat i els coneixements.

Rol professional: servei d'ajuda a l'usuari del servei infermer, s'orienta específicament a **suplir** la seva autonomia o a **completar** el que li falta (força, voluntat, coneixements) **per que aconsegueixi la seva independència**.

### Conseqüències de la intervenció:

En funció de la situació de cada usuari, serà **la satisfacció de les necessitats bàsiques**, (suplint l'autonomia o ajudant-lo a augmentar, mantenir o recuperar el seu màxim nivell de desenvolupament del seu potencial per aconseguir la independència) **o aconseguir una mort feliç**.

### Necessitats bàsiques:

No especifica clarament aquest concepte, però es dedueix que per ella el concepte de necessitat no presenta el significat de carència o problema, es considera un requisit, quelcom que la persona ha de satisfer per obtenir un estat de salut/independència.

**Cada necessitat constitueix un element integrador dels aspectes: biològics, psicològics, socioculturals i espirituals de la persona** i malgrat que algunes es podrien considerar essencials en el sentit de la supervivència, totes són requisits fonamentals indispensables per mantenir la integritat.

### Característiques:

- **Essencials**: requisits que cal satisfer per estar en salut i mantenir integritat
- **Comuns**: tots els individus les presenten independentment de l'edat
- **No jerarquitzaes**: l'ordre en que estan col·locades no determina que una sigui més important que les altres. Cada persona pot prioritzar.

- **Dimensionals:** tot format per aspectes: biològics, fisiològics, psicològics, socioculturals i espirituals, element integrador de tots els aspectes.
  - a) **bio-fisiològics:** condicions genètiques, de la persona i funcionament dels seus aparells, sistemes.....
  - b) **psicològics:** sentiments, pensaments, emocions, intel·ligència, memòria, nivell de consciència, sensopercepció, habilitats per l'afrontament de problemes..
  - c) **socioculturals:** l'entorn immediat ( casa, treball, els valors dels grups de referència: família, escola.....) i entorn mediat ( clima, geografia, contaminació, sistema sociopolític...)
- Determinen que siguin necessitats individuals**
- **Interrelacionades:** configuren una unitat, la consideració d'alguna d'elles sense tenir en compte les altres, implica la negació de la totalitat de la persona.

➤ **Són 14**

NECESSITATS DE V. HENDERSON

- Respirar normalment
- Menjar i beure adequadament.
- Eliminar per totes les vies corporals
- Moure's i mantenir postures adequades.
- Dormir i descansar
- Escollir roba adient, vestir-se i desvestir-se.
- Mantenir la temperatura corporal dintre dels límits de normalitat adequant la roba i modificant l'ambient.
- Mantenir la higiene corporal i la integritat de la pell.
- Evitar els perills ambientals i lesionar altres persones.
- Comunicar-se amb els altres expressant emocions, necessitats , opinions i temors.
- Viure d'acord amb els propis valors i creences.
- Ocupar-se en alguna cosa de tal manera que aquesta feina tingui un sentit de realització personal.
- Participar en activitats recreatives.
- Aprendre, descobrir o satisfer la curiositat que condueix al desenvolupament normal i a utilitzar els recursos disponibles.

**Concepte d'entorn:** no està clarament definit en els seus escrits, ha evolucionat força amb el temps. Dinàmic, influència positivament o negativament en les persones i en la infermera, recomana als professionals que el valorin i el modifiquin per tal de promoure la salut.

### **Cures Bàsiques:**

Deriven del concepte de necessitats bàsiques. Conjunt d'intervencions infermeres, reflexionades i deliberades, basades en un judici terapèutic raonat i teòricament sòlid i dirigides tant a augmentar, mantenir o recuperar la independència en la satisfacció de les necessitats, com a suplir l'autonomia de la persona en aquells aspectes que ho requereixin.

