

**Trabajo de Fin de Grado**  
**Curso 2015/16**



**Universidad de Valladolid**  
**Facultad de Enfermería**  
**GRADO EN ENFERMERÍA**

**EL MODELO DE  
VIRGINIA HENDERSON  
EN LA PRÁCTICA  
ENFERMERA**

**Autor/a: Cristina Hernández Martín**

**Tutor/a: Manuel Frutos Martín**

## **RESUMEN**

Uno de los debates profesionales en la actualidad es la adecuación de la práctica científica cuidadora con la utilización de un Modelo Conceptual. Además esta adecuación debe ser acorde a las características del sistema sanitario y de prestación de servicios de salud de nuestro país, con la ayuda de las nuevas herramientas basadas en las TIC.

Uno de los Modelos más utilizados en nuestro país, por su adecuación a los criterios descritos, es el definido por la Dra. Virginia Henderson. Este Modelo Conceptual se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las 14 necesidades fundamentales. Circunscribiéndonos a nuestro entorno, el SACyL, responsable de la prestación de los servicios sanitarios de nuestra comunidad autónoma de Castilla y León, y basándose en el criterio de un comité de expertos de Enfermería, se establece éste como el modelo de referencia para la práctica enfermera.

Con el fin de conocer los beneficios que aporta la utilización del Modelo de Virginia Henderson, el nivel de conocimiento y utilización del mismo planteamos este TFG que se estructura en dos partes: En la primera se realizó una revisión bibliográfica sistemática utilizando las bases de datos Cuiden, Scielo, Cochrane y Pubmed, para definir el marco teórico del modelo y su implantación en la práctica científica de la Enfermería. En la segunda parte hemos querido identificar el nivel de conocimiento existente sobre el modelo y su utilidad en la práctica profesional, para lo que se ha pasado un cuestionario en varias unidades de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Pediatria, Traumatología, Otorrinolaringología y Medicina Interna).

**Palabras clave:** Modelo de cuidados, Virginia Henderson, Necesidades humanas, cuidados de enfermería.

ÍNDICE

	Página
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson: Conceptos básicos.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2. Ventajas del modelo de cuidados de Virginia Henderson.....</b>	<b>8</b>
<b>3.3. Conceptos y definiciones para la práctica de la enfermería.....</b>	<b>8</b>
<b>3.4. Relación del Proceso Enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson.....</b>	<b>11</b>
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1. Diseño del estudio.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2. Población.....</b>	<b>14</b>
<b>4.3. Criterios de inclusión/exclusión.....</b>	<b>14</b>
<b>4.4. Instrumento de medida.....</b>	<b>14</b>
<b>4.5. Entrega de material y recogida de datos.....</b>	<b>15</b>
<b>4.6. Consideraciones éticas.....</b>	<b>15</b>
<b>4.7. Análisis estadístico.....</b>	<b>15</b>
<b>4.8. Bases de datos y fuentes documentales utilizadas.....</b>	<b>16</b>
<b>4.9. Temporalización del estudio.....</b>	<b>16</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>21</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>24</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermería a lo largo de los años se ha desarrollado como ciencia y como profesión. Sin embargo, para consolidarse debe ir respaldada por un Marco Conceptual teórico que le da sentido y metodología; y por un desarrollo práctico, que la hace útil y funcional.<sup>1</sup>

La revolución científica de la disciplina enfermera ha dado lugar a la proliferación de múltiples propuestas teóricas, que podemos identificar como modelos de enfermería, referencia teórica para la práctica actual.<sup>1</sup>

Cómo exponen Fernández y Luis (2005), “*una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia*”, por lo tanto la enfermería debe cumplir este objetivo a través de una metodología científica aplicable al ámbito de su profesión.<sup>3</sup>

Los modelos de enfermería tienen un doble significado. Por un lado representan una realidad que podemos denominar hecho enfermero, y que es el modo de llevar a cabo el proceso de cuidar. Por otro lado, los modelos de enfermería son propuestas para llevar a cabo dicho proceso desde las aportaciones de la disciplina enfermera.<sup>2</sup>

