

MANUAL DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
REGIÓN DE MURCIA



ENFERMERAS
REGIÓN
DE MURCIA

ÍNDICE

Este temario de Fundamentos de Enfermería ofrece una visión estructurada y rigurosa de los pilares que sustentan la profesión enfermera. A lo largo de sus bloques se recorre la evolución histórica del cuidado, desde sus orígenes hasta la consolidación de la enfermería como disciplina científica y profesión autónoma. Se abordan los principales modelos y teorías enfermeras que configuran el pensamiento profesional y orientan la práctica del cuidado.

1

Fundamentos de enfermería

2

2

La enfermería como disciplina y profesión

13

1

Fundamentos de Enfermería

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

La etapa doméstica del cuidado (Prehistoria y civilizaciones antiguas)

La historia de la enfermería se inicia en la **prehistoria**, cuando los cuidados eran de índole doméstica y principalmente asumidos por las mujeres del grupo. En las sociedades primitivas, las mujeres cuidaban de niños, enfermos y ancianos para mantener la vida, la salud y el bienestar colectivo. La salud y la enfermedad se interpretaban mediante creencias mágicas, religiosas y animistas, encarnadas en la figura del chamán o hechicero, lo que muestra una concepción sobrenatural del proceso salud-enfermedad. El término **paleoenfermería** se emplea para estudiar estos primeros sistemas de cuidado en culturas prehistóricas caracterizadas por el animismo y la magia.



A medida que surgieron las civilizaciones antiguas, los cuidados fueron evolucionando en distintos contextos geográficos:

- En el **antiguo Egipto**, existen registros (papiro de Ebers) de prácticas de salud y enfermedad. Los egipcios valoraban mucho la higiene y la salud pública; se especializaron por patologías (cada médico trataba un único trastorno) y combinaban prácticas mágico-religiosas con remedios farmacológicos y cirugía. El cuidado general recaía en las mujeres de la casa, mientras que en el parto actuaban comadronas.

- En **la Mesopotamia** de la “cuenca fértil”, el Código de Hammurabi (ca. 1750 a.C.) incluyó la primera reglamentación escrita del ejercicio sanitario. Aunque este código asirio-babilónico reguló la actuación de médicos o cuidadores, no mencionó específicamente la enfermería.

- En la **tradición hebrea** (Antiguo Testamento), la salud estaba íntimamente ligada a la religión. Se consideraba la enfermedad y la muerte como castigos divinos, tratables mediante oración y ayuno. Introdujeron, sin embargo, nociones avanzadas: reconocieron el *contagio* e implementaron normas de *aislamiento* y notificación de enfermedades.



La **Ley Mosaica** estableció estrictas medidas de higiene personal y saneamiento (manejo de excrementos, dieta, descanso) para prevenir males. En esta cultura se cita a **Débora** como la primera enfermera reconocida.

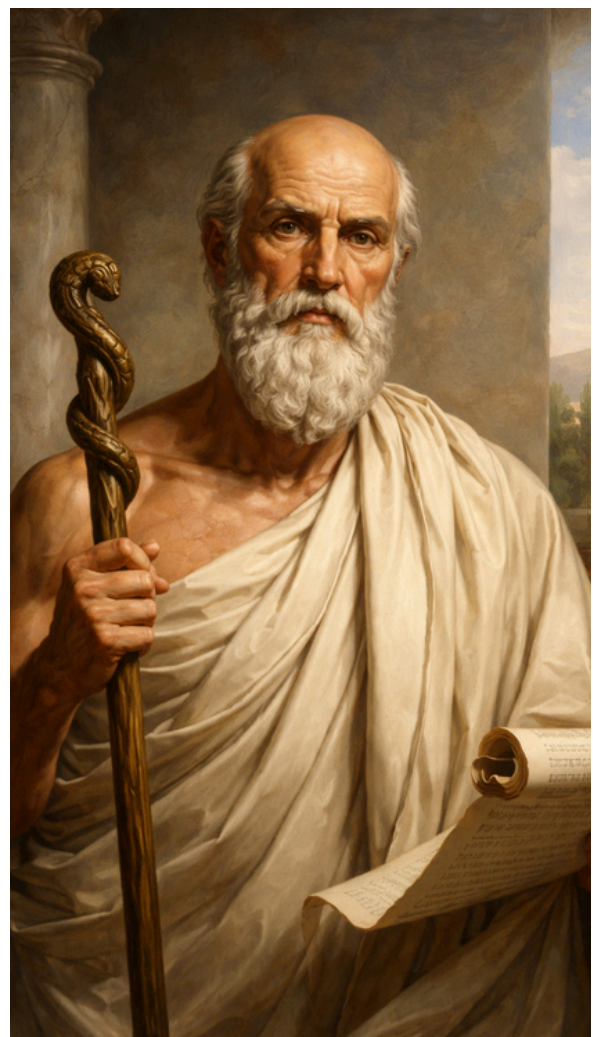
- En la **antigua India**, los textos sagrados Vedas (ca. 1600 a.C.) describen prácticas de medicina, cirugía y cuidado infantil, con énfasis en la higiene y la prevención. Concebían la enfermedad como castigo divino, y un documento hindú (Kaviratna) menciona que los cuidadores debían ser preferentemente hombres jóvenes (o mujeres ancianas en ciertos casos).

- En la **antigua China**, la salud se entendía como un estado de armonía entre el individuo y el universo, basado en el equilibrio de fuerzas opuestas (Yin y Yang). La enfermedad representaba un desequilibrio entre estas fuerzas.

- En el mundo clásico **greco-romano**, se transitó de una visión teúrgica a una naturalista de la enfermedad. En la Grecia clásica, aunque inicialmente la enfermedad era atribuida a los dioses (castigo divino), surgieron escuelas médicas que la explicaban mediante causas naturales.

Destaca **Hipócrates** (siglo V a.C.), considerado “padre de la medicina”, quien postuló la **Teoría Humoral**: la enfermedad resultaría del desequilibrio entre cuatro humores corporales.

La atención se brindaba en templos dedicados a **Asclepio** y por profesionales como **iatromantes**, cirujanos, parteras y siervos dedicados al cuidado.



En la **Roma antigua** (época republicana e imperial), la medicina fue influenciada por la griega: se desarrolló la medicina militar y aparecieron los **nosocomi**, antecesores de los camilleros o enfermeros de campaña, que atendían a soldados heridos. **Galeno** (siglo II d.C.) fue un médico notable cuyas aportaciones en anatomía y fisiología predominaron durante siglos. Cabe señalar que durante el Imperio Romano cristiano (desde el siglo IV d.C.), con el **Edicto de Tesalónica**, la caridad cristiana empezó a organizar la asistencia sanitaria a través de **xenodoquios** (hospicios para pobres y enfermos), sentando bases para los primeros hospitales modernos.

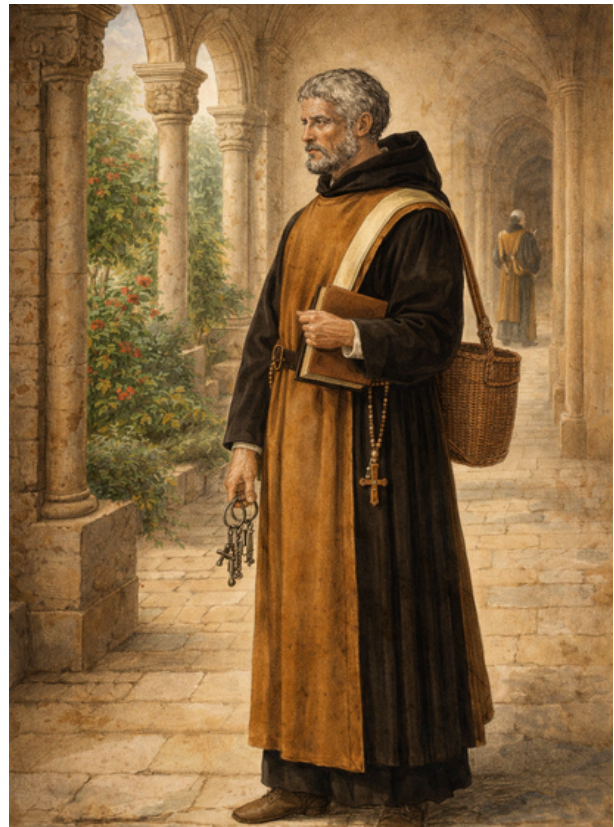
La etapa vocacional del cuidado (Edad Media y Renacimiento)

La denominada etapa “**vocacional**” se extiende desde el comienzo del cristianismo hasta fines de la Edad Moderna. Durante la Edad Media, la salud se interpretaba bajo un prisma religioso: la enfermedad podía verse incluso como una bendición o prueba de Dios, y cuidar al enfermo era considerado un acto de caridad y redención cristiana. La Iglesia asumió la responsabilidad principal en la atención de pobres y enfermos, proliferando hospitales monásticos y órdenes religiosas de cuidado

- En la **Alta Edad Media** (siglos V al X), los monasterios se convirtieron en centros de atención sanitaria. **San Benito de Nursia** (siglo VI) instauró la Orden Benedictina, cuyo modelo monástico incluía la obligación de atender a enfermos y viajeros. En los monasterios se cultivaban plantas medicinales y se practicaba la higiene. Aparecieron las primeras instituciones formativas sanitarias, como la **Escuela de Salerno** (fundada en el s. IX), precursora en admitir mujeres en la enseñanza médica.

