

El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud

L Cibanal Juan

Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante

RESUMEN

En este trabajo se hace una revisión de los modelos más importantes del papel de la enfermera/o en la atención al paciente y en concreto en su trabajo de educador para la salud, con especial referencia al ámbito de la sanidad penitenciaria.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería. Prisiones.

THE ROLE OF NURSING STAFF IN A PRISON ENVIRONMENT AS HEALTH EDUCATORS

ABSTRACT

This paper sets out to revise the most important models of nursing health care, especially in health care education, focusing on the case of health care in prisons.

Key Words: Nursing. Prisons.

INTRODUCCIÓN

Una parte importante de la actividad propia de Enfermería es la educación para la salud.

Desde la Declaración de Alma Ata, la educación para la salud ha sido considerada como la herramienta fundamental para la consecución de la «salud para todos en el año 2000», sin embargo constatamos con cierta nostalgia cómo los profesionales estamos lejos de que esto sea una realidad.

Los problemas de salud actuales, en los que influyen un amplio abanico de factores, en gran medida relacionados con condiciones y estilos de vida, requieren respuestas que desbordan las soluciones meramente reparadoras del sistema sanitario tradicional en el que muchos profesionales se sienten cómodos. La promoción de la salud surge como una estrategia complementaria que aborda ese proceso, que incluye en muchos casos propuestas de muy diversa índole y que afectan también a otros factores como los legislativos, económicos, educativos, etc. La educación

para la salud es una de las formas de trabajo indispensable de la promoción de la salud, dado que facilita a individuos y comunidades conocer qué factores determinan su nivel de salud y, en su caso, la capacidad de poder actuar sobre ellos. Esto supone un cambio importante, pues tenemos que dejar la imagen del enfermo como paciente para ir pasando a la imagen de consumidor o cliente, o agente responsable de su salud, esto le permitirá una actitud activa y participativa que le permita sentirse involucrado en la toma de decisiones con respecto a su salud. El paciente tiene derecho a exigir una buena atención y a sentirse involucrado en la toma de decisiones con respecto a su salud.

Nuestro trabajo debe ser el de unos profesionales que participan en equipo de un modelo cuyas directrices entienden la salud como un ejercicio que puede ir más allá del acto curativo o reparador de la enfermedad. Entender este paradigma es participar de una cultura organizativa que fija nuevos objetivos de salud y en donde la promoción y la educación para la

salud tienen especial protagonismo. Esto no siempre es entendido por todos.

Entre las dificultades en educación para la salud que tenemos los equipos está el que no funcionarán mientras encontramos para llevar a cabo esta falta de un trabajo en equipo. Los todos sus componentes no se sientan implicados mediante una participación en la elaboración de unos objetivos y actividades comunes, pudiendo realizar aportaciones e iniciativas al respecto. Las ventajas que todo esto supondría, serían entre otras:

Un conocimiento más profundo sobre temas de salud.

Una mayor participación del paciente en la toma de decisiones.

Una disminución de la ansiedad y de problemas de salud.

Y, lógicamente, mayores beneficios económicos.

Hemos de recordar que la educación para la salud es un instrumento que va a permitir elevar la salud de la población a través de programas de información y de trabajo concreto, teniendo en cuenta el contexto de cada persona y familia. Hacer educación sanitaria es comunicar y motivar al usuario y su familia para que sea capaz y esté en condiciones de mantener y recuperar su salud tanto física como psíquica. Las posibilidades que a este respecto tiene enfermería son muchas. Sabemos que en el trabajo hospitalario es una tarea (o debe ser) consustancial al acto mismo de cuidar: el informar, establecer una relación de ayuda, rehabilitar, etc. Esto es posible gracias a que las enfermeras están en constante y directo contacto con los pacientes y esto nos sitúa en una posición estratégica para clarificar conceptos o malinterpretaciones. Y sin embargo esto no siempre se hace.

Es también una realidad el hecho de que se da por supuesto que el enfermero/a tiene que impulsar estrategias que amplíen y hagan eficaces los programas de educación para la salud, pero la realidad es que este supuesto está todavía lejos de ser una realidad.

Por otra parte, asistimos a la tendencia de que sea la población la que adquiera una mayor capacidad de autocuidado.

Lógicamente esta estrategia supone un traspaso de poderes, a través de una acción compartida, desde los profesionales sanitarios a los profesionales no sanitarios y al público en general.

