

Análisis de los principales modelos conceptuales enfermeros en los cuidados a las personas ancianas

María José Morales Gázquez

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo del corpus doctrinal o cuerpo de conocimientos constituye la base de toda profesión o disciplina.

Desde el punto de vista de la enfermería, a lo largo de la historia y situándonos en el pasado, la disciplina del cuidado aceptó teorías de otras disciplinas científicas. Pero ante esta realidad, era necesario el desarrollo de una base de conocimientos propios del cuidado, en el que se establecieran los principios axiomáticos de la disciplina, que permitiera a su vez el desarrollo y progreso científico del Cuidado. Este conjunto de conocimientos constituye los modelos de la disciplina Enfermera, o lo que es lo mismo, los modelos del Cuidado; que en función del campo de la enfermería en el que se integran, arte o ciencia, se diferencian dos tipos de modelos, los conceptuales y los profesionales respectivamente.

La R.A.E. define ‘modelo’, en su cuarta acepción, como un “Esquema teórico,...de un sistema o de una realidad compleja,..., que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento”. En este sentido, puede interpretarse que la finalidad de un modelo es describir un conjunto de fenómenos que están interrelacionados con el objetivo de conceptualizar una idea general mediante una descripción simbólica de la realidad.

Para considerar que un modelo, de Enfermería, es científico debe cumplir una serie de requisitos específicos que son:

- Basarse en teorías científicas.
- Estar descrito de manera sistemática.
- Ser práctico.

Así mismo, las características que debe reunir todo modelo son las que se enumeran a continuación:

- Describir, explicar y predecir las relaciones entre los fenómenos de la realidad.
- Estar constituido por un conjunto de conceptos empíricos, inferenciales y abstractos.
- Proporcionar un marco sistemático para la valoración, planificación, intervención y evaluación; es decir para cada una de las fases del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).
- Facilitar la comunicación entre los profesionales de Enfermería y fomentar la acción unificada en la práctica, la educación, la administración y la investigación.

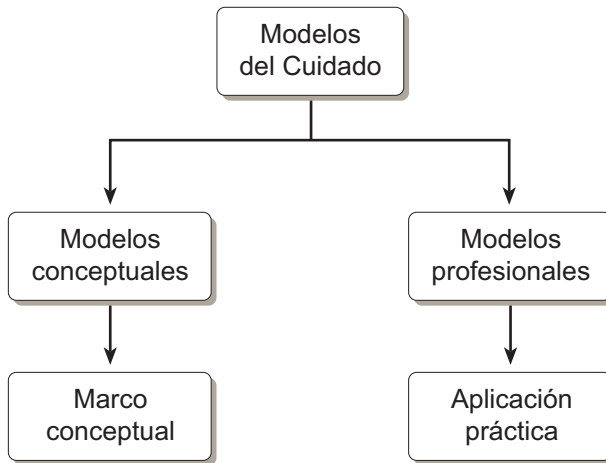
Los modelos del cuidado son por tanto representaciones de la realidad de la práctica enfermera (1).

Tal y como se ha mencionado anteriormente existen dos tipos de modelos del cuidado (Figura 1).

- 1) **Modelos conceptuales.** Delimita el marco disciplinar de la profesión, el modelo conceptual clarifica la contribución o razón de ser de las enfermeras, generan conocimiento (2). Son aquellos modelos que explican que es el cuidado. Ejemplo: Dorotea Orem, Martha Rogers...
- 2) **Modelos profesionales.** Son aquellos modelos que permiten llevar a la práctica lo que se indica en los modelos conceptuales, es decir el Proceso de Atención de enfermería y Taxonomías Enfermeras.

Figura 1.

MODELOS DEL CUIDADO. PROYECTO CENES



FUENTE. Departamento de Metodología Enfermera (FUDEN).

Actualmente al analizar la enfermería como disciplina existen autores que establecen una relación indiscutible, fundamentada en la identificación del metaparadigma enfermero como núcleo disciplinar, en la visión particular de explicar y relacionar los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno (3).