### **Independència:**

Nivell òptim de desenvolupament del potencial de la persona per a satisfer les necessitats bàsiques d'acord amb la seva edat, sexe, etapa de desenvolupament i situació de vida i salut.

Salut: s'equipara amb la independència de la persona per satisfer les necessitats bàsiques

### **Dependència:**

Desenvolupament insuficient o inadequat del potencial de la persona per a satisfer les necessitats bàsiques, ara i en el futur, d'acord amb la seva edat, sexe, etapa de desenvolupament i situació de vida i salut.

### **Autonomia:**

Capacitats física i intel·lectual de la persona que li permeten satisfer les necessitats bàsiques mitjançant accions realitzades per ella mateixa.

### **Agent d'autonomia assistida:**

Persona (familiar, persona significativa o la pròpia infermera) que quan l'usuari no té la capacitat física o intel·lectual necessàries per a satisfer les necessitats bàsiques, realitza, per ell, algunes accions orientades a satisfer les necessitats susceptibles de cert grau de suplència: Respirar, menjar i beure, eliminar, vestir-se i despullar-se, moure's i mantenir bona postura, mantenir la temperatura corporal, conservar la pell i les mucoses netes i en bon estat i procurar un entorn segur.

### **Manifestacions d'independència:**

Conductes o indicadors de conductes de la persona (dades objectives i subjectives) adequades per a satisfer les necessitats bàsiques d'acord amb la seva edat, sexe, etapa de desenvolupament i situació de vida i salut.

### **Manifestacions de dependència:**

Conductes o indicadors de conductes de la persona (dades objectives i subjectives) que resulten inadequades o insuficients per a satisfer les necessitats bàsiques, en el present o en el futur, d'acord amb la seva edat, sexe, etapa de desenvolupament i situació de vida i salut.

### **Dades que cal tenir en consideració:**

Són dades que sense ser conductes, ni indicadors de conductes, són rellevants i necessàries per a planificar les cures i perquè poden incidir en la satisfacció de les necessitats.

**Problemes d'autonomia:**

Reflexen una falta total o parcial de la capacitat física o intel·lectual de l'usuari per fer per si mateix les accions apropiades per a satisfer les seves necessitats bàsiques i la carència d'un agent d'autonomia assistida capacitat. La manca de capacitat pot ser deguda a:

- . no s'ha adquirit (nens)
- . pèrdua temporal (post-operatori)
- . pèrdua permanent (envelliment)

La falta d'autonomia no implica una falta d'independència.

Formulació: anomenar la intervenció que es portarà a terme i afegir el tipus de suplència (total o parcial) que es requereix. Ex: Bany al llit: suplència total / alimentació oral: suplència parcial.

**Problemes d'independència:**

Tres categories

- a) Diagnòstics reals: situacions en les que l'usuari ha perdut o no ha aconseguit un nivell òptim de desenvolupament del seu potencial per aconseguir independència en la satisfacció de les necessitats bàsiques

Formulació: Etiqueta diagnòstica + factors causals + àrees de dependència + característiques definitòries

- b) Diagnòstics de risc: situacions en les que l'usuari està en risc de perdre la seva independència en la satisfacció de les necessitats bàsiques

Formulació: Etiqueta diagnòstica + factors causals + àrees de dependència

- c) Diagnòstics de salut: situacions en les que l'usuari pot augmentar el desenvolupament del seu potencial per aconseguir independència en la satisfacció de les necessitats bàsiques i expressa el desig de fer-ho

Formulació: Etiqueta diagnòstica + àrees de dependència

**Problemes de col·laboració:**

Problemes de salut reals o potencials en els que l'usuari requereix que la infermera realitzi per ells les activitats de tractament i control prescrites pel metge. Aquests problemes depenen de la patologia, l'aplicació del tractament mèdic i el control de la resposta a aquest i a l'evolució de la patologia.

**Bibliografia:**

Luis, M.T. Fernández, C. Navarro, M.V.: De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson . Barcelona 1998.