Esta tendencia, considerada en sí misma como de un gran cambio y renovación, se ha quedado en una cierta utopía. Observamos cómo la sociedad en general sigue siendo pasiva, «paciente», medicalizada. Esta pasividad ha sido fomentada e incluso impuesta desde arriba durante muchos años y se ha despojado

a la gente de la cultura sanitaria, de las prácticas de salud en familia que poseía.

Instamos a los ciudadanos a que tomen parte activa en sus autocuidados de salud, pero la realidad es que ellos no saben cómo hacerlo y temen comprometerse porque nosotros no se lo enseñamos. De aquí que la dependencia continúe.

Asimismo consideramos que la familia es el lugar idóneo para aprender a tener comportamientos saludables, valorar y cuidar la salud. Posiblemente en muchas de ellas, la formación e información que tienen sobre temas de salud, es insuficiente, lo cual impide, no sólo a padres y madres disfrutar de una vida sana, sino incluso servirles a sus hijos de referencia y modelo para la creación de hábitos saludables.

En este sentido consideramos que es sumamente importante el planificar y organizar talleres con los padres, con el fin de llevar a cabo conjuntamente una serie de actividades propias de un buen desarrollo de la salud integral.

Pensamos que la interrelación entre centro educativo y familias es fundamental, pues sin esta interrelación, nuestra intervención se verá muy mermada por la concurrencia de variables descontroladas que concurrirán al proceso, los resultados obtenidos o bien serán muy pobres, o no serán los esperados.

Todo ello requiere un cambio, tanto en los profesionales de la educación y en los sanitarios, como por parte de las familias, concienciándose de la importancia de la educación para la salud, a la que debemos considerar una inversión a largo plazo y no esperar resultados espectaculares en un periodo breve de tiempo.

PILARES BÁSICOS PARA LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA

¿Cuál es la contribución específica de la enfermera/o en un equipo de cuidados? ¿Cómo define la enfermera/o su rol autónomo? ¿Qué diferencia hay entre la enfermera/o y los otros profesionales de la salud?

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

El concepto de relación de ayuda

Nosotros entendemos por relación de ayuda un intercambio humano y personal entre dos seres hu-

manos. En este intercambio, uno de los interlocutores (en nuestro caso el profesional de enfermería) captará las necesidades del otro (usuario, paciente), con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

Rogers, C. la definía así: «Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada... En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos».

Para I L. Peplau, «la Enfermera ayuda al paciente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales, a fin de progresar en la elaboración y desarrollo de nuevas habilidades perdidas o nunca adquiridas».

Lo importante es que la enfermera ayuda al paciente a:

1. Observar su comportamiento.
2. Describirlo detalladamente.
3. Analizarlo con él.
4. Formular claramente los resultados de su interpretación.
5. Validar con otros miembros del equipo esta formulación.
6. Verificar sus nuevos comportamientos.
7. Elaborar modos de funcionamiento más satisfactorios.
8. Finalmente utilizarlos en las situaciones cotidianas de la vida.

La relación de ayuda no es:

1. **Una conversación:** donde se abordan muchos temas y donde se habla por hablar, sin llegar a nada en concreto.
2. **Una discusión:** en la que cada uno expone sus argumentos y quiere defenderlos a toda costa. La entrevista de ayuda no es un debate intelectual, jurídico o simplemente amistoso.
3. **Una entrevista:** en el cual el paciente busca hacer hablar al enfermero acerca de él mismo, o sobre una situación dada, o viceversa. En un interview ni el uno ni el otro buscan comprenderse o llegar a la intimidad de un problema.
4. **Un interrogatorio:** incluso aunque éste sea la forma de actuar de muchos principiantes.

Nuestros deseos de interrogar e investigar cuando alguien nos está exponiendo una preocupación o un problema se traducen muchas veces en un

acoso de tal calibre que la persona cree que está ante un interrogatorio policial más que en un proceso auténtico de comunicación comprensiva y abierta. Interrogar a otra persona, cuando no se le clarifica el porqué de nuestras interrogaciones, limita enormemente su libertad para hablar de lo que le preocupa o aturde, puesto que estamos condicionando con nuestras preguntas sus respuestas, y seguro que podemos acabar en una desviación del tema, o bien en ilustrarnos sobre lo que nos interesa a nosotros y no de lo que le preocupa realmente a la otra persona. A veces el resultado de tanto interrogatorio es que nuestras interpretaciones suelen ser equivocadas porque no hemos sabido escuchar.