Existen diversas clasificaciones de los modelos conceptuales una de las más extensa es la aportada por Raile y Marriner que establecen la siguiente clasificación (4):

- 1) **Filosofías de enfermería.** Son las que explican el significado de los fenómenos de la enfermería a través del análisis, razonamiento y presentación lógica.
- 2) **Modelos.** Serían aquellos trabajos enfermeros de las grandes teorías, conocidas también como pioneras en enfermería. Su contribución es esencial tanto para la propia profesión y otras afines, como para la población como cliente real o potencial de la atención enfermera (5).

- 3) **Teorías enfermeras.** Proceden de las filosofías de enfermería, modelos conceptuales o teorías de enfermería más abstractas o de trabajos de otras disciplinas.
- 4) **Teoría intermedia.** Tiene menor nivel de abstracción que la teoría.

Este capítulo pretende acercar a la enfermera geriátrica algunos de los modelos de enfermería más relevantes con la finalidad de ofrecer un abanico de posibilidades donde elegir el modelo que mejor se adapte a su ámbito de trabajo y a cada paciente, sin olvidar que la elección de un modelo concreto dependerá de la concepción que tenga la enfermera tanto del ser humano como de las características de los pacientes.

Con todo ello, se exponen aquí los modelos de enfermería más relevantes, su aplicación en la persona mayor, obviándose en este capítulo aquellos que se exponen con más detenimiento en otros puntos de esta obra.

2. MYRA ESTRIN LEVINE (1921-1996)

2.1. Introducción

El modelo de Levine se limita únicamente a individuos que ya sufrían algún proceso patológico o enfermedad. Está centrado en las intervenciones utilizadas por la enfermera durante la adaptación del paciente a la enfermedad y las respuestas a la misma. Estas intervenciones ayudan a restablecer la totalidad, integridad y bienestar del paciente.

Para la elaboración de su modelo, Myra Levine señala las influencias de muchas y variadas fuentes teóricas, pero se destaca la teoría de Beland (6) de la que Levine aprendió los puntos de vista históricos sobre las enfermedades, así como que las ideas que las personas tienen sobre la enfermedad cambian con el paso del tiempo.

El modelo de Levine pertenece a la escuela de los efectos deseables en la persona de los cuidados enfermeros, esta escuela intenta contestar a la pregunta: “¿Por qué las enfermeras hacen lo que hacen?” (3).

2.2. Metaparadigma enfermero

- 1) **Enfermería.** La práctica enfermera se basa en el conocimiento único de la enfermería y en el conocimiento científico de otras disciplinas junto con el conocimiento enfermero.

Su objetivo es promover la adaptación y mantener la integridad.

En la persona mayor la intervención enfermera será terapéutica si ésta tiene una influencia favorable en la adaptación o recuperación del bienestar social y será un cuidado de apoyo si la respuesta no es favorable, como puede ser el caso del proceso de muerte o de una enfermedad degenerativa como la enfermedad de Alzheimer.

- 2) **Persona.** Ser holístico, la globalidad es la integridad y la integridad significa que la persona tiene libertad de elección y movimiento. Las personas experimentan la vida como un cambio a través de la adaptación con el objetivo de la conservación. Gracias a la conservación, el adulto mayor puede, como todo ser humano, enfrentar los obstáculos y adaptarse a ellos (7).
- 3) **Salud.** Es el retorno a la identidad. Los individuos son libres y capaces de perseguir sus intereses aprovechando sus recursos.
- 4) **Entorno.** Diferencia dos tipos de entorno, el interno y el externo, e incluye a la enfermera en la determinación de sus intervenciones para promover la adaptación.

2.3. Modelo de la conservación

Conceptos

- 1) **Globalidad (holismo).** Para Levine, la globalidad se basa en una relación mutua, sólida, orgánica y progresiva entre diversas funciones y partes de un todo, cuyos límites son abiertos y fluidos. Asimismo define la integridad como la unidad de los individuos e indica que éstos reaccionan de un modo integral y único a los retos del entorno.