Un modelo es una representación de la realidad. Los modelos muestran qué es la enfermería a la vez que permiten desarrollar, aumentar y modificar su contenido disciplinar.<sup>1</sup>

Los modelos adquieren su verdadero significado cuando se es capaz de trasladarlos a la práctica y probarlos. Es entonces cuando se puede demostrar que la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiado por un modelo de enfermería, permite obtener una mayor calidad de vida en las personas a las que atendemos contribuyendo a mejorar su nivel de salud.<sup>1,2</sup>

En definitiva, se podrá mostrar cuál es esa aportación específica que hace enfermería y que es necesaria para certificar la consideración como disciplina científica y como actividad profesional.<sup>1,2</sup>

Por todo ello, las ventajas de la implantación de un modelo conceptual son:

- Delimitar de forma más clara el campo de actuación de enfermería, mostrando lo que es esencial en la actuación de la/el enfermera/o.
- Organizar los cuidados de manera coherente para el equipo.
- Hacer más personales y humanos los cuidados respondiendo a las necesidades de la persona.
- Permitir al personal de enfermería utilizar un lenguaje común.
- Poner de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario.
- Permite representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera.
- Permite desarrollar guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia en enfermería. <sup>1,2</sup>

Los modelos conceptuales son por tanto una construcción mental de una realidad concreta y guiarán la práctica profesional. Un modelo conceptual ofrece una perspectiva única a partir de la cual las/los enfermeras/os podrán desarrollar conocimientos que le servirán para su práctica. <sup>3</sup>

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las/los enfermeras/os, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología, ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión y contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación. <sup>4</sup>

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), que es el método científico aplicado a los cuidados. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería para definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde un determinado marco conceptual. <sup>4</sup>

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica. Además es muy importante poder integrar junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC. <sup>4</sup>

En este TFG estudiaremos la relevancia del Modelo de Cuidados de Virginia Henderson, al ser el Modelo de Referencia en nuestro entorno de referencia de Castilla y León, las características y aportaciones a la práctica profesional, su interrelación con el Proceso Enfermero (PE) y el nivel de conocimiento y desarrollo del modelo en la práctica asistencial especializada.

## 2. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este estudio es analizar el nivel de implementación y de percepción de utilidad en la práctica del Modelo de cuidados de Enfermería propuesto por la Dra. Virginia Henderson, como modelo de referencia adoptado por el SACyL.

### **Objetivos específicos:**

- Analizar los aspectos fundamentales del Modelo conceptual de Virginia Henderson y su nivel de implantación en la práctica.
- Valorar la relación del modelo conceptual con la práctica científica de enfermería.
- Analizar el nivel de conocimiento y de utilidad del modelo de cuidados de V. Henderson en una muestra de enfermeras/os del HCUV.
- Conocer qué modelo de enfermería proponen los profesionales asistenciales y el motivo de su elección.

### 3. MARCO TEÓRICO.

#### 3.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson: Conceptos básicos

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. <sup>1</sup>

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. <sup>1,3,4</sup>

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera **la fuerza, voluntad o los conocimientos** necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible. <sup>1,3,4</sup>

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. <sup>1,3,4</sup>

Para Henderson la/el enfermera/o es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. <sup>5</sup>

Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona. <sup>1</sup>

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. <sup>5</sup> Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia. <sup>6</sup>
- Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. <sup>5, 6</sup>
- Entorno: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados. <sup>5, 6</sup>
- Enfermera (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.



### 3.2. Ventajas del modelo de cuidados de Virginia Henderson

Algunas de las ventajas de la utilización del modelo de Virginia Henderson son:

- Se adapta al contexto de enfermería española.
- Puede utilizarse en todos los campos de actuación.
- Existe abundante información.
- Incluye en papel de colaboración como parte de actuación de la enfermería.
- Contempla a la persona como un todo.
- Reconoce a la persona su potencial de cambio.
- Propone un método de resolución de problemas.
- Permite la utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NOC Y NIC.