5. **Un discurso:** En un discurso se pretende convencer, hacer comprender o que el otro admita alguna cosa. En la entrevista de ayuda, incluso si hay situaciones parecidas a un discurso, el objetivo no es el mismo sino más bien el comprenderse.
6. **Una confesión:** en el sentido religioso del término. Aquí no hay un juicio moral, sino más bien comprensión de la situación del paciente.
7. **Una relación social:** la cual incluye dinámicas como pasarlo bien juntos, apoyarse en los momentos difíciles y disfrutar de la compañía del otro.

Objetivos de la relación de ayuda:

- a) Ayudar al paciente a comunicar.
- b) Ayudar al paciente a captar, comprender y definir sus problemas.
- c) Ayudar al paciente a hacer frente a los problemas de forma constructiva.
- d) Ayudar al paciente a ser agente y no paciente de su propio proceso de cambio o de resolución de sus problemas.
- e) Ayudar al paciente a hacer frente a los problemas con realismo y en la medida en que estos aparecen.
- j) Ayudar al paciente a considerar varias posibilidades de ver y enfrentarse con la realidad.
- g) Ayudar al paciente a ensayar nuevos modelos de comportamiento.
- h) Ayudar al paciente a abrirse a los otros y establecer nuevos contactos.
- i) Ayudar al paciente a enfrentarse a las situaciones de crisis y encontrar un sentido y solución a las mismas.

Aspectos a considerar antes de relacionarnos con el paciente

Creemos importante recordar algunos puntos que nos parecen importantes a tener en cuenta antes de comenzar la entrevista.

1. Preguntarse. *¿Cómo me siento yo aquí y ahora para relacionarme con el paciente?*
2. *¿Cómo percibo al paciente con el que me voy a relacionar?*
3. *Cuidar mucho la presentación o primer encuentro con el paciente, pues aquí se juega uno el que se establezca o no la relación.*
4. *Fijarse claramente y brevemente el objetivo u objetivos que voy a tratar con el paciente, y explicárselos al mismo.*
5. *Al encontrarme con el paciente le presento mis objetivos, pero parto primeramente de los suyos.*
6. *Fijar con el paciente el tiempo que va a durar la relación.*
7. *En todo momento la guía de la relación debe ser el método de resolución de problemas.*
8. *En todo momento tener en cuenta el feed-back y el resumen.*
9. *Saber respetar los silencios y sentirse cómodo ante los mismos.*
10. *Tener en cuenta que la relación de ayuda no es un interrogatorio, por tanto preguntas que hagamos al paciente expliquémosle por qué se las hacemos.*
11. *Recalcar continuamente y valorar todo lo positivo que nos presente el paciente.*

Los modelos de cuidados

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

A partir de los escritos de Nightingale y durante el comienzo de este siglo, se señala un vacío en los escritos de las enfermeras respecto a la naturaleza y a la definición de los cuidados enfermeros. Es en este momento que la ciencia médica registra importantes progresos en cuanto a los diagnósticos y tratamientos de los diversos problemas de salud. La enfermera se convirtió sobre todo en asistente del médico y su in-

tervención en la mayoría de los casos consistía en «hacer para» la persona, respetando las órdenes médicas.

El rol autónomo de la enfermera cara a la promoción de la salud era prácticamente nulo. La enfermera se dedicaba a memorizar los signos y síntomas de las enfermedades y a adquirir una destreza manual facilitándole la ejecución de técnicas de cuidados.

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

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

Pero, ¿qué es un modelo conceptual de la disciplina enfermería?

Un modelo conceptual es de hecho una representación de la realidad que permite precisar la contribución de la profesión de enfermera/o en el amplio campo de la salud. Conlleva directrices relacionadas con la salud práctica, la formación de las enfermeras y la investiga-

ción en el campo de los cuidados enfermeros. Además permite a la enfermera explicar claramente a otros miembros del equipo y a la sociedad, la naturaleza de su disciplina. De cualquier forma es una imagen mental de la profesión y nos da una visión completa y explícita del servicio que ofrecemos a la sociedad. El modelo conceptual permite describir la función autónoma o independiente de la enfermera respecto a su función dependiente de la profesión médica.