- 2) **Adaptación.** Proceso de cambio mediante el cual el individuo se ajusta a las realidades de su entorno externo e interno para permanecer íntegro. El resultado de la adaptación es la conservación.
- 3) **Entorno.** Para Levine, cada individuo tiene su propio entorno, dentro del cual sugiere tres niveles:
 - **Entorno perceptivo:** características del mundo que los individuos son capaces de sentir e interpretar con sus sentidos.
 - **Entorno operacional:** todo lo que puede afectar a los individuos físicamente aunque no puedan percibirlo directamente, como los microorganismos.
 - **Entorno conceptual:** valores culturales y personales sobre: la asistencia sanitaria, significado de la salud y la enfermedad, conocimientos sobre la asistencia sanitaria, educación, uso del lenguaje, creencias espirituales.
- 4) **Respuesta del organismo.** Capacidad del individuo para adaptarse a las condiciones de su entorno.
- 5) **Conservación.** Levine toma este término que deriva de la palabra latina “conservatio” y significa mantener unido. La conservación describe el modo en que los sistemas complejos son capaces de continuar funcionando en circunstancias difíciles como pueden ser los derivados del proceso de envejecimiento. El principal objetivo de la conservación es mantener íntegro al individuo en su globalidad.

Principios

- 1) **Conservación de la energía.** El individuo necesita equilibrar su energía y renovarla constantemente, teniendo en cuenta que el proceso de envejecimiento pone a prueba su energía.
- 2) **Conservación de la integridad estructural.** La curación es un proceso mediante el cual se restaura la integridad estructural y funcional para proteger la globalidad. En el anciano, el principal factor diferencial de la enfermedad es el impacto que ésta tiene sobre la función (8).

- 3) **Conservación de la integridad personal.** Para Levine la autovaloración y la identidad son muy importantes. La enfermera debe impartir conocimiento y dar fuerza de modo que el individuo pueda retomar su vida privada, dejando de ser un paciente ni depender de nadie. Estudios avalan que el autoconcepto de la persona mayor no sufre disminuciones con la edad, y continúa siendo un recurso personal adaptativo, flexible, dinámico y muy valioso para una adaptación satisfactoria y con éxito en la vejez (9).
- 4) **Conservación de la integridad social.** La vida cobra significado a través de las comunidades sociales y la salud está determinada socialmente. En este sentido no hay que olvidar que la etapa social de la vejez debe ser considerada como una etapa en la que la persona debe rehacer y recomponer gran parte del mundo dado (10).

Los principios de conservación en Levine no están limitados al cuidado enfermero en el hospital sino que pueden utilizarse en cualquier entorno.

3. MARTHA ROGERS (1914-1994)

3.1. Introducción

Rogers publicó, por primera vez, su modelo de enfermería en 1970, publicado bajo el título de “An Introduction on Theoretical Basis od Nursing”. Tras años de modificaciones y perfeccionamiento, en 1980 presentó el Modelo de la Ciencia del Hombre Unitario; en 1983 el Modelo de la Ciencia de los Seres Humanos Unitarios, y en 1986 las Dimensiones de la Salud: una Visión desde el Espacio.

La necesidad que tenía la enfermería de una base sólida de conocimientos incitó a Rogers en el desarrollo de su modelo, que se consideró un modelo de sistemas abiertos.

El modelo de Rogers pertenece a la escuela del ser humano unitario que se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Se intenta responder a la pregunta: “¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?”(3).

3.2. Metaparadigma enfermero

- 1) **Enfermería.** Para Rogers la enfermería es una ciencia, un arte y una profesión que se aprende. Centrada en el interés por las personas y por el mundo en el que viven fomentando la salud y el bienestar en todos los individuos. En el caso del envejecimiento para Rogers la enfermera acompaña y apoya a la persona mayor intentando fomentar una interacción armoniosa entre el campo del individuo mayor y el de su entorno, con el propósito de reforzar la integridad del campo humano para conseguir el máximo potencial de salud.
- 2) **Persona.** Todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que le convierte en un todo distinto de la suma de las partes que lo componen, es decir, el ser humano unitario, que es más grande que la suma de sus partes y diferente de ésta. Durante su evolución hacia la vejez el ser humano se integra con su entorno y usa continuamente la creatividad.
- 3) **Salud.** Entiende la salud como un valor dado por la cultura y el individuo. Define la salud pasiva como un estado bueno de salud y ausencia de enfermedad y dolencias graves.
- 4) **Entorno.** Campo de energía irreducible y pandimensional. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de modo continuado y creativo.