### 3.3. Conceptos y definiciones para la práctica de la enfermería

Concepto de Necesidad: Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.<sup>1</sup>

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.

13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble sentido de universalidad y especificidad. **Universalidad** porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y **especificidad**, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona.<sup>1</sup>

Las actividades que el personal de enfermería realiza encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, son denominadas por V. Henderson como **cuidados básicos de enfermería**. Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente. <sup>1</sup>Sin embargo, dichas necesidades se modifican en función de dos tipos de factores:

- Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.
- Factores variables, que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, etc. <sup>6</sup>

Manifestaciones de dependencia e independencia: El concepto de dependencia e independencia va ligado al concepto de autonomía.

1. **Autonomía:** Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.<sup>1,3,4,5,6</sup>
2. **Manifestaciones de independencia:** Es la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones realizadas por sí mismo. Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.<sup>1,3,4,5,6</sup>

3. **Manifestaciones de dependencia:** Son signos observables y señales que indican que la persona es incapaz para satisfacer algunas de sus necesidades; por falta de fuerza, conocimientos o voluntad. La dependencia se identifica a través de las acciones inadecuadas (por omisión o acción) que presenta la persona respecto a la satisfacción de una o varias necesidades básicas. <sup>1, 3, 4, 5, 6</sup>

Fuente de Dificultad: Las fuentes de dificultad según Henderson son una causa o un impedimento que genera dependencia. Puede ser de orden psicológico, físico, social o de falta de conocimientos. Puede tener su origen en experiencias o situaciones del presente, pero también puede estar originada por experiencias del pasado. <sup>1</sup>

Relación enfermero/a-paciente según V. Henderson: Se establecen tres niveles:

1. Enfermera/o como sustituto del paciente (enfoque de suplencia): Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad.
2. Enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda): La/el enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo.
3. Enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda): La/el enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados. <sup>1, 6</sup>

### **3.4. Relación del Proceso Enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson**

La profesión enfermera se ha convertido en las últimas décadas en la ciencia del cuidado, alejándose cada vez más del modelo biomédico en que se trataba la enfermedad. La profesión enfermera se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.<sup>4</sup>

Para lograr el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión. Además de establecer un marco teórico conceptual, se ha necesitado adaptar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería.<sup>4</sup>

Esto implica la utilización de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados.<sup>4</sup>

Es decir, que la implantación del Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera. Además el PE fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándolos a la consecución de los objetivos y promueve el pensamiento crítico.<sup>4</sup>

Así podemos decir que la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera es el Proceso Enfermero (PE). Alfaro (2003) lo define como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería de manera individualizada.” Son acciones que realiza la enfermera de forma intencionada. Estas acciones son llevadas a cabo en un orden específico con el fin de que una persona que presente alguna necesidad alterada en sus cuidados de salud reciba los mejores cuidados de enfermería posibles. Es decir, es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.<sup>3</sup>

Las ventajas en la utilización del PE en la práctica asistencial son:

- Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.
- Delimita el campo de actuación de la enfermería.
- Demuestra de manera concreta el impacto de la actuación enfermera.
- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, por lo que se aumentan los conocimientos, las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.
- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, teniendo siempre en cuenta el factor humano en los cuidados.
- Implica de forma activa al individuo y familia en los cuidados, aumentando sus capacidades para el autocuidado y la autonomía.<sup>4</sup>

Adoptar un modelo de Enfermería para aplicar el proceso de Enfermería en un determinado contexto de la práctica de enfermería, es esencial en este momento histórico cuando se está implementando la gestión del cuidado y se necesita identificar indicadores que permitan medir la calidad del cuidado de enfermería. Al mismo tiempo, la aplicación del cuidado con base en un modelo teórico facilita el uso de un lenguaje común o estandarizado para la práctica de enfermería.<sup>8</sup>

La relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE) radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el Proceso Enfermero. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico (en este caso el modelo teórico es el de Virginia Henderson), orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos. De este modo se identifican aquellos

datos de interés para conocer la situación de dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual.<sup>7</sup> (Anexos 1 y 2).