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

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

Dos "formas de ver" la disciplina enfermería. Perspectivas claras del servicio enfermero...

Para Virginia Henderson la meta de la profesión de la enfermera es la de conservar/restablecer la independencia del cliente de forma que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales. Este objetivo necesita de la contribución «única» de la enfermera para mejorar la salud.

1. El centro de la intervención de la enfermera o el beneficiario de los cuidados enfermeros es un todo que presenta 14 necesidades fundamentales co-

munes a toda persona enferma o en salud y que son: *respirar, beber y comer, eliminar los desechos biológicos, moverse y mantener una postura, dormir y descansar, vestirse, mantener la temperatura corporal en los límites normales, estar limpio y proteger sus tegumentos, evitar peligros, comunicarse con sus semejantes, practicar su religión o actuar según sus creencias, ocuparse para sentirse útil, distraerse y aprender.*

2. El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Consiste en suplir a la persona en aquello que le falta para estar completa, íntegra o independiente.
3. La fuente de dificultad del beneficiario de los cuidados enfermeros se encuentra en la falta de fuerza física, de voluntad o de conocimiento.
4. El centro de intervención de la enfermera es el déficit o la parte de dependencia del cliente. Las formas de intervención que dispone la enfermera son las siguientes: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar, aumentar.
5. Los resultados esperados o las consecuencias de las intervenciones de la enfermera son el aumento de la independencia en la satisfacción de las 14 necesidades o una muerte tranquila.
6. En resumen, para Henderson, la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona es la piedra angular de la profesión enfermera. La enfermera, desde la perspectiva de Henderson, es un agente de independencia.

Para Callista Roy:

1. La meta de la profesión enfermera es de promover la adaptación de la persona con el objeto de mantener su integridad biopsicosocial espiritual y su calidad de vida. Se trata de la principal contribución de la enfermera a la salud.
2. El beneficiario de la intervención de la enfermera es la persona considerada como un sistema adaptativo que recibe diversos estímulos que provienen de su entorno y que utiliza procesos internos (mecanismos de adaptación reguladores y cognitivos) con el fin de adaptarse y de alcanzar sus objetivos individuales de supervivencia, crecimiento, reproducción y desarrollo.
3. El rol de la enfermera es favorecer la adaptación de la persona según sus cuatro formas de adaptación, es decir, *en función de sus necesidades fisiológicas, de su concepto de sí mismo, de sus roles en la sociedad y de su interdependencia con su medio de vida.*
4. La causa de dificultad del beneficiario de los cuidados enfermeros se sitúa al nivel de su capacidad para adaptarse a los diferentes estímulos del entorno a los que se enfrenta. Frente a ciertos estí-

mulos, la persona puede presentar comportamientos de adaptación ineficaces que no contribuyen a mantener su integridad biopsicosocial-espiritual.

5. El centro de la intervención de la enfermera se orienta a la manipulación de los estímulos del entorno a los que la persona está expuesta. La enfermera dispone de muchas formas de intervención. Puede aumentar, disminuir o mantener los estímulos del entorno.
6. Los resultados obtenidos o las consecuencias de la intervención de la enfermera son respuestas adaptadas de la persona a los estímulos del entorno, respuestas que mantienen su integridad biopsicosocial-espiritual y su calidad de vida.

En resumen, según Roy, la enfermera/o es un agente de adaptación. Este es uno de los modelos frecuentemente utilizados por las enfermeras/os cuando trata de abordar los aspectos psicológicos y sociales, como por ejemplo en psiquiatría, gerontología, etc. Las razones que justifican esta elección son numerosas, en especial en las personas con problemas penitenciarios, en los que al considerar sus cuidados enfermeros, hay que basarse en el concepto de adaptación, muy pertinente al proceso de estas personas; la persona que tiene problemas con la justicia debe adaptarse a una disminución de sus reservas en el plano fisiológico, así como a muchas pérdidas y adaptaciones psicológicas.