Muchos hospitales medievales estaban ligados a órdenes religiosas; por ejemplo, el **Hôtel-Dieu de París** fundado en el siglo VII. También surgieron comunidades de mujeres laicas cuidadoras que luego adoptaron vida religiosa, como la Orden de **las Diaconisas o las Agustinas**, y grupos semi-religiosos como **las beguinas** en Flandes, dedicadas al cuidado de enfermos fuera del claustro.

En la **Baja Edad Media** (siglos XI al XV), con las Cruzadas y las peregrinaciones, emergieron **órdenes militares** y **órdenes mendicantes** que atendían a enfermos. Órdenes militares como los **Hospitalarios de San Juan de Jerusalén** (orden de Malta) o los Caballeros de San Lázaro fundaron hospitales en rutas de peregrinos y campos de batalla. Las órdenes mendicantes (Franciscanos, Dominicos) también contribuyeron al cuidado de pobres y leprosos, viviendo de la caridad. Asimismo, cofradías seculares asistenciales formadas por laicos (Hermanos del Hospital de San Antonio) tuvieron un papel relevante en el socorro de necesitados.



- A **finales de la Edad Media** y transcurso del **Renacimiento** (siglos XV-XVI), **la Reforma Protestante** provocó en los países del norte de Europa el cierre o abandono de muchas instituciones religiosas de cuidado, dando lugar a lo que se ha llamado la **“época oscura de la enfermería”** en esos territorios. Sin monjas enfermeras, la atención de enfermos recayó en personas sin formación, a menudo reclusos o **mujeres marginales**, y la calidad del cuidado se deterioró.

Contrariamente, en la España de los siglos XVI y XVII (de fuerte influencia católica tras el **Concilio de Trento**) se vivió una “época áurea” de la enfermería, donde se crearon numerosas órdenes religiosas hospitalarias nuevas. Ejemplos notables son la **Orden de San Juan de Dios** (aprobada por el Papa Pío V en 1572), dedicada a la asistencia hospitalaria integral, o la Congregación de las **Hijas de la Caridad** (París, 1633; implantada en España), de vocación asistencial comunitaria. También datan de esta era los primeros manuales de enfermería escritos por y para enfermeros, reflejando ya una incipiente sistematización del saber enfermero.

La etapa técnica del cuidado (Siglo XIX)

En el **siglo XIX**, la enfermería emprende su camino hacia la profesionalización laica, especialmente en países de Europa occidental y Norteamérica. Esta **etapa “técnica”** se caracteriza por los primeros intentos de formación reglada para enfermeras, impulsados por la necesidad de mejorar la calidad del cuidado en un contexto de avances científicos y **Revolución Industrial**.

- En los países de tradición protestante, donde tras la Reforma había escasez de órdenes religiosas cuidadoras, surgieron iniciativas laicas. **Elizabeth Fry** en Inglaterra, a inicios del XIX, abogó por hacer de la enfermería una actividad remunerada y respetable para mujeres seglares, y organizó en 1840 una institución de formación rudimentaria para cuidadoras visitadoras.

- En **Alemania**, el pastor **Theodor Fliedner** fundó en 1836 el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, que estableció un pequeño hospital-escuela donde mujeres formadas (diaconisas protestantes) estudiaban durante 3 años compaginando teoría y práctica hospitalaria. **Kaiserswerth** se convirtió en modelo de escuela de enfermería protestante, y sería donde se inspiraría una de las figuras cruciales de esta etapa: **Florence Nightingale**.

- **Florence Nightingale** (1820-1910) es considerada una figura fundacional de la enfermería moderna. Perteneciente a la alta sociedad británica, se formó en Kaiserswerth y otras instituciones europeas pese a la oposición social de la época a que una dama ejerciera como enfermera. Durante la **Guerra de Crimea** (1854-56) lideró un grupo de enfermeras voluntarias británicas en el hospital de Scutari (Turquía), logrando reducir drásticamente las tasas de mortalidad mediante la mejora de la **higiene**, la **nutrición** y la organización de **cuidados**.



A su regreso, Nightingale defendió que la enfermería no consistía solo en tareas como “administrar medicamentos o aplicar cataplasmas”, sino que tenía un cuerpo de conocimientos propio diferenciado del médico.

En 1860 fundó la **primera escuela laica** de enfermería del mundo, en el **Hospital St. Thomas** de Londres, fijando un programa formal de formación para enfermeras. Sus egresadas (las *Nightingale nurses*) difundieron estándares de cuidado en hospitales de varios países.

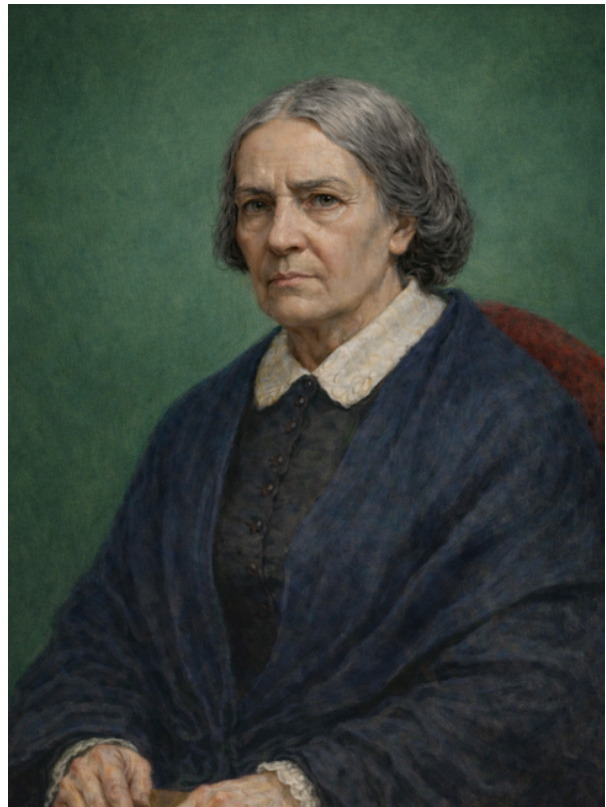
Nightingale también es reconocida como la primera enfermera investigadora: aplicó métodos estadísticos al estudio de la morbilidad y la eficacia de los cuidados, introduciendo gráficos de áreas para comunicar resultados de salud al gobierno británico. Su obra *Notes on Nursing* (1859) fue pionera al conceptualizar la enfermería como ciencia de la salud enfocada en modificar el entorno para facilitar la recuperación del paciente.

- En la segunda mitad del siglo XIX, el rápido desarrollo científico-técnico y la especialización médica exigieron delimitar las funciones de cada profesional sanitario. En España, hasta entonces, los cuidados estaban a cargo de **practicantes** (hombres encargados de curas e intervenciones menores), matronas (mujeres dedicadas a la atención de partos) y religiosas o sirvientes para otras atenciones.

La Ley de Instrucción Pública de 1857 (Ley Moyano) reguló las profesiones sanitarias y estableció las condiciones para las enseñanzas de practicante y matrona, pero curiosamente no contempló un título específico de “enfermera”. No fue sino hasta 1915 cuando una Real Orden creó oficialmente el título de Enfermera en España, a instancias de la congregación de las **Siervas de María**, que ya formaba enfermeras desde finales del XIX.

- Los movimientos de reforma social y la incorporación de la mujer a la esfera pública también impulsaron la enfermería.

En España, figuras como **Concepción Arenal** abogaron desde 1860 por dignificar el papel de las cuidadoras y unificar en una sola titulación la de enfermera, practicante y matrona. Arenal propuso la creación de una escuela única de enfermería con currículo unificado, anticipándose a la fusión de roles que ocurriría un siglo después. Asimismo, la necesidad de atender guerras (Guerra de África 1859, Guerra Carlista) y epidemias estimuló la formación de personal sanitario de urgencia (damas enfermeras de la Cruz Roja, voluntarios).



En esta **etapa técnica** se empezaron a reconocer internacionalmente a las enfermeras laicas como fuerza de trabajo necesaria. Hacia finales del XIX, en países anglosajones, ya existían varias escuelas de enfermería hospitalarias siguiendo el modelo **Nightingale**, lo que sentó las bases de la **profesionalización** formal de la enfermería.