1. **Valoración:** se realiza una valoración de las necesidades del paciente. Implica la recogida de datos y su correspondiente validación. Se estructura la valoración desde la respuesta de la persona a las 14 necesidades de Virginia Henderson desde un enfoque físico, psicológico y social.<sup>1,3,9</sup>
2. **Diagnóstico:** el diagnóstico de enfermería corresponde con la fase de interpretación de forma crítica de los resultados obtenidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en base a los datos recogidos. Se delimita el factor causal como fuente de dificultad (concepto del modelo conceptual de Virginia Henderson). Dicha fuente de dificultad puede ser de tipo fuerza, falta de recursos, falta de conocimientos o falta de voluntad. Es decir, se definen los problemas en base a las fuentes de dificultad identificadas.<sup>1,3,7,9</sup>
3. **Planificación:** etapa de consenso en la que se establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar. Se establecen también las acciones del cuidador en función de la fuente de dificultad que presente el paciente. De este modo la persona cuidadora establecerá un enfoque de suplencia, ayuda o acompañamiento/supervisión en función del tipo de cuidado a realizar. Por lo tanto se establecen los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultad detectadas.<sup>1,7,9</sup>
4. **Ejecución:** consiste en ejecutar los cuidados, reevaluar al paciente y comunicar las estrategias de enfermería.<sup>3</sup>
5. **Evaluación:** se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos. Se intenta conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad mediante una valoración del paciente, de nuevo. Se identifica el nivel de dependencia o independencia alcanzado con el plan de cuidados.<sup>1,3,7</sup>

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1. Diseño del estudio**

Para alcanzar los objetivos de este TFG hemos optado por la realización de un estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado en las unidades de Pediatría, Traumatología, Otorrinolaringología y medicina interna del H. Clínico Universitarios de Valladolid, unidades de estancia y vinculadas a las prácticas clínicas.

### **4.2. Muestra**

En este estudio han participado 34 enfermeras/os de las unidades seleccionadas al azar por encontrarse en el puesto y turno de trabajo al establecer el contacto con las unidades referidas durante el periodo de recogida de información.

### **4.3. Criterios de inclusión/exclusión**

No se han establecido criterios de inclusión y exclusión, al tratarse de un tema de abordaje por todos los profesionales de enfermería de atención especializada en el desarrollo de su actividad diaria.

### **4.4. Instrumento de medida**

El estudio reflejado en nuestro TFG se ha realizado utilizando como instrumento de recogida de datos y de medida un cuestionario validado por Santos, et al. (2010),<sup>10</sup> que se incluye como ANEXO 1, y que consta de 9 cuestiones cerradas, la última de ellas permite un apartado abierto de respuesta personal.

Las variables incluidas en el cuestionario son:

- Edad
- Sexo
- Titulación
- Años de experiencia laboral
- Años trabajados en el centro
- Realización de formación de post-grado
- Modelos de Enfermería analizados en el curriculum formativo

- Utilidad de los modelos en la práctica
- Modelo de Enfermería de elección: justificación.

#### **4.5. Entrega de material y recogida de datos**

Los cuestionarios se han pasado a los profesionales de enfermería que estaban en turno de trabajo y que voluntariamente manifestaron su deseo de participar en el estudio en las unidades anteriormente descritas durante la primera quincena del mes de marzo de 2016.

Se dejó el cuestionario para la auto cumplimentación por los profesionales participantes a lo largo del turno de trabajo siendo recogido, por norma general, en el mismo día de la entrega, ya que el tiempo de respuesta era mínimo (5 minutos).

#### **4.6. Consideraciones éticas.**

Siguiendo los requisitos reseñados por Argimon y Jiménez (2004), durante todo el proceso de la investigación se han respetado las normas éticas de conducta, tanto por parte del investigador como por todos los participantes, entre las que cabe destacar<sup>11</sup>:

- Se ha solicitado la autorización a los responsables y comités de ética del centro sanitario
- Se ha informado convenientemente sobre el estudio a todos los participantes definiendo su participación como voluntaria y anónima con el máximo respeto a la confidencialidad en el proceso de recogida y tratamiento de los datos.