Una segunda razón que motiva el que las enfermeras elijan este modelo conceptual, se debe a que se orienta, de forma preponderante, hacia las dimensiones psicosociales de la persona. En efecto, Roy subraya cuatro formas de adaptación de las que tres tienen un carácter psicosocial-espiritual (el concepto de cuidado, los roles y la interdependencia). Debido a que las enfermeras han privilegiado durante mucho tiempo las dimensiones físicas, fisiológicas y técnicas del cuidado de las personas, en detrimento de otros componentes asimismo importantes, el lugar que Roy concede a las dimensiones psicosociales-espirituales en la vida de los beneficiarios de cuidados enfermeros parece muy interesante para el desarrollo de las intervenciones innovadoras y la apertura a nuevas perspectivas de las intervenciones autónomas de enfermería. El modelo de Roy permite a la enfermera tener una orientación global y da a las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales de los cuidados enfermeros, el puesto que le corresponde.

Después de esta breve descripción de los principales elementos de estos modelos conceptuales es conveniente mencionar qué valores y conceptos comunes subyacen a estos modelos. Las teóricas en cuidados enfermeros creen que:

- 1) La enfermera tiene funciones que le son propias, aunque algunas se compartan con otros profesionales.
- 2) Que cuando la enfermera usurpa la función del médico o cede a la tentación de asumir el rol del médico, delega sus funciones propias y primordiales a una persona no cualificada.
- 3) La sociedad desea un servicio enfermero y cuenta con este servicio; ningún otro trabajador puede dar este servicio en lugar de la enfermera. Igualmente se desprende otro elemento común del conjunto de las concepciones de la disciplina enfermera que existen actualmente. Así Fawcett ha examinado los escritos de bastantes enfermeras teóricas y ha reconocido cuatro grandes conceptos que emergen de estos escritos y desde la época de Nightingale. Estos son el *cuidado*, la *persona*, la *salud* y el *entorno*. Estos conceptos son llamados los conceptos centrales de la disciplina enfermera o metaparadigma de enfermería. La clarificación del campo de la disciplina enfermera, se realiza a través de la manera particular en la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno. Todos los modelos conceptuales que existen actualmente necesitan, a su manera, esta relación entre el cuidado, la salud, la persona y el entorno.

Por ejemplo, Henderson concreta que los cuidados enfermeros se orientan hacia la ayuda a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas a la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Desde esta perspectiva, la persona es un todo complejo que presenta catorce necesidades fundamentales de orden biofisiológico y de orden psicosocio-cultural y que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La salud es, por tanto, la capacidad que posee una persona de funcionar de manera independiente en razón de sus catorce necesidades fundamentales.

Así el entorno, según Henderson, es la naturaleza o el medio que actúa de forma «positiva» o «negativa» sobre la persona. Desde esta óptica, la enfermera se esfuerza por ofrecer un medio de apoyo favorable a la salud.

Para Roy, los cuidados enfermeros se orientan a promover la adaptación de la persona en cada una de sus cuatro formas de adaptación. La persona es un sistema adaptativo que utiliza procesos internos con el fin de alcanzar sus objetivos individuales, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción y el desarrollo. La salud es un estado y un proceso que permite a la persona ser o llegar a ser integrada y unificada. El entorno es un conjunto de circunstancias, de

situaciones e influencias que pueden modificar o influir la aparición de comportamientos específicos de la persona. El entorno ofrece estímulos y datos de entrada a la persona en tanto que sistema de adaptación.

Pero, ¿para qué sirven concretamente estos modelos?

Las dos concepciones que hemos abordado pueden, en principio, parecer muy teóricas, más o menos prácticas. Intentaré convencer con algunos argumentos de su gran utilidad así como de que son indispensables para la práctica.

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

Desde esta perspectiva, los cuidados enfermeros a las personas no sólo consisten en actividades de «mantenimiento» y en la ejecución de órdenes médicas; no deben inspirarse únicamente de una filosofía, que yo llamo filosofía de la reparación de la persona que sufre. La persona que sufre (en nuestro caso de privación de libertad) tiene un pasado, una historia, una vida... Tiene necesidades, un potencial y es capaz de aprender. Puede elegir y puede participar en sus cuidados. La enfermera puede decidir con la persona que tiene enfrente, que ella es un agente de independencia, un agente de adaptación o un agente de *self-care*. La naturaleza de esta elección, para mí, tiene poca importancia; **lo importante es efectuar una elección en cuanto a nuestra concepción de los cuidados enfermeros en la práctica.** ¿Cómo podemos entendernos si no hemos adoptado un vocabulario común? Y ¿cómo explicar a los demás la naturaleza de los servicios que

ofrecemos? ¿Cómo obtener un reconocimiento social si nos es difícil explicar claramente lo que hacemos?