3.3. Modelo de los Seres Humanos Unitarios

Conceptos

- 1) **Campo de energía.** Constituye la unidad fundamental para la materia viva y para la materia muerta. Campo: es el concepto de unidad. Energía: naturaleza dinámica del campo. Los campos de energía son infinitos y pandimensionales.
 - a) **Tipos de campos.** Ambos campos cambian de modo continuo, creativo e integral.

- b) **Campo humano.** Es el ser humano unitario. Es un campo de energía irreducible, indivisible y pandimensional que se identifica con un modelo y con unas características evidentes que son específicas de todo el conjunto, que no se pueden predecir por medio del conocimiento de sus partes.
 - c) **Campo del entorno.** Campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica con un modelo y se integra con el campo humano. Cada campo del entorno es específico para un campo humano determinado.
- 2) **Universo de sistemas abiertos.** En él los campos de energía son infinitos, abiertos y se integran entre sí.
 - 3) **Patrón.** Característica distintiva de un campo de energía. Es algo abstracto y se revela por medio de las manifestaciones, éstas son únicas y se refieren al comportamiento, cualidades y características de cada campo. El patrón cambia continuamente y puede manifestar enfermedad, malestar o bienestar. El cambio que sufre el patrón es continuo, innovador y relativo. Es lo que experimenta la persona mayor en su proceso de envejecer.
 - 4) **Pandimensionalidad.** Dominio no lineal que carece de atributos espaciales o temporales.

Desarrollo del modelo

En el desarrollo del modelo de los seres humanos unitarios y su entorno como campos de energía esenciales para el proceso vital, Martha Rogers otorga especial importancia a la relación entre conocimientos. Fundamenta su ciencia en la antropología, la psicología, la sociología, la astronomía, la religión, la filosofía, la historia, la biología, la física, las matemáticas y la literatura.

Martha Rogers plantea la promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el ser humano y el entorno, centrado en la integridad y los campos de energía (11). Este modelo presenta como atractivo en la atención enfermera al anciano tanto la amplia concepción que hace del ser humano como de la importancia que le da a la interacción de éste con el entorno.

4. IMOGENE KING (1923-2007)

4.1. Introducción

En 1971 propone un marco conceptual para la enfermería, consistente en sistemas abiertos, como base para su teoría del logro de metas.

Los procesos interpersonales constituyen el concepto clave de la teoría de Imogene King. Esta autora fundamentó su teoría general de sistemas en las ciencias de la conducta y el razonamiento deductivo e inductivo.

Inspirada en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo, esta teoría pertenece a la escuela de la interacción e intenta responder a la pregunta: “¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?”(3).

4.2. Metaparadigma enfermero

- 1) **Enfermería.** Proceso de acción, reacción e interacción en el que la enfermera y el cliente comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería. También la considera una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados de salud en la sociedad. La meta de la enfermería es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan desempeñar sus roles. En el ámbito del envejecimiento la enfermería cobra vital importancia a la hora de ayudar a la persona mayor al desempeño de los nuevos roles a los que ésta se enfrenta en esta etapa cambiante de su vida.
- 2) **Persona.** King la considera un ser espiritual, que tiene la capacidad de pensar, saber, tomar decisiones y seleccionar recursos de acción alternativos. Tiene la capacidad, mediante el lenguaje y otros símbolos, de contar su historia y conservar su cultura. Los individuos son sistemas abiertos en transacción con el entorno y es, esta misma transacción la que comporta que no existe separación entre el ser humano y su entorno. Los individuos son únicos, holísticos, con un valor intrínseco y tienen necesidades, deseos y metas distintas.