La etapa profesional del cuidado (Siglo XX y XXI)

La cuarta etapa histórica corresponde a la consolidación de la enfermería como profesión autónoma, con conocimientos propios y un rol definido dentro del sistema sanitario. Varios factores marcaron este proceso a lo largo del siglo XX:

- **Avances conceptuales en salud y persona:** Las concepciones filosóficas y sociológicas sobre qué es la salud, la enfermedad y la persona cambiaron radicalmente. Se

pasó de entender la salud meramente como ausencia de enfermedad a valorarla como bienestar integral (físico, mental, social), lo que amplió el campo de acción de la enfermería más allá de la curación, hacia la prevención y la promoción de salud.

La persona empezó a verse en su dimensión holística, activa en su propio cuidado, en línea con teorías humanistas que influirían en la enfermería.

- **Asociacionismo profesional:** La organización de las enfermeras en asociaciones y colegios fortaleció la identidad profesional y la defensa de sus intereses. A nivel internacional, se fundó en 1899 el **Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)**, que desde entonces agrupa asociaciones de enfermería de numerosos países.

El **CIE** ha sido clave en establecer un **código deontológico internacional** y promover estándares de formación y práctica. En España se crearon los Colegios Oficiales de practicantes (1912) y se ampliaron en 1928 para incluir enfermeras tituladas, integrándose posteriormente todos los títulos sanitarios en un Colegio único de “Auxiliares Sanitarios” en 1944. En 1977, al elevarse la titulación de enfermería a rango universitario, se fundó el **Consejo General de Colegios de Enfermería de España**, reforzando la colegiación obligatoria y la regulación ética de la práctica.

- **Desarrollo de la formación reglada:** Uno de los hitos más importantes fue la integración de la enseñanza de enfermería en el sistema educativo formal.

En España, tras la unificación de estudios de enfermera, practicante y matrona en el título de **Ayudante Técnico Sanitario (ATS)** en 1953, surgió la necesidad de elevar el nivel académico. La Ley General de Educación de 1970 determinó que la formación de ATS debía impartirse en la universidad o equivalentes. Mediante **el Real Decreto 2128/1977**, las escuelas de ATS pasaron a ser Escuelas Universitarias de Enfermería, con un programa de 3 años (diplomatura) y más de 4.500 horas, incorporando nuevas asignaturas antes ausentes (salud pública, ética, administración, investigación).

En 1980 se ofreció un curso de nivelación para que los ATS en ejercicio obtuvieran el título de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE).

A partir del Espacio Europeo de Educación Superior (Proceso de Bolonia, 1999), la diplomatura se transformó en **Grado en Enfermería** (título de grado universitario de 4 años) equiparable internacionalmente y necesario para acceder a posgrados (máster, doctorado).

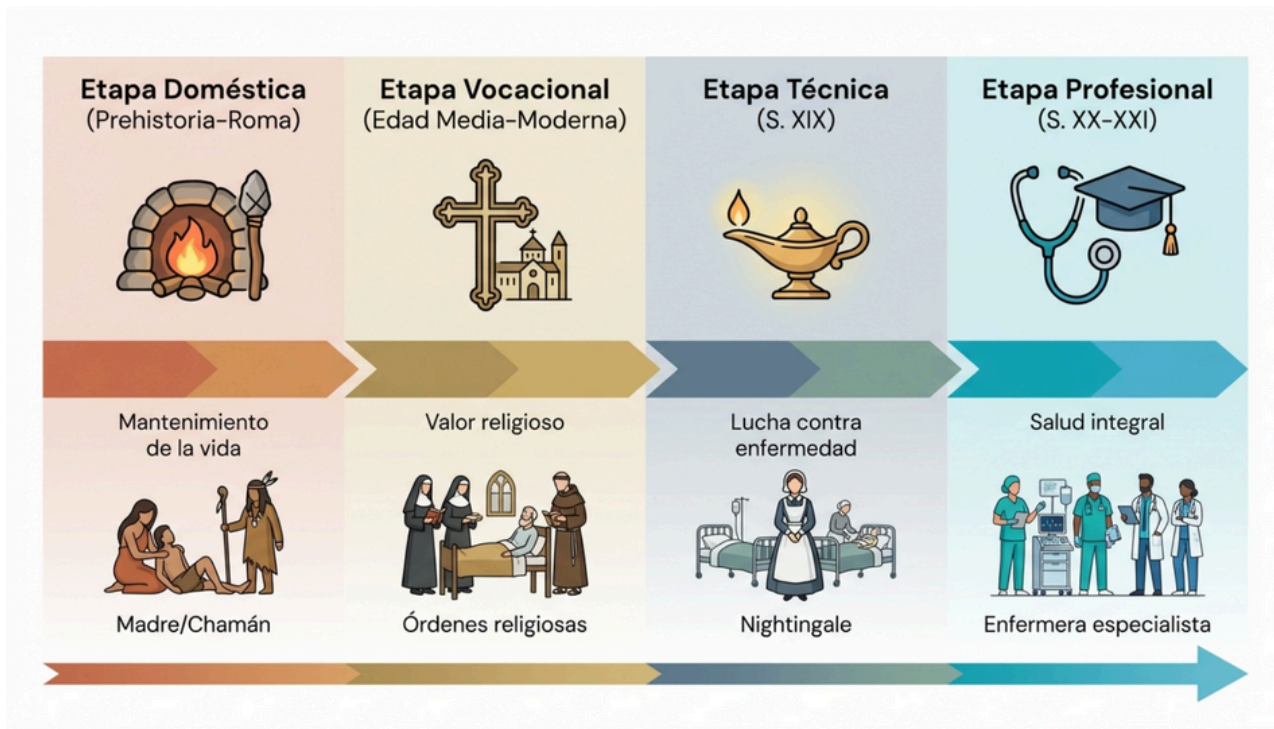
Esto culminó en 2007 con la incorporación plena de los estudios de enfermería en la universidad española como grado, subrayando su carácter científico e igualándola a otras profesiones sanitarias en nivel académico.

- **Especialización y desarrollo posgraduado:** Con el reconocimiento profesional vino la creación de especialidades de Enfermería para áreas concretas. En España, el **Real Decreto 450/2005** reguló siete especialidades (Matrona, Salud Mental, Geriatria, Enfermería del Trabajo, Familiar y Comunitaria, Pediatría, y Médico-Quirúrgica), lo que implica formación de enfermeros especialistas vía EIR (Enfermero Interno Residente). También se estableció la posibilidad de doctorarse en enfermería (el primer programa de doctorado en enfermería en España inició en los 1990s, pero fue con Bolonia que todos los grados habilitaron al doctorado).

- **Reconocimiento social y campañas globales:** La aportación de la enfermería a la salud pública empezó a visibilizarse más. En 2020, coincidiendo con el bicentenario de Nightingale, la OMS declaró el *Año Internacional de la Enfermera y la Matrona*, y junto con el CIE impulsó la campaña **Nursing Now** para empoderar a las enfermeras y mejorar su liderazgo en las políticas sanitarias. Esto refleja cómo al entrar en el siglo XXI la enfermería es entendida ya no solo como una ocupación auxiliar, sino como una profesión esencial para afrontar los retos de salud global (envejecimiento poblacional, enfermedades crónicas, promoción de la salud comunitaria, etc.), con voz propia en los equipos multidisciplinares.

En síntesis, a lo largo de estas etapas, la enfermería pasó de ser una labor instintiva y doméstica, asociada al rol tradicional femenino, a constituirse en una **profesión sanitaria autónoma**, con educación universitaria, marco ético-legal, asociaciones profesionales e investigación científica propia. Esta evolución histórica sienta las bases sobre las que se articulan los fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería actual.

Evolución histórica del cuidado enfermero



Cronología de las cuatro etapas del cuidado enfermero: desde los cuidados de supervivencia en la prehistoria hasta la profesionalización universitaria actual.

2

La enfermería como disciplina y profesión

DISCIPLINA CIENTÍFICA Y PROFESIÓN ENFERMERA

La **enfermería** se compone de dos dimensiones intrínsecamente ligadas pero diferenciadas: **la disciplina y la profesión**.

La **disciplina** enfermera es el cuerpo de **conocimientos** científicos propios de la enfermería, desarrollado mediante teoría e investigación, mientras que la **profesión** enfermera es el **ejercicio práctico** de esos conocimientos en un servicio específico a la sociedad. Para el progreso integral de la enfermería, teoría y práctica deben retroalimentarse: *“la teoría sin práctica está vacía y la práctica sin teoría es ciega”*.

Como **disciplina científica**, la enfermería posee una perspectiva teórica única orientada al cuidado de la salud. Sus conocimientos se organizan de forma sistemática, utilizan el método científico adaptado a su objeto de estudio, y se expresan en un lenguaje propio de la ciencia. Esto significa que la **disciplina enfermera** define qué fenómenos estudia (por ejemplo, las respuestas humanas a problemas de salud) y cómo los estudia (enfoques cualitativos, cuantitativos, etc.), construyendo un **marco conceptual** distinto al de otras disciplinas.