El proceso de cuidados

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

El método sistemático que utiliza la enfermera (Proceso de Enfermería como nosotras lo conocemos en España) es circular y conlleva generalmente cinco etapas:

- 1) recogida de datos del cliente (efectuados con la ayuda de la historia, de la persona, su familia y de las observaciones);
- 2) interpretación de los datos recogidos;
- 3) planificación de las intervenciones de enfermería a partir de esta interpretación;
- 4) ejecución de las intervenciones y
- 5) evaluación. Este proceso es circular, puesto que después de la evaluación habrá nuevos datos que se suman al perfil del beneficiario, lo cual hace necesario recomenzar el proceso de análisis.

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

De esta forma para la enfermera/o, que en su trabajo se inspira en la concepción de Virginia Henderson, recogerá datos en función de las 14 necesidades básicas de sus pacientes. La interpretación de datos le permitirá identificar los problemas relativos a la independencia del beneficiario en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, así como sus necesidades más específicas. Le permitirá identificar las fuentes de dificultad (falta de fuerza, de voluntad, o de conoci-

mientos). La enfermera planificará entonces su intervención: reforzar, reemplazar, añadir, completar, sustituir y aumentar. Ejecutará esta intervención y la evaluará (¿el beneficiario es más independiente en la satisfacción de sus necesidades después de la intervención de enfermería?). El proceso continuará con los nuevos datos recogidos.

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

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

El plan de cuidados junto con la relación de ayuda son una herramienta clínica importante. Constituye un medio de comunicación escrita que permite asegurar la continuidad de los cuidados día/tarde/noche. El plan de acción de las enfermeras constituye el plan de acciones autónomas. El proceso clínico en su conjunto, es esencial para asegurar la calidad de los cuidados enfermeros. Es aplicable en todas las situaciones de cuidados enfermeros y en todos los lugares de trabajo de la enfermera/o, sea en un medio hospitalario o domiciliario. Sin embargo, la condición «sine qua non» de su aplicación es la adopción de un mo-

delo conceptual. Las enfermeras al adoptar una concepción clara de su rol autónomo, deben utilizar un método sistemático y organizado para practicar la profesión de enfermería.

Todas las decisiones tomadas por las enfermeras profesionales deben estar basadas sobre una estructura organizada. ¿Cuándo dejaremos de trabajar a «tientas» teniendo cada cual una concepción de cuidados enfermeros y que ésta no sea por consenso? ¿Cuándo nos aproximaremos a sistematizar nuestro quehacer al igual que otros profesionales?

Un peligro nos acecha: las resistencias al cambio

Trabajar en Enfermería de la manera que acabamos de señalar, hemos de reconocer que exige esfuerzo y compromiso, dificultades, en ocasiones la implantación de una estructuración de la relación de ayuda, o las diferentes etapas de un modelo conceptual en algunos centros de cuidados. Como en todo cambio, la incertidumbre y a menudo la inseguridad pueden ser vividas por muchas enfermeras/os, ocasionando a veces importantes resistencias a este cambio necesario para la práctica enfermera. Cuestionarse profesionalmente asusta. Hay que admitir, que aunque la transformación sea ventajosa, el proceso es generalmente difícil. Abandonar la manera de concebir su práctica cotidiana para adoptar otra forma ocasiona una ruptura con el pasado y afrontar los riesgos que puedan amenazar nuestra seguridad. ¿No es más fácil ejecutar las órdenes médicas?, ¿seguir los consejos de otros? Innovar, ser creativos en el campo de la práctica autónoma de la Enfermería, conlleva grandes desafíos que para algunos pueden ser amenazantes. Por todas estas razones es necesario ofrecer una atención especial al propio proceso de cambio con el fin de aportar todo el apoyo necesario a las enfermeras.

La presentación de las teorías del cambio planificado (puesto que se trata de un cambio planificado) sobrepasa claramente el marco de esta presentación. Me limitaré aquí a subrayar que hay que proceder lenta y gradualmente sensibilizando en primer lugar los centros (las enfermeras/os) hacia este cambio. Mi objetivo es el de sensibilizarnos sobre la importancia de estos tres pilares para vuestra práctica. En primer lugar se hace la elección del marco en el que queremos trabajar. A continuación vienen las etapas de su implantación o de su instauración en las unidades de cuidados y posteriormente su estabilización. Es un largo proceso que deben estar de acuerdo con la elaboración de instrumentos clínicos que facilitan la gestión clínica de las enfermeras (dominio de la comunicación

y la relación de ayuda, instrumento de recogida de datos, plan de cuidados).