- 3) **Salud.** Estado dinámico en el ciclo vital que implica una adaptación permanente al estrés en el entorno interno y externo, mediante el uso óptimo de los recursos de cada uno para conseguir el máximo rendimiento para la vida diaria.
- 4) **Entorno.** Para las enfermeras es esencial la comprensión de la manera en la que los seres humanos interactúan con el entorno para mantener su salud. En el ámbito de la geriatría este aspecto toma gran importancia, pues el entorno va a jugar un importante papel en el mantenimiento de la funcionalidad del anciano.

4.3. Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos

La teoría intermedia de la consecución de objetivos de King establece que el proceso humano de interacciones construyó la base para diseñar un modelo de transacciones que describe el conocimiento teórico utilizado por las enfermeras para ayudar a que las personas y los grupos cumplan sus objetivos.

El objetivo mutuo entre enfermeras y clientes se basa en:

- 1) La valoración de las preocupaciones, los problemas y los trastornos de la salud del cliente.
- 2) Las percepciones que tienen enfermeras y clientes de la interferencia.
- 3) Intercambio de información entre ambos. Además, la enfermera colabora con los familiares cuando el cliente no es capaz de comunicarse verbalmente en la lucha por el objetivo.

Los aspectos relevantes de este modelo para su utilización en los cuidados geriátricos son, por un lado, la importancia que da a la figura del cuidador familiar, y por el otro la atención que presta al déficit de autocuidado, elementos que encontramos en la persona mayor dependiente.

5. BETTY NEUMAN (1924-Presente)

5.1. Introducción

La teoría de la Gestalt, la teoría del estrés de Hans Selye, la teoría general de sistemas y diversas consideraciones filosóficas constituyen la base del modelo conceptual de Betty Neuman.

Neuman publicó por primera vez su modelo a principios de la década de los setenta, la primera edición de “The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practise” se publicó en 1972. Años después se publicaron versiones ampliadas, siendo finalmente en 1989 cuando aparece el Modelo de Sistemas de Neuman.

Este modelo está basado en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos en interacción entre ellos y el entorno. Entiende que los patrones del conjunto influyen en el conocimiento de las partes. Adopta, además, la definición de estrés que consiste en la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga.

Pertenece a la escuela de los efectos deseables en la persona, y pretende responder a la pregunta: “¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen?”(3).

El interés de este modelo en los cuidados al anciano radica en varias características. Por un lado, tiene en cuenta las variables de desarrollo, socioculturales y espirituales que conforman el concepto de ser humano para Neuman; mientras que por otro, el enfoque de los elementos estresantes se convierte en un factor adecuado y a tener en cuenta en la valoración del adulto mayor.

5.2. Metaparadigma enfermero

- 1) Enfermería. Profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés. Cuida del individuo en su totalidad.

- 2) **Persona.** Como cliente o sistema cliente, sistema cliente abierto en interacción recíproca con el entorno. Compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual.
- 3) **Salud.** Movimiento continuo de naturaleza dinámica que cambia constantemente del bienestar a la enfermedad. Un bienestar o una estabilidad óptimas indican que las necesidades totales del sistema están satisfechas y que las partes interactúan en armonía con el sistema completo. Un estado reducido de bienestar es el resultado de las necesidades del sistema no satisfechas.
- 4) **Entorno.** Todos los factores internos o externos que influyen en el sistema cliente. Los elementos estresantes son fuerzas del entorno que interactúan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla.

Tipos de entorno:

- **Entorno interno:** intrapersonal. Las interacciones interiores del cliente.
- **Entorno externo:** inter o extrapersonal. Todos los factores surgen del exterior del cliente.
- **Entorno creado:** se desarrolla inconscientemente y el cliente lo utiliza para mejorar la capacidad de control protectora. Es dinámico y moviliza todas las variables del sistema para crear un efecto aislante que ayuda al paciente a controlar la amenaza que proviene de los elementos estresantes del entorno, cambiando la identidad o la situación.