Por otro lado, la profesión enfermera se caracteriza por ofrecer un servicio social específico: la atención de cuidados a las personas en sus procesos de salud/enfermedad, sustentada en un conocimiento amplio y especializado. Una profesión se distingue por su autonomía, su **código ético** y su compromiso con la sociedad, y la enfermería ha ido cumpliendo estos criterios a medida que desarrolló su propio saber y obtuvo reconocimiento legal.

Disciplina (La Ciencia)	Profesión (La Práctica)
<p>Definición: Es el cuerpo de conocimientos científicos propios, generado a través de la investigación y el desarrollo de teorías.</p>	<p>Definición: Es el ejercicio práctico de esos conocimientos para prestar un servicio específico a la sociedad.</p>
<p>Objetivo: Su meta es desarrollar, organizar y expandir el conocimiento teórico que sustenta el cuidado de la salud.</p>	<p>Objetivo: Su meta es aplicar el conocimiento especializado para atender las necesidades de salud de las personas.</p>
<p>Atributos Clave: Se define por su marco conceptual, su método científico y su lenguaje técnico propio.</p>	<p>Atributos Clave: Se distingue por su autonomía, un código ético riguroso y un compromiso de servicio con la sociedad.</p>

Para que la enfermería alcanzara estatus profesional, fue necesario tanto generar un **cuerpo teórico independiente** (crear su “propia ciencia”) como demostrar su utilidad social. En este sentido, la enfermería profesional ha logrado definir un ámbito de actuación diferenciado de otras profesiones (centrado en el cuidado holístico de la persona) y unas competencias exclusivas (intervenciones de cuidado autónomas).

A la vez, por ser una práctica eminentemente humana, la enfermería evoluciona mediante la combinación de conocimiento **teórico** y experiencia **práctica** reflexionada.

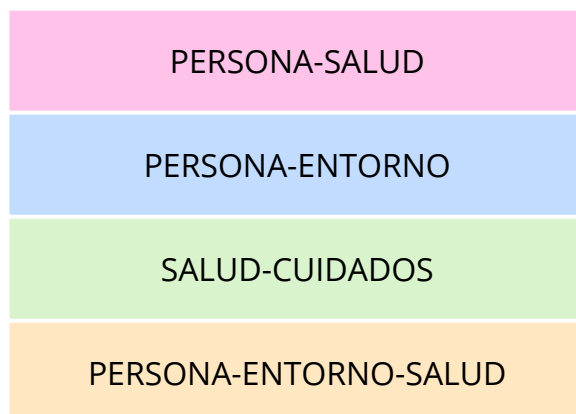
CONSTRUCCIONES TEÓRICAS: METAPARADIGMA Y MODELOS CONCEPTUALES

Un paso crucial en la consolidación de la enfermería como disciplina fue la construcción de marcos teóricos propios.

El conjunto más amplio y abstracto de conceptos que define la perspectiva enfermera es el **metaparadigma de la enfermería**. Este metaparadigma identifica cuatro conceptos fundamentales que toda teoría enfermera debe abordar: **persona**, **salud**, **entorno** y **cuidados** (enfermería). Según **Jacqueline Fawcett**, estos cuatro elementos constituyen el núcleo de la disciplina enfermera y en torno a ellos se han desarrollado numerosos modelos y teorías. En términos generales:

PERSONA	Persona (o paciente) es el ser humano receptor de los cuidados, considerado de forma integral (individuo, familia o comunidad)
SALUD	Salud se refiere al grado de bienestar o capacidad funcional de la persona, no solo la ausencia de enfermedad sino un continuo dinámico.
ENTORNO	Entorno abarca el contexto en el que la persona existe, incluyendo factores físicos, sociales, culturales y ambientales que influyen en su salud.
CUIDADOS (ENFERMERÍA)	Cuidados de enfermería (Cuidado/Caring) es la labor que realiza la enfermera, las acciones y relaciones mediante las cuales ayuda a la persona a mantener o recuperar la salud.

Estos conceptos metaparadigmáticos están **interrelacionados**. La **Dra. Hernández-Conesa** propone que entre persona, salud, entorno y cuidados se establecen relaciones fenomenológicas:



Tales relaciones indican que, para comprender una situación de cuidado, la enfermera considera cómo la **persona** percibe su **salud**, cómo el **entorno** afecta a la **persona**, cómo los cuidados influyen en la salud en ese entorno. El **metaparadigma** sirve, por tanto, como **marco general** que da sentido y orientación a cualquier modelo teórico en enfermería.

Dentro de ese marco amplio, **los modelos conceptuales** ofrecen representaciones más específicas y ordenadas de la realidad del cuidado. Un **modelo conceptual** de enfermería describe de manera **abstracta** cómo se conciben los elementos del metaparadigma y sus relaciones, proponiendo un ideal de qué es la enfermería y cómo debería practicarse. Los modelos son, en cierta forma, **estructuras conceptuales** previas al desarrollo de teorías más concretas. Suelen componerse de definiciones de los conceptos clave (persona, salud, entorno, rol de la enfermera) y de supuestos o postulados sobre la interacción de dichos conceptos.

Es importante destacar que los modelos deben ser validados mediante la práctica y la investigación. Como señalan las fuentes, un **modelo teórico** alcanza su verdadero significado cuando se aplica y comprueba en el cuidado real.

La utilización de modelos aporta varias ventajas:

- **Definen la identidad profesional:** ayudan a delimitar qué hacen las enfermeras y en qué se distinguen de otros profesionales.
- **Guían la práctica:** proveen un marco para planificar la intervención enfermera, evitando improvisaciones y garantizando integralidad en la atención.
- **Organizan la enseñanza y la investigación:** sirven de base para currículos de formación y para generar hipótesis de investigación en enfermería.
- **Facilitan la comunicación profesional:** al emplear un lenguaje y referencias comunes (por ejemplo, hablar de “**modelo de autocuidado de Orem**” o “**modelo de adaptación de Roy**”), las enfermeras comparten un entendimiento sobre la aproximación al cuidado.

Finalmente, **las teorías enfermeras** son formulaciones más concretas derivadas de modelos o de la observación clínica sistemática. Se componen de **conceptos** y **proposiciones** que describen o explican **fenómenos** específicos de enfermería, con el objetivo de *predecir* resultados o *prescribir* acciones.

A diferencia de los modelos (más globales y abstractos), las teorías suelen centrarse en **aspectos delimitados** (teoría del afrontamiento ante la enfermedad crónica, teoría del confort) y ofrecen guías más directas para la actuación en esas situaciones.

En resumen, **la construcción teórica** en enfermería ha ido desde conceptos muy generales (**metaparadigma**), pasando por modelos integrales del cuidado, hasta **teorías específicas**. Este andamiaje teórico ha dotado a la enfermería de una base científica propia y ha enriquecido la práctica con múltiples enfoques para entender y atender a las personas.

CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS ENFERMERAS

Dada la proliferación de modelos y teorías en el siglo XX, diversos autores han propuesto maneras de clasificarlos. Uno de los sistemas más citados es el de **Suzanne Kérouac et al.**, que identifica tres grandes paradigmas enfermeros interpretativos bajo los cuales se agrupan las teorías:

- **Paradigma de categorización:** agrupa modelos centrados en descomponer la realidad en necesidades o problemas, de influencia **positivista**. Corresponde a visiones en las que la salud se concibe principalmente como ausencia de enfermedad y las intervenciones se focalizan en corregir problemas aislados. Un enfoque de categorización clásico es el de **Florence Nightingale**, que ponía énfasis en modificar categorías del entorno (higiene, ventilación, etc.) para obtener salud. También los modelos de **necesidades básicas (Henderson)** caen en esta categoría, al listar componentes de cuidado por separado. En estos casos, la persona podía llegar a ser reducida a sus partes o a su enfermedad, asumiendo un rol relativamente pasivo en el cuidado.
- **Paradigma de integración:** engloba modelos que consideran a la persona como un todo **integrado** y destacan la **interrelación** entre los distintos aspectos de la vida y la salud. En este paradigma, la enfermería busca armonizar las interacciones entre persona, entorno y sistema de salud. Muchos modelos de mediados del siglo XX entran aquí: por ejemplo, el modelo de adaptación de **Callista Roy** o el modelo de sistemas de **Betty Neuman**. Se reconoce a la persona como centro del cuidado, activa y con capacidad de participación en su proceso.
- **Paradigma de transformación:** incluye teorías de enfoque **holístico** y unitario, que ven a la persona y su entorno en proceso constante de mutua **transformación**. Aquí se ubican modelos inspirados en corrientes humanistas, fenomenológicas y de sistemas abiertos, como el modelo de los **seres humanos unitarios** de **Martha Rogers** o la teoría del **caring** de **Jean Watson**.

En estas visiones, la persona es un ser único, irreducible, en continua interacción con un universo también dinámico; la enfermería se enfoca en procesos de **cambio**, en la experiencia vivencial del cuidado y en la coparticipación de enfermera y paciente en un proceso de salud compartido.