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

A pesar de estas dificultades que todos reconocemos, las ventajas de este cambio a largo plazo son importantes. ¿Cuál será el resultado? Las enfermeras/os tendrán cada vez más un lenguaje común, definirán más explícitamente su contribución al equipo multidisciplinar, tendrán más liderazgo (habiendo clarificado su identidad profesional), serán más reconocidos por los otros profesionales y por los beneficiarios de los cuidados. Además las enfermeras/os utilizarán un proceso de cuidados sistemático y formularán planes de cuidados que ofrecen la continuidad de las intervenciones (los aspectos técnicos del cuidado no son los únicos a valorar). Esto no quiere decir que han acabado las dificultades, no, sino que el proceso de implantación va a buen ritmo y hasta el momento ofrece ciertos resultados tangibles.

Es necesario señalar que los centros docentes, las gestoras y las investigadoras en ciencias de la enfermería se inspiran cada vez más en los modelos conceptuales. La práctica, la formación, la gestión de cuidados enfermeros y la investigación tienen una creciente sinergia y constituyen esferas de actividades de enfermería que alimentan un proceso retroactivo.

CONCLUSIÓN

La intervención de la enfermera/o penitenciaria/o exige una práctica profesional respecto a las funciones independientes e interdependientes de otros profesionales de la salud. Trabajar con la Relación de Ayuda, el Modelo y el Proceso de Cuidados permiten precisar la parte independiente del rol de la enfermera/o, hasta ahora muy infravalorado. Desde esta perspectiva, ella/él es esencial. El cuidado profesional de las enfermeras/os es a la vez un arte y una ciencia. Actualmente, en todo el mundo, diversas concepciones de cuidados enfermeros inspiran a las enfermeras en su práctica. No obstante, me parece que la contribución de las enfermeras/os a los cuidados de la salud será determinante cuando éstas sean capaces de integrar fácilmente su concepción de cuidado, cualquiera que

sea en su práctica cotidiana, con el fin de responder lo más adecuadamente posible a las crecientes necesidades de salud de la población en un mundo en transformación.

La educación para la salud necesita continuidad. Las acciones aisladas pueden ser útiles en un momento dado para sensibilizar o informar de algún aspecto, pero el desarrollo de actitudes y hábitos requiere una intervención educativa directa, estable y continuada.

Una buena educación de la familia y del paciente puede facilitar la recuperación, la reinserción a una vida más o menos normal, evitando recaídas y facilitando la rehabilitación del enfermo.

La práctica correcta de la educación para la salud necesita una programación, programación que debe tener en cuenta estos tres pilares: la Relación de Ayuda, el Modelo de Enfermería y el Proceso de Cuidados. Estos tres pilares nos permitirán saber relacionarnos para poder hacer un análisis de la situación de salud, una detección de los problemas y necesidades, una determinación de prioridades y planificar un buen programa de acción con objetivos y actividades, sin olvidar hacer una evaluación continua del proceso con el fin de verificar si se están obteniendo los resultados esperados.

Lógicamente todo esto requiere de una formación previa o de una formación continuada en programación, en la utilización de métodos y medios, en comunicación y relación de ayuda, en el manejo de dinámica de grupos, familias, etc.

Pensamos que llevar esto a cabo no es una utopía. Eso sí, es una labor lenta y constante que tendrá como resultado entre otros, a nivel personal, encontrar nuestra propia identidad como enfermeras/os, y a nivel social, la esperanza de una sociedad futura con hábitos más saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ducharme F. La importancia de la utilización de un Modelo Conceptual para la práctica de la enfermería. *Gerokomos* 1998; 9: 94-106.
- Marriner-Tomey A. Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona. Braun Dexon. 1996.
- Cibanal. La interrelación del profesional de Enfermería con el Paciente. Barcelona. Ed. Doyma. 1991.
- Roy C. Introduction aux soins infirmiers: un modèle d'adaptation. Quebec-Canada. Gaëtan-Morin. 1986.