5.3. Modelo de sistemas (12)

Conceptos

- 1) **Visión holística o integral.** Toma al individuo como un todo cuyas partes están en interacción dinámica. Se consideran todas las variables que afectan al sistema del cliente, que cobran una especial relevancia en el adulto mayor: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

- 2) **Sistema abierto.** Es aquél en el que los elementos se intercambian la energía de la información en una organización compleja. El estrés y la reacción al estrés son elementos básicos de un sistema abierto.
- 3) **Sistema cliente.** Consta de cinco variables en interacción con el entorno: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual.
- 4) **Líneas de resistencia.** Representan los factores de recursos que ayudan al cliente a defenderse de un elemento estresante. Si las líneas de resistencia son eficaces el sistema cliente puede reconstituirse, en cambio, si son ineficaces puede sobrevenir la muerte. La resistencia está determinada por la interrelación de las cinco variables del sistema cliente.
- 5) **Línea normal de defensa.** Representa un estado de estabilidad para el individuo o el sistema. Incluye variables como los patrones habituales de control del individuo, su estilo de vida y el estadio de desarrollo. La expansión de esta línea refleja una mejora en el estado de bienestar y su contracción refleja una reducción del mismo.
- 6) **Línea flexible de defensa.** Es un amortiguador de protección que evita que los elementos estresantes crucen la línea normal de defensa y entren en el estado normal de bienestar. El punto hasta el cual los individuos son capaces de utilizar la línea flexible de defensa contra posibles reacciones al elemento estresante puede verse afectado por la relación entre las variables.
- 7) **Elementos estresantes.** Estímulos productores de tensión que se generan dentro de los límites del sistema del cliente y que dan lugar a un resultado que puede ser positivo o negativo. Pueden ser consecuencia de lo siguiente:
 - **Fuerzas intrapersonales** que tienen lugar en el interior del individuo.
 - **Fuerzas interpersonales** que tienen lugar entre uno o más individuos, como las expectativas de rol.
 - **Fuerzas extrapersonales** que se dan en el exterior del individuo, como las circunstancias económicas.
- 8) **Grado de reacción.** Representa la inestabilidad del sistema que tiene lugar cuando los elementos estresantes invaden la línea normal de defensa.

- 9) **Prevención como intervención.** Las intervenciones son acciones que ayudan a que el cliente retenga la estabilidad del sistema, la consiga o la mantenga. Se basan en el grado real de reacción, los recursos, los objetivos y el resultado previsto. Neuman indica tres niveles de prevención:
- **Prevención primaria.** Cuando se sospecha la existencia de un elemento estresante y aunque aún no ha tenido lugar una reacción, ya se conoce el grado de riesgo.
 - **Prevención secundaria.** Conjunto de intervenciones o tratamientos iniciados después de que se manifiesten los síntomas de estrés.
 - **Prevención terciaria.** Tiene lugar después del tratamiento activo o de la fase de prevención secundaria. Pretende que el paciente recupere la estabilidad óptima del sistema. Retrocede en forma de círculos hacia la prevención primaria.
- 10) **Reconstitución.** Tiene lugar después del tratamiento de las reacciones de los elementos estresantes. Representa el retorno del sistema a la estabilidad.

6. SOR CALLISTA ROY (1939-Presente)

6.1. Introducción

Durante los estudios de master de Roy, se le solicitó que junto con Dorothy E. Johnson, desarrollase un modelo conceptual de enfermería; siendo así como Roy inició el camino hacia la construcción de su propio modelo en 1964.

Fue en 1984 cuando se publicó una versión revisada del modelo de esta enfermera teórica.

La base del modelo de Roy se asienta sobre el trabajo de Harry Helson en psicofísica. Además, la capacidad de adaptación de los niños a los cambios importantes supuso una gran influencia para esta teórica.

El modelo de esta autora se ha considerado como una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones.

Muchas son las bases teóricas que Roy tiene en cuenta para elaborar su modelo de adaptación. La teoría de sistemas, la teoría de niveles de adaptación, la constancia del individuo y los factores que influyen en la autoestima, la teoría de la interacción social, el humanismo... van a resultar fundamentales para que Roy desarrolle su elaborado modelo de la adaptación.