Paradigmas del pensamiento enfermero (Clasificación de Kérouac)

Dimensiones	Categorización 1850-1950	Integración 1950-1975	Categorización 1975-presente
Foco del cuidado	Orientación hacia la salud pública y la enfermedad . El cuidado se centra en controlar el entorno y los déficits.	Orientación hacia la persona . El foco es ayudar al individuo a mantener su salud y actuar donde él no puede.	Orientación hacia la experiencia humana y el mundo. El cuidado trasciende lo físico, buscando armonía y bienestar.
Visión de la persona	Rol pasivo Un ente divisible en partes (órganos, sistemas). La 'persona es la suma de sus componentes.	Rol activo Un ser biopsicosocial e integrado. Interactúa con el entorno y participa en su recuperación.	Co-participante Un ser único, indivisible e irreducible . En interacción mutua y simultánea con el universo.
Concepto de salud	Salud = Ausencia de enfermedad . Equilibrio de factores físicos y ambientales	Salud como ideal y capacidad de adaptación. Bienestar integral (físico, mental y social).	Salud como valor y proceso . Evolución de la conciencia y armonía energética.
Teóricas clave	<ul style="list-style-type: none"> • Florence Nightingale (Entorno) • Virginia Henderson (14 necesidades) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dorothea Orem (Autocuidado) • Callista Roy (Adaptación) • Hildegard Peplau (Interrelación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Martha Rogers (Ser unitario) • Jean Watson (Cuidado humano) • R. Rizzo Parse (Desarrollo humano)

Otra manera de categorizar fue propuesta por autores como **A. Benavent**, quien describió **cuatro orientaciones** históricas del cuidado enfermero basadas en el fenómeno predominante:

- **El entorno:** ejemplificada por Nightingale, con énfasis en el ambiente sanitario.
- **La enfermedad:** influida por la medicina, centrada en combatir la patología.
- **La persona:** foco en las necesidades y características del individuo; la enfermería se personaliza, el paciente asume un rol activo.
- **La interacción persona-entorno:** aproximación holística, integradora, considerando indisoluble la relación de la persona con su contexto (sería la visión más moderna, coherente con los paradigmas de integración o transformación).

Asimismo, **Kérouac** definió escuelas de pensamiento enfermero que a veces se corresponden con grupos de teóricos afines: la escuela de las **necesidades** (**Henderson, Orem, Abdellah**), la escuela de la **interacción** (**Peplau, Travelbee, King**), la escuela de los **cuidados humanistas o transculturales** (**Watson, Leininger**), la escuela de **los sistemas** (**Roy, Neuman, Johnson**).

Estas categorías ayudan a entender las afinidades entre teorías, aunque muchas comparten elementos de más de un paradigma.

Otra clasificación de referencia es la de **Marriner-Tomey** y **Alligood**, quienes en la obra **Modelos y teorías en enfermería** analizaron las **51 teorías** enfermeras más importantes, evaluándolas con criterios de *claridad, simplicidad, generalidad, precisión empírica y consecuencias útiles*. Este análisis cualitativo permite apreciar, qué teorías son más sencillas y fáciles de aplicar (simplicidad), cuáles tienen mayor alcance (generalidad), cuáles encajan mejor con evidencias observables (precisión empírica) y qué impacto han tenido en la **práctica** o la **investigación** (consecuencias deducibles). Se trata de un abordaje meta-teórico para juzgar la calidad de las teorías en sí mismas.

En definitiva, las clasificaciones ayudan a ordenar la diversidad teórica de la enfermería. No obstante, muchas teorías se solapan en varias categorías. Lo relevante para los fundamentos de enfermería es reconocer las características generales de los **principales modelos y teorías**, así como ubicar cada uno en su **contexto paradigmático**.

PRINCIPALES MODELOS Y TEORÍAS ENFERMERAS

A continuación se presentan, de manera sintetizada, algunas de las teorías y modelos más influyentes en los Fundamentos de Enfermería, desarrollados mayoritariamente a lo largo del siglo XX. Cada modelo teórico proporciona una visión particular del objeto de cuidado y ha aportado conceptos que enriquecen la práctica enfermera actual:

Teoría del entorno – Florence Nightingale (1859)

Considerada la pionera de la enfermería moderna, Nightingale sentó las bases de la teoría **ambiental**. Su planteamiento central es que la salud del paciente está fuertemente influida por el **entorno** (condiciones ambientales y contextuales). Definió la salud como la sensación de **bienestar** y la capacidad de usar plenamente todas las facultades que tiene una persona, mientras que la enfermedad la interpretó como un proceso **reparador** que la naturaleza impone cuando existen condiciones desfavorables.

En su obra *Notas sobre enfermería*, Nightingale argumentó que la enfermería tiene “un conocimiento distinto del conocimiento médico” y que su rol es situar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él. Identificó factores ambientales concretos a gestionar: aire puro, agua limpia, calor, luz, higiene, tranquilidad, dieta adecuada. Según Nightingale, la enfermera debe modificar esos elementos del entorno para favorecer la recuperación del paciente. Sus prácticas durante la Guerra de Crimea (mejora de la ventilación, aseo, alimentación, evitar ruidos innecesarios durante el sueño, etc.) ilustraron su teoría. Además, enfatizó la importancia de la observación rigurosa y la recolección de datos (precursora del método científico en enfermería). En la clasificación **paradigmática**, Nightingale suele inscribirse en el paradigma de categorización, ya que descompuso el cuidado en componentes ambientales medibles y controlables. Sus palabras clave: **entorno** y **higiene**, y su legado fue mostrar que las intervenciones de enfermería pueden influir directamente en los resultados de salud al modificar condiciones externas.

Teoría de las necesidades humanas – Virginia Henderson (1955)

Es conocida por su definición clásica de enfermería y por enumerar las **14 necesidades** humanas básicas que la enfermería debe ayudar a satisfacer. Estas necesidades fundamentales abarcan desde **necesidades fisiológicas** (respirar, beber y comer adecuadamente, eliminar desechos, moverse y mantener posturas, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene e integridad de la piel) hasta **necesidades psicológicas** y **sociales** (evitar peligros ambientales, comunicarse, vivir según sus valores/creencias, ocuparse en trabajo o actividades productivas, recrearse, y aprender o descubrir).

14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás.
11. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.
12. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores.
13. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización.
14. Participar en actividades recreativas

Aclaró que “necesidad básica” no implica necesariamente carencia, sino que son **requisitos vitales** que deben mantenerse cubiertos para conservar la salud. En su visión, el equilibrio físico y emocional son inseparables (cuerpo y mente, individuo y familia forman una unidad), y la salud requiere tanto fortaleza física como independencia psicológica.

El aporte central de **Henderson** es concebir la enfermería como **la asistencia al individuo en aquellas necesidades que no puede satisfacer por sí mismo.**

Definió la función de la enfermera como *“ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario” (definición de 1955 aceptada luego por el CIE).*

La meta es lograr la mayor **independencia** del paciente lo antes posible. Henderson subrayó que la falta de fuerza, conocimiento o voluntad por parte de la persona puede llevar a dependencia, justificando la intervención de la enfermera. Clasificó el rol enfermero en tres niveles de relación con el paciente:

SUSTITUTA DEL PACIENTE
La enfermera actúa en lugar del paciente cuando este no puede valerse por sí mismo.
AYUDANTE/COLABORADORA
La enfermera asiste al paciente en lo que él no puede hacer solo, trabajando en conjunto
COMPAÑERA
La enfermera acompaña y apoya, fomentando la independencia del paciente.

Estas **tres categorías** describen el grado de dependencia del paciente y la correspondiente función de la enfermera.

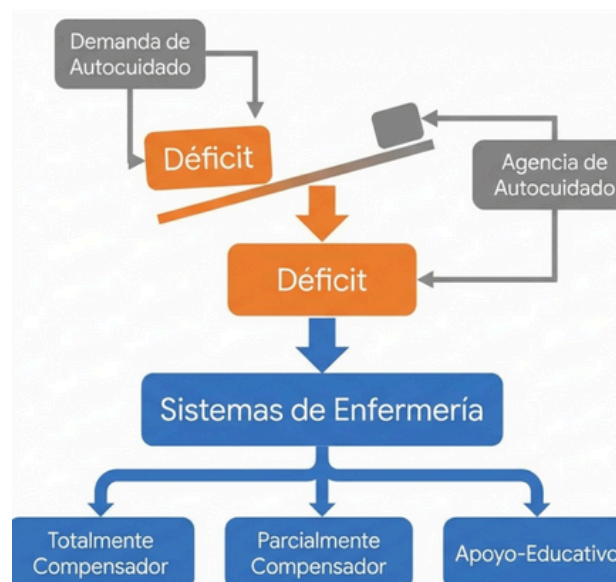
Su teoría de las 14 necesidades, pertenece a las teorías de categorización en cuanto descompone el cuidado en elementos (necesidades) a evaluar y atender uno por uno. Sus palabras clave son **necesidad e independencia** del paciente. Este enfoque de necesidades se convirtió en un marco práctico muy utilizado: muchas valoraciones enfermeras iniciales se organizan según las **14 necesidades de Henderson**.