#### **4.7. Análisis estadístico**

Para el tratamiento estadístico de los datos y la realización de los gráficos se ha utilizado el paquete informático de Excel, V. 2010.



#### **4.8. Bases de datos y fuentes documentales utilizadas**

Este trabajo se inicia con una revisión y búsqueda de información relacionada con el problema de investigación que se concreta en el análisis y estudio de la documentación existente sobre el Modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson a nivel de fundamentación teórica, así como sobre la situación actual de dicho Modelo en la práctica profesional en general y su desarrollo en la práctica de la enfermería hospitalaria en particular.

Para conocer el estado de la cuestión, se han utilizado las bases de datos MEDLINE (US NLM : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), EMBASE (<http://www.embase.com>), COCHRANE LIBRARY (denominada en español Cochrane Library Plus: <http://www.updatesoftware.com/clibplus.htm>; accesible también desde portales como el centro Cochrane Iberoamericano: <http://www.cochrane.es>), CUIDEN (Base de datos de la Fundación Índex, que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana: <http://www.index-f.com/new/acceso.php>), CUIDATGE (Base de datos de la Universidad de Rovira i Virgili: <http://enfermeria.usal.es/biblioteca/Basespop/Cuidatge.htm>), DIALNET (Base de datos de la Universidad de La Rioja: <http://dialnet.unirioja.es/>).

Siempre que ha sido posible, se han utilizado fuentes españolas al abordar aspectos más adaptados al objeto de estudio planteado y el entorno de práctica profesional.

#### **4.9 Temporalización del estudio**

El procedimiento de abordaje y desarrollo del estudio lo hemos realizado fundamentalmente durante los últimos cuatro meses, en una etapa inicial de revisión de la literatura científica que se ha mantenido hasta el final y que se ha dinamizado de forma práctica con el análisis de la situación en una pequeña muestra poblacional de profesionales de enfermería de distintas unidades de cuidados del hospital Clínico Universitario de Valladolid.

## 5. RESULTADOS

En este apartado se detallan los resultados relevantes del estudio en las distintas variables definidas.

### 5.1. Edad.

La media de edad de la muestra participante en el estudio es de 43,01 años con una Desviación Estándar de  $\pm 11,30$ , con rango que va desde los 25 a los 62 años (fig. 1)

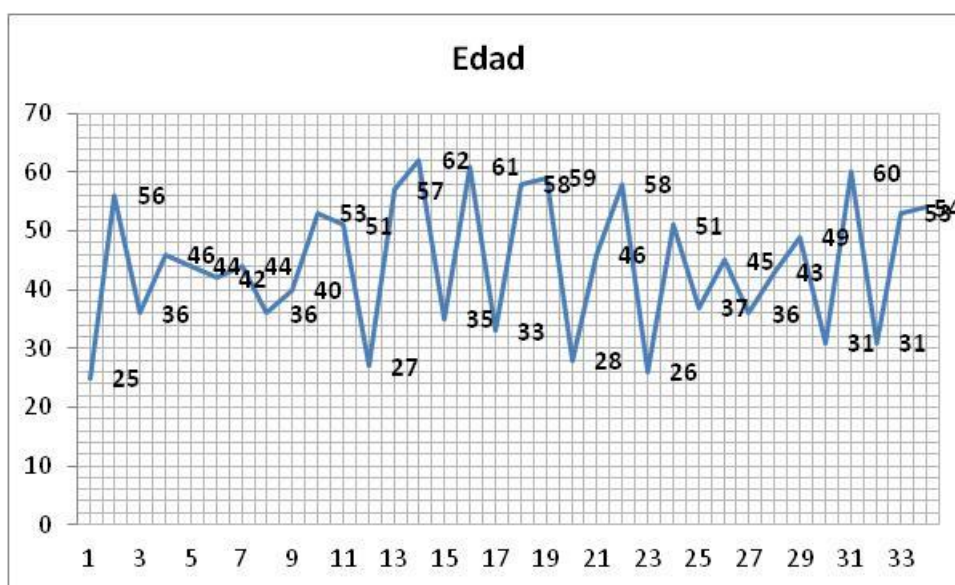
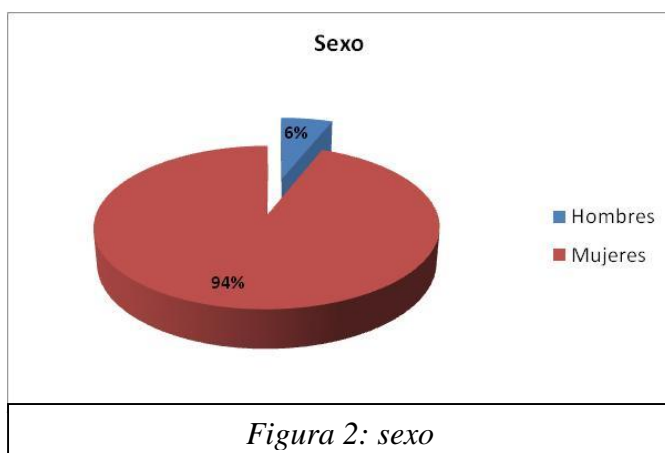