Veremos aquí que, como Betty Neuman, el modelo de Roy pertenece a la escuela de los efectos deseables y basa el objetivo de los cuidados en promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación: fisiológico, el modo de autoimagen, el modo de función según roles y el modo de interdependencia con el fin de contribuir a la salud, a la calidad de vida y a la muerte digna (3).

Como el anterior, este es un modelo completo y muy elaborado, que brinda a la enfermera un amplio enfoque del ser humano, del entorno y de las complejas interacciones que se dan entre las personas y entre éstas y su entorno, que la autora amplía a todo el universo.

En la atención al adulto mayor, la enfermera que elija basar su cuidado en el modelo de Roy ve a la persona en base a las capacidades que ésta debe desarrollar para adaptarse a las nuevas situaciones que le plantea su momento vital o la enfermedad. En este caso, la intervención de la enfermera se orienta a la ayuda en esa adaptación.

6.2. Metaparadigma enfermero

1) **Enfermería.** La autora utiliza dos definiciones de enfermería:

En general la considera el profesional del cuidado centrado en los procesos y situaciones humanas, y enfatiza en la promoción de la salud de las personas, las familias, grupos y la sociedad como conjunto.

Más de acuerdo con su modelo de adaptación específica que la enfermería es la ciencia y la práctica que aumenta las habilidades adaptativas y procura transformaciones en las personas y en el medio ambiente.

La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno fomentando la adaptación. El objetivo de las enfermeras es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad.

- 2) **Persona.** Sistema adaptativo que es un todo compuesto por partes y con procesos de convivencia. Señala como supuestos clave para entender este concepto de persona los procesos adaptativos y los modos de adaptación vistos anteriormente.

Roy entiende que los seres humanos son holísticos y trascendentes, que la persona busca la autorrealización, es decir, una razón de ser para su existencia. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general.

El sistema adaptativo humano está formado por los mecanismos internos de convivencia actuando a través de los cuatro modos de adaptación mencionados para interiorizar, procesar y responder al medio ambiente.

- 3) **Salud.** Estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La adaptación conduce a la salud. La autora incluye, además, el concepto de “*veracidad*” según el cual hay objetivos comunes a todos los seres humanos. Las premisas del modelo reconocen un significativo destino de convergencia del universo de las personas y el medio ambiente en un Dios-creador (1).
- 4) **Entorno.** Roy define el medio ambiente como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean o afectan el desarrollo o el comportamiento tanto de personas como de grupos, con consideraciones particulares de la mutualidad entre personas y recursos naturales donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales.

6.3. Modelo de adaptación (13)

Conceptos

- 1) **Sistema.** Es el conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes. Además, los sistemas también tienen entrada y salida de información y procesos de control y de realimentación.

- 2) **Respuestas de adaptación.** Fomentan la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano.
- 3) **Reacciones ineficaces.** Las que no contribuyen a la integridad en función de los objetivos del sistema humano.
- 4) **Proceso vital integrado.** Nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital por entero, con el fin de cubrir las necesidades humanas.
- 5) **Nivel de adaptación.** El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación.
- 6) **Problemas de adaptación.** Áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación. Los problemas de adaptación en Roy no se ven como diagnósticos enfermeros sino como áreas de interés de las enfermeras en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar.
- 7) **Subsistema regulador.** Proceso de afrontamiento en el que intervienen el sistema neuronal, el químico y el endocrino.
- 8) **Subsistema relacionador.** Proceso de afrontamiento en el que entran en juego cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal preceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones.
- 9) **Modos de adaptación:**
 - **Modo fisiológico y físico de adaptación.** El modo fisiológico es el conjunto de procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. El modo físico es la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas.
 - **Modo de adaptación del autoconcepto del grupo.** Se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. El autoconcepto lo define Roy como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos.