Teoría del autocuidado – Dorothea Orem (década 1960)

Orem elaboró una teoría general de enfermería conocida como **Teoría del autocuidado**, que se compone a su vez de tres teorías relacionadas: la teoría del *autocuidado*, la teoría del *déficit de autocuidado* y la teoría de los *sistemas de enfermería*. En conjunto, estas explican cuándo y por qué se necesita la enfermería.

- **La teoría del autocuidado:** plantea que los individuos tienen la capacidad (**agencia de autocuidado**) y el deber de realizar por sí mismos aquellas actividades necesarias para mantener su vida, salud y bienestar. **Orem** identificó *requisitos de autocuidado* universales (comunes a todos, semejantes a necesidades básicas: ingerir alimentos, agua, eliminar desechos, equilibrar actividad y descanso, prevenir peligros), requisitos de desarrollo (asociados a etapas evolutivas o eventos vitales) y requisitos derivados de desviaciones de la salud (necesidades adicionales cuando se padece una enfermedad). El **autocuidado**, idealmente, debería ser realizado de forma deliberada por cada persona para mantenerse sana.

- **La teoría del déficit de autocuidado:** aparece una demanda para la enfermería cuando la persona no puede satisfacer sus requisitos de autocuidado por **limitaciones** o **incapacidad**. Es decir, cuando las *habilidades de autocuidado* de la persona son insuficientes en relación con lo que necesita, se genera un déficit que otra persona (la enfermera) debe compensar para mantener la salud o recuperarla. En términos de la teoría, el déficit es la brecha entre la *demanda de autocuidado terapéutico* (todas las acciones de autocuidado requeridas en determinada situación) y la *agencia de autocuidado* de la persona (su capacidad actual para llevarlas a cabo).



- **La teoría de los sistemas de enfermería:** describe cómo interviene la enfermera para suplir o apoyar el autocuidado del paciente. Orem definió tres tipos de sistemas de cuidado enfermero:

SISTEMA DE COMPENSACIÓN TOTAL

La enfermera provee todo el autocuidado requerido porque el paciente es incapaz (por ejemplo, un paciente inconsciente)

SISTEMA DE COMPENSACIÓN PARCIAL

La enfermera y paciente comparten la realización de actividades de autocuidado, cada uno aportando en aquello que puede (por ejemplo, un paciente postquirúrgico que puede alimentarse pero necesita ayuda para bañarse).

SISTEMA DE APOYO-EDUCACIÓN

El paciente puede y quiere realizar su autocuidado, solo necesita asistencia en forma de orientación, enseñanza o apoyo psicológico por parte de la enfermera.

Introdujo además conceptos específicos como **cuidado dependiente** (las actividades de cuidado que una persona realiza en beneficio de otra que es dependiente), y delineó factores condicionantes que influyen en el **autocuidado** (edad, género, estado de salud, contexto familiar). Su teoría otorga a la enfermería un rol de “**agente compensador**” que planifica y actúa para que el paciente logre satisfacer sus necesidades, ya sea haciéndolo en su lugar, ayudándole o enseñándole a hacerlo.

Las palabras clave de **Orem** son **autocuidado** y **déficit de autocuidado**. Su teoría es considerada dentro del paradigma de **integración**, pues ve a la persona como un todo que debe integrarse con su entorno mediante el cuidado propio, y a la enfermera como integradora de las acciones necesarias cuando la persona no alcanza ese cuidado por sí misma.

La teoría de **Orem** ha sido muy influyente: la **terminología** de *déficit de autocuidado* aparece en diagnósticos enfermeros y la **clasificación** de los *sistemas de enfermería* clarificó la extensión de la función enfermera en diferentes escenarios de dependencia del paciente.

Modelo de las relaciones interpersonales – Hildegard Peplau (1952)

Peplau desarrolló el primer modelo teórico de enfermería centrado en la importancia de la relación enfermera-paciente. Su trabajo surgió en el contexto de la enfermería psiquiátrica, pero sus conceptos se generalizaron a toda situación de cuidado. Peplau definió la enfermería como un **proceso interpersonal terapéutico** en el cual la enfermera asiste al individuo a vivir más saludablemente.

Este proceso interpersonal se estructura en cuatro fases bien delimitadas:

ORIENTACIÓN
El paciente percibe una necesidad de ayuda y la enfermera establece el contacto inicial, aclarando su rol. Se genera confianza inicial y se identifica el problema a abordar.
IDENTIFICACIÓN
El paciente comienza a sentirse comprendido y aceptado. Colabora activamente con la enfermera, identificando sus sentimientos acerca del problema y las metas a lograr.
EXPLOTACIÓN
Es la fase de trabajo activo, donde el paciente aprovecha todos los recursos ofrecidos por la enfermera y otros servicios de salud. La enfermera adopta roles de guía, maestra, apoyo, según lo necesite el paciente.
RESOLUCIÓN
Se produce cuando las necesidades del paciente han sido satisfechas en mayor medida. Se disuelve gradualmente el vínculo terapéutico; el paciente se independiza del apoyo intensivo de la enfermera y emerge con nuevas habilidades o entendimientos.

El **modelo de Peplau** aportó la idea de que la comunicación y la dinámica interpersonal son herramientas fundamentales del cuidado.

La enfermera no es solo alguien que realiza procedimientos técnicos, sino una participante activa en un proceso psicológico con el paciente.

Este modelo, claramente encuadrado en el paradigma **integrativo** o de **interacción**, sentó las bases para áreas como la enfermería de salud mental, la educación sanitaria (relación de ayuda) y, en general, para el desarrollo de habilidades de comunicación terapéutica en enfermería.

Modelo del ser humano unitario – Martha Rogers (1970)

Propuso una visión extremadamente innovadora y **abstracta** de la enfermería, con fundamentos en teorías de **campos energéticos** y de **sistemas abiertos**. Su *Science of Unitary Human Beings* (Ciencia del Ser Humano Unitario) considera a la persona como un campo de energía irreducible en interacción continua con el campo de energía del entorno. Algunos conceptos claves:

- **Campos de energía:** tanto las personas (campo humano) como el entorno (campo ambiental) son campos energéticos abiertos, infinitos y pandimensionales (más allá de las tres dimensiones clásicas más el tiempo).
- **Patrones:** cada campo de energía posee un patrón único, que es la manifestación observable de la interacción dinámica de sus partes. En el ser humano, los patrones se reflejan en su conducta, sus biomanifestaciones, etc., integrando su totalidad.
- **Pandimensionalidad:** Rogers habla de una realidad tetradimensional, no lineal, en la que el espacio y el tiempo se funden en una cuarta dimensión, de modo que los eventos son producto de resonancias y ritmos en los campos de energía.

Establece principios de **homeodinámica** para explicar los cambios en los campos humanos:

- **Integralidad:** el campo humano y el campo ambiental están en un proceso mutuo constante; ninguno actúa unilateralmente sobre el otro, sino que coevolucionan juntos.
- **Resonancia:** la vida es un proceso de variación continua en las ondas de energía; la salud y la conducta son manifestaciones de patrones de onda que fluctúan en frecuencia y amplitud.
- **Helicidad:** el cambio es irreversible y no repetitivo, siguiendo una trayectoria en espiral abierta (siempre única para cada ser), lo que implica que cada persona evoluciona de manera distinta en interacción con su entorno.

En términos prácticos, el modelo de **Rogers** implica que la enfermería busca promover la *armonía* del campo de energía de la persona. Intervenciones enfermeras rogerianas incluyen enfoques no invasivos como la *terapia de toque terapéutico*, la música, la meditación, concebidos para sincronizar positivamente los patrones energéticos del paciente con su entorno.

Rogers representó el paradigma de **transformación**: ve al ser humano de forma **holística** y **unitaria**, más que la suma de partes, inseparable de su entorno, y sugiere que la enfermería actúa a nivel de intercambio de energía, no solo en aspectos físicos o emocionales aislados. Su modelo es complejo, pero inspiró posteriores teorías sobre cuidados **holísticos** y enfoques de curación complementaria.

Teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural – Madeleine Leininger

Introdujo la dimensión cultural en la teoría enfermera a través de la *Enfermería Transcultural*. Su teoría plantea que los cuidados de enfermería deben ser culturalmente congruentes con los valores, creencias y prácticas del paciente. Reconoce que el significado y las formas del “cuidar” varían entre **culturas**, pero hay aspectos universales (todos los seres humanos tienen la necesidad de cuidados) y aspectos diversificados (cada cultura tiene expresiones propias de cuidar).

Define el concepto de **Cuidado Cultural** y propone que para brindar un cuidado de calidad, la enfermera debe realizar una *evaluación cultural* (conocer la cultura del paciente) y luego planificar la atención teniendo en cuenta esa cultura.

Estableció tres modos de acción enfermera en relación con la cultura:

- **Preservación o mantenimiento cultural:** apoyar, facilitar o preservar aquellas prácticas y valores culturales del paciente que sean beneficiosos para su salud o neutrales.
- **Adaptación o acomodación cultural:** negociar ajustes en las prácticas culturales del paciente cuando alguna pueda ser perjudicial o interfiera con la terapia, buscando un término medio.
- **Reestructuración o repatrón cultural:** modificar o reordenar significativamente prácticas de cuidado que son culturalmente arraigadas pero nocivas, introduciendo nuevas formas más saludables sin irrespetar a la cultura.

Leininger enfatizó que la enfermería tiene que incorporar el conocimiento antropológico. Sus palabras clave son **cuidado cultural** y **transculturalidad**. Esta teoría se ubica dentro del paradigma más humanista, a caballo entre **integración** y **transformación**, pues considera al ser humano en su contexto cultural (integración) y reconoce la unicidad de cada cultura en la construcción de la salud (transformación).

Modelo de adaptación – Callista Roy (1976)

Sor Callista Roy creó un modelo de enfermería inspirado en la teoría general de sistemas y en la psicología adaptativa. Ve al paciente como un **sistema adaptativo** que constantemente recibe estímulos y responde adaptándose para mantener la integridad.

El modelo de Roy describe un ciclo de **entrada – proceso de control – salida**:

- **Las entradas:** son los *estímulos* que afectan al individuo. Los clasifica en **focales** (inmediatos, los que más demandan la atención del individuo), **contextuales** (circunstancias de fondo que influyen, aunque no sean el foco principal) y **residuales** (factores indefinidos o del pasado cuyo efecto es especulativo).
- **El procesamiento interno:** se realiza mediante dos subsistemas de adaptación: el **subsistema regulador** (fisiológico, mecanismos neuro-endocrinos, respuestas automáticas) y el **subsistema cognitivo** (procesos psicológicos y sociales: percepción, procesamiento de la información, toma de decisiones). Estos mecanismos de coping interno trabajan para manejar los estímulos.
- **Las salidas:** son las respuestas adaptativas o no adaptativas del individuo.

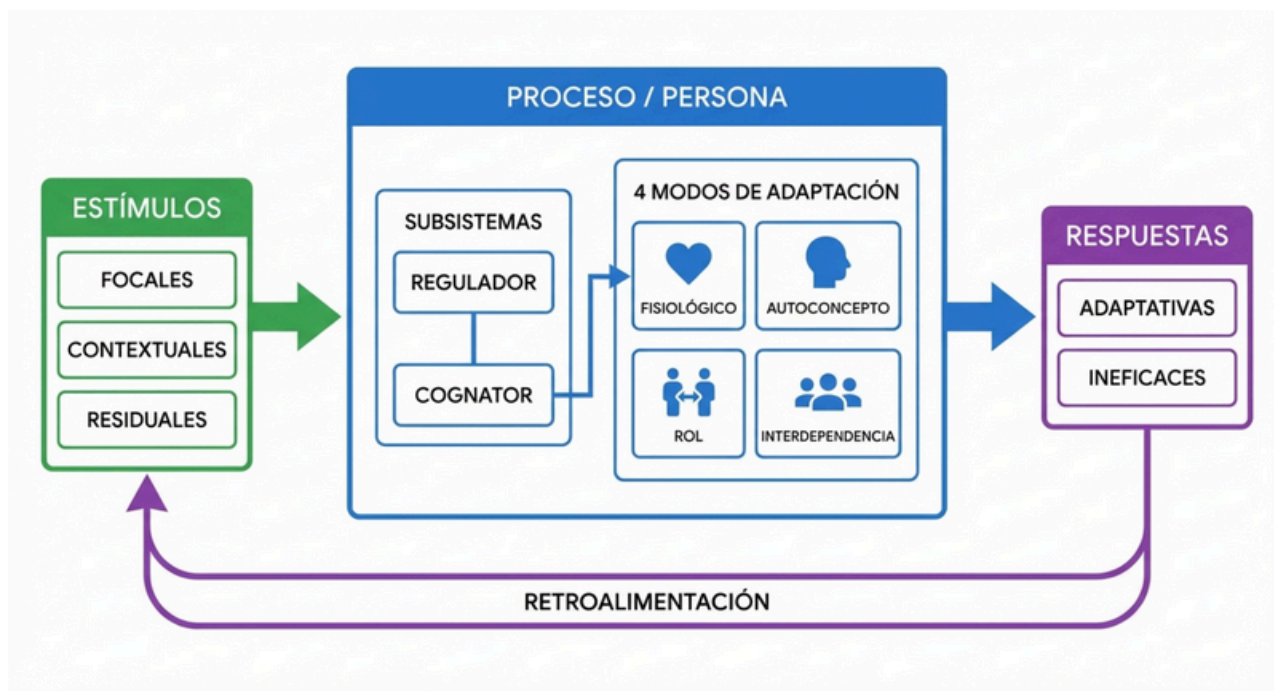
Roy identifica cuatro modos adaptativos en los que observar las respuestas: **el modo fisiológico-físico** (oxigenación, nutrición, eliminación, actividad, reposo, integridad física), **el modo auto-concepto** (sentimientos acerca de sí mismo, imagen corporal), **el modo rol** (cumplimiento de roles sociales) y **el modo interdependencia** (relaciones de dependencia). Cada respuesta se evalúa según si promueve la adaptación (respuestas adaptativas) o la dificultad (respuestas inefectivas).

La meta de la enfermería, según **Roy**, es promover **respuestas adaptativas** en los cuatro modos, manipulando los estímulos o fortaleciendo los mecanismos de adaptación.

Por ejemplo, ante el estímulo focal “dolor postoperatorio”, la enfermera puede actuar administrando analgesia (modificar estímulo) y brindando técnicas de afrontamiento (apoyar subsistema cognitivo) para lograr como salida que el paciente maneje el dolor sin ansiedad (respuesta adaptativa psicológica) y logre movilizarse lo necesario (respuesta adaptativa física).

El modelo de Roy se considera de **paradigma de integración**, ya que integra aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales y la enfermera interviene en la interacción individuo-entorno para fomentar adaptación. Sus conceptos clave incluyen estímulo, mecanismo adaptativo y modo adaptativo.

Ciclo del modelo de adaptación de Callista Roy



Esquema del sistema adaptativo humano según Roy: Procesamiento de estímulos a través de los subsistemas regulador y cognator.

Modelo de adquisición de habilidades – Patricia Benner (1984)

Estudió el proceso por el cual las enfermeras adquieren pericia clínica con la experiencia. Adaptó el modelo de Dreyfus de aprendizaje de habilidades situacionales a la enfermería, describiendo cinco niveles de competencia:

- **Principiante:** Enfermera sin experiencia clínica o recién graduada que sigue reglas y teorías al pie de la letra, enfocada en tareas discretas.
- **Principiante avanzado:** Tiene algo de experiencia y es capaz de reconocer patrones básicos o aspectos recurrentes en situaciones clínicas, aunque aún necesita apoyo en establecer prioridades.

- **Competente:** Alrededor de 2-3 años de experiencia en un área, la enfermera competente planifica sus cuidados con intencionalidad, es eficiente en organización y puede manejar cierta complejidad con confianza consciente.
- **Eficiente:** Posee una visión holística de las situaciones, percibe intuitivamente las prioridades, puede modificar sus planes en función de sutilezas contextuales, y necesita menos normas porque entiende mejor el cuadro general.
- **Experta:** Tras años de amplia experiencia, la enfermera experta ya no se basa en reglas analíticas para cada acción, sino que reacciona de forma casi instintiva y altamente certera a situaciones clínicas, identificando problemas y soluciones a partir de un entendimiento profundo y tácito de los casos.

Benner destacó que las enfermeras desarrollan conocimiento *clínico* (conocimiento clínico, saber práctico) que puede ser tan importante como el conocimiento teórico. Resaltó que la *experiencia* es un factor crucial en la evolución de la competencia: la socialización en la práctica y la reflexión sobre casos reales convierten al principiante en experto más efectivamente que la mera instrucción didáctica.

Cada etapa refleja un cambio cualitativo en cómo la enfermera ve al paciente y toma decisiones. Su modelo se considera un aporte pedagógico más que paradigma conceptual, pero es fundamental en Fundamentos de Enfermería porque ayuda a entender cómo se avanza de conocimientos teóricos a competencia clínica real.

Modelo de conservación – Myra Levine (1967)

Levine formuló el modelo de los principios de **conservación**, centrado en mantener la *integridad* de la persona. Propone que el objetivo de la enfermería es conservar la capacidad de adaptación ante la agresión de la enfermedad o el estrés, de modo que se preserve la totalidad e individualidad del paciente. Para ello definió cuatro principios de conservación:

- **Conservación de la energía:** mantener un balance adecuado entre la energía gastada y recuperada (asegurar descanso suficiente, nutrición adecuada, evitar esfuerzo excesivo).