- **Modo de adaptación de función de rol.** Es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad.
 - **Modo de adaptación de la interdependencia.** Se centra en las relaciones cercanas de las personas y en su finalidad, estructura y desarrollo. La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones. Roy identifica dos áreas principales de los comportamientos frente a la interdependencia: el comportamiento receptivo y el comportamiento contributivo. Ambos se refieren al hecho de recibir y ofrecer amor, respeto y valores durante el transcurso de una relación de interdependencia.
- 10) **Estímulos del entorno.** Estos estímulos van a desencadenar respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo el estímulo común que es ser un adulto mayor y se une a un acontecimiento como puede ser una caída, las consecuencias de la misma van a ser diferentes de si el mismo acontecimiento ocurre en un niño.
- **Estímulo focal.** Aquel al que la persona hace frente inmediatamente.
 - **Estímulos contextuales.** Todos los estímulos que están presentes en una situación dada y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal.
 - **Estímulos residuales.** Factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento.

RESUMEN

Se presentan aquí algunos modelos enfermeros para su aplicación en los cuidados al anciano. A medida que la Enfermería avanza y se consolida como profesión independiente, autónoma y de gran importancia en la sociedad en la que vivimos, las teorizaciones sobre la misma van aumentando, explicando las bases filosóficas y enfoques de los cuidados enfermeros.

Se detallan las características principales de los siguientes modelos conceptuales:

El modelo de conservación de Myra Estrine Levine, y su relación con la pérdida de funcionalidad en el anciano.

El modelo de los seres humanos unitarios de Martha Rogers. El atractivo que este modelo presenta en la atención enfermera al anciano radica tanto en la amplia concepción que hace del ser humano como de la importancia que da a la interacción de éste con el entorno.

El marco de sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos de Imogene King, se ha elegido por la posibilidad de la aplicación al cuidado del cuidador familiar y la atención que presta al déficit de autocuidado, elementos muy comunes en la persona mayor dependiente.

El modelo de sistemas de Betty Neuman. El interés de este modelo en los cuidados al anciano radica en varias características. Por un lado, tiene en cuenta las variables de desarrollo, socioculturales y espirituales que conforman el concepto de ser humano para Neuman; mientras que por otro el enfoque de los elementos estresantes son un buen indicador en la valoración del adulto mayor.

El modelo de adaptación de Sor Callista Roy. Como el anterior, este es un modelo completo y muy elaborado, que brinda a la enfermera un amplio enfoque del ser humano, del entorno y de las complejas interacciones que se dan entre las personas y entre éstas y su entorno, que la autora amplía a todo el universo.

7. REFERENCIAS

1. Roy C. El Modelo de Adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura de los cuidados*. 2000; 7-8:139-159.
2. Adam E. Toward More Clarity in Terminology: Frameworks, Theories and Models. *Journal of Nursing Education*. En: Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson; 2009
3. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
4. Raile M, Marriner A. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona. Elsevier. 2011.
5. Francisco JC. *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. 2008.
6. Beland I. *Clinical nursing: Pathophysiological and psycjosocial impliciones*. Nwe York. 1971. En: Moore K. *El modelo de conservación*. En: Raile M, Marriner A. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona. Elsevier. 2011: 225-241.
7. Cabrera K, Hechavarría NM. *Longevidad, enfoques multiteóricos*. En: <http://www.ilustrados.com/tema/9321/Longevidad-enfoques-multiteoricos.html>. Consultado el 20/02/2012.
8. Rodríguez L. *Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias*. En: Fernández-Ballesteros (directora). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide: 2009. 153-165.
9. Reig A. *Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación*. En: Fernández-Ballesteros (directora). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide: 2009.167-200.
10. Corraliza JA. *Vejez y sociedad: dimensiones psicosociales*. En: Fernández-Ballesteros (directora). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide: 2009: 229-249.

11. Kredert SL. Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería. Estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Biblioteca LasCasas. 2007; 3 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentales/lc020.php>.
12. Freese BT, Lawson TG. Betty Neuman. Modelo de sistemas. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona. Elsevier. 2011: 309-333.
13. Phillips KD. Modelo de Adaptación. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona. Elsevier. 2011:335-365.