- **Conservación de la integridad estructural:** mantener la integridad física del cuerpo (prevención de lesiones, protección de la piel y tejidos, cuidado de heridas).
- **Conservación de la integridad personal:** respetar y preservar la individualidad, autoestima y autonomía del paciente. La enfermera debe fomentar que el paciente sienta control y dignidad.
- **Conservación de la integridad social:** preservar las relaciones sociales significativas del paciente, su rol en la familia/comunidad y su cultura. Reconoce que el soporte social y la identidad social influyen en la salud.

Cuando una persona enfrenta un problema de salud, estos principios guían a la enfermera para minimizar el impacto: en un paciente postoperado, conservar la energía implicará agrupar cuidados para permitirle dormir, conservar la integridad estructural implicará técnicas asépticas en la herida, conservar la integridad personal significará involucrarlo en decisiones y explicarle los procedimientos para reducir ansiedad, y conservar la integridad social podría significar facilitar la comunicación con su familia durante la hospitalización.

El modelo de **Levine** se alinea con una visión integradora: considera los aspectos físicos, psicológicos y sociales en cada intervención. Sus palabras clave son **integridad** y **conservación**. Aportó a la enfermería una mirada orientada a la homeostasis y a la prevención del deterioro durante la enfermedad.

Teoría del cuidado humano (cuidado transpersonal) – Jean Watson (1979)

Watson desarrolló una filosofía y teoría del cuidado centrada en la dimensión **humanista** y **transpersonal**. Concibe a la enfermería como un arte y ciencia del cuidar que trasciende lo físico para incluir lo **emocional** y **espiritual**. **Watson** ve a la persona como un ser **holístico** compuesto de cuerpo, mente y alma, donde el cuidado toca esas tres esferas.

Propuso **diez elementos** denominados “Factores de Cuidado” que describen componentes esenciales de la relación de cuidado enfermera-paciente con un enfoque de amor y altruismo.

Algunos de estos factores son:

- Formación de un sistema de valores humanístico–altruista
- Inculcación de la Fe-Esperanza
- Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás
- Desarrollo de una relación de ayuda y confianza
- Promoción de la expresión de sentimientos (positivos y negativos)
- Uso del método científico para la resolución de problemas en la toma de decisiones de cuidado
- Promoción de la enseñanza–aprendizaje interpersonal
- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual
- Asistencia en la satisfacción de necesidades humanas
- Apertura a las dimensiones existenciales–fenomenológicas (espirituales) del cuidado

Watson enfatiza el concepto de “momento de cuidado transpersonal”: un encuentro auténtico enfermera-paciente en el que ambos son partícipes de una conexión humana que puede tener efectos curativos profundos.

La enfermera aporta intención (intencionalidad caritativa), presencia genuina, empatía y respeto a la dignidad y singularidad del otro. La meta no es solo curar la enfermedad sino *sanar* en un sentido amplio, incluyendo facilitar armonía interior, confort y potencial crecimiento del paciente incluso a través de la enfermedad.

La teoría de **Watson** se enmarca en una corriente humanista y transformativa. A diferencia de modelos más biológicos, Watson incorpora conceptos de la **psicología humanista** (Maslow, Rogers) y del **misticismo**. Sus palabras clave son **cuidado** (caring), **alma** y **transpersonal**. Su influencia se nota en la educación enfermera (valores de empatía, comunicación) y en áreas de cuidados paliativos, enfermería oncológica, donde el cuidar **compasivo** es central. **Watson** ayudó a devolver el énfasis del fundamento enfermero hacia el arte de cuidar, complementando la técnica con la dimensión relacional y espiritual.

Teoría de la promoción de la salud – Nola Pender (1982)

Pender desarrolló un modelo enfocado en el *comportamiento saludable* y la prevención de la enfermedad. Si bien su teoría se considera parte de la ciencia enfermera, tiene raíces en la psicología social. **Pender** propone que los individuos actúan para alcanzar un mayor bienestar y que la función de la enfermería es facilitar y motivar esos comportamientos de **promoción de la salud**. Su modelo identifica factores que influyen en la probabilidad de que una persona adopte conductas saludables, como:

- **La percepción** de beneficios de la acción preventiva.
- **Las barreras percibidas** (costes, inconvenientes).
- **La autoeficacia** (confianza en poder llevar a cabo la acción).
- **La influencia interpersonal** (apoyo de familia, profesionales) y **situacional** (factores ambientales).
- **Las características personales** (biológicas, psicológicas, socioculturales).

Basándose en **Bandura** (teoría **sociocognitiva**) y en teorías **motivacionales**, **Pender** sugiere que la intervención enfermera se centre en educación para la salud: aumentar el conocimiento del paciente sobre cómo cuidarse, reforzar sus creencias de eficacia (empoderamiento) y propiciar una reestructuración del entorno para que las elecciones saludables sean más fáciles. Por ejemplo, en prevención cardiovascular, la enfermera enseñará sobre dieta y ejercicio, ayudará al paciente a fijar metas realistas, identificará obstáculos (trabajo, costes) y buscará soluciones, involucrará a la familia para apoyo.

La originalidad de Pender es haber formulado un marco para abordar no solo problemas (enfermedad) sino para fomentar el potencial positivo de salud. Esto coincide con la ampliación del rol enfermero hacia la promoción de estilos de vida saludables y la prevención primaria. Las *palabras clave* de su teoría son **promoción de la salud** y **conducta preventiva**. En la práctica actual, el legado de **Pender** se ve en programas de salud comunitaria, educación del paciente crónico para autocuidado, y en general en la inclusión dentro de los planes de cuidados de diagnósticos enfermeros orientados al bienestar.

Otros modelos y teorías

Autora	Teoría/ Modelo	Palabras clave	Idea central
Nightingale	Teoría del entorno	Entorno, higiene, ventilación, luz	Mejorar el ambiente para favorecer la recuperación.
Henderson	Las 14 necesidades básicas	14 necesidades, independencia	Ayudar a la persona a lograr independencia.
Abdellah	Tipología de los 21 problemas de enfermería	21 problemas	Organiza el cuidado por problemas del paciente.
Orem	Teoría enfermera del déficit de autocuidado	Autocuidado, déficit, sistemas	Enfermería actúa cuando el autocuidado es insuficiente.
Roper-Logan-Tierney	Modelo de la vida y las 12 acciones	Actividades de la vida diaria, dependencia	Valorar y planificar según AVD y autonomía.
Gordon	Los 11 patrones funcionales	11 patrones funcionales	Estructura la valoración enfermera por patrones.
Peplau	Teoría de las relaciones interpersonales	Relación terapéutica, fases/roles	La relación enfermera-paciente es el núcleo del cuidado.
Travelbee	Modelo de relación persona a persona	Sufrimiento, significado, comunicación	Ayuda a encontrar sentido y afrontar el sufrimiento.
Orlando	Teoría del proceso deliberativo de enfermería	necesidad inmediata, validación, alivio malestar	Intervenir tras validar la necesidad con el paciente.
Neuman	Teoría de sistemas de cuidados	Estresores, líneas de defensa, prevención	Persona como sistema abierto; prevención en 3 niveles.
King	Teoría de la consecución de objetivos	Metas, transacciones, interacción	Logro de metas mediante interacción enfermera-paciente.

Autora	Teoría/ Modelo	Palabras clave	Idea central
Roy	Modelo de la adaptación	Estímulos, modos adaptativos	Promover respuestas adaptativas ante estímulos.
Rogers	Modelo de los seres humanos unitarios	Campo energético, pandimensional	Persona-entorno como campos energéticos en intercambio continuo.
Johnson	Modelo del sistema conductual	Subsistemas de conducta	Mantener equilibrio del sistema conductual.
Hall	Modelo de la esencia, el cuidado y la curación	Cuidado-curación-núcleo	Integración del cuidado (enfermera), curación (equipo) y núcleo (persona).
Watson	Filosofía y teoría del cuidado transpersonal	Cuidado transpersonal, caritas	Cuidado humanista-espiritual y transpersonal.
Swanson	Teoría de los cuidados (caring)	5 procesos del caring	Caring como procesos: creer, conocer, estar con, hacer por, posibilitar.
Leininger	Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales	Cultura, congruencia cultural	Cuidados culturalmente congruentes.
Levine	Modelo de la conservación	Globalidad, holismo, adaptación, conservación	Conservar la integridad de la persona, ayudarla a adaptarse, ahorrando energía.
Benner	Teoría de formación	Niveles de competencia, conocimiento práctico	La enfermera progresa de novata a experta.
Mishel	Teoría de la incertidumbre	Incertidumbre, afrontamiento	La incertidumbre en la enfermedad afecta el afrontamiento y la adaptación.
Kolcaba	Teoría del confort	Confort, alivio, tranquilidad	La enfermería busca mejorar el confort del paciente.
Pender	Modelo de promoción de la salud	Promoción de salud, conductas saludables.	La persona adopta conductas saludables.