Fig. 1. Edad

### 5.2. Sexo.

El 94% de los profesionales que componen la muestra total de este estudio son mujeres y el 6% hombres (figura 2), porcentaje que según distintos estudios (Consejo



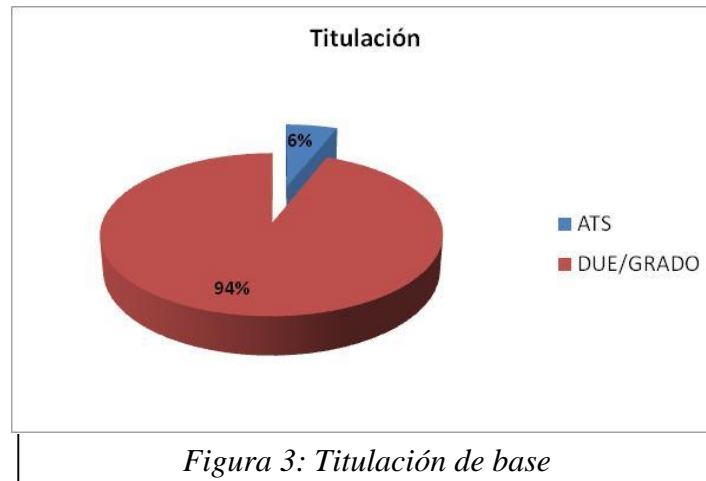
General de Enfermería 1998)<sup>12</sup>, se sitúa dentro de lo que se establece como composición normal de los equipos de enfermería de las unidades de hospitalización de los centros de atención especializada de España, en los que, tras un

Figura 2: sexo

amplio análisis de los componentes de los equipos actuales, concluyen que el grupo profesional de enfermería de las unidades de hospitalización están compuestos por una población profesional mayoritariamente femenina de entre el 90% y el 95%.

### 5.3. Titulación.

Mayoritariamente, el 94% de los profesionales que componen la muestra, son Diplomados en Enfermería y solo el 6% tienen la anterior titulación de ATS (figura 3): Este dato es importante ya que la información sobre los Modelos de Enfermería se incluye en la formación universitaria de la Diplomatura y del actual Grado en Enfermería y no así en la anterior formación de ATS.



### 5.4. Años de experiencia laboral.

La media de años de experiencia profesional es de 16,16 años con una Desviación Estándar de  $\pm 11,25$ .

### 5.5. Años trabajados en el centro.

La media de años trabajados en el centro es de 10,58 años con una Desviación Estándar de  $\pm 12,56$ , con rango que va desde 1 a 40 años.

### 5.6. Realización de formación de postgrado.

El 76% de los profesionales de enfermería participantes, además de la formación básica o de grado, han realizado formación complementaria o de post-gradado en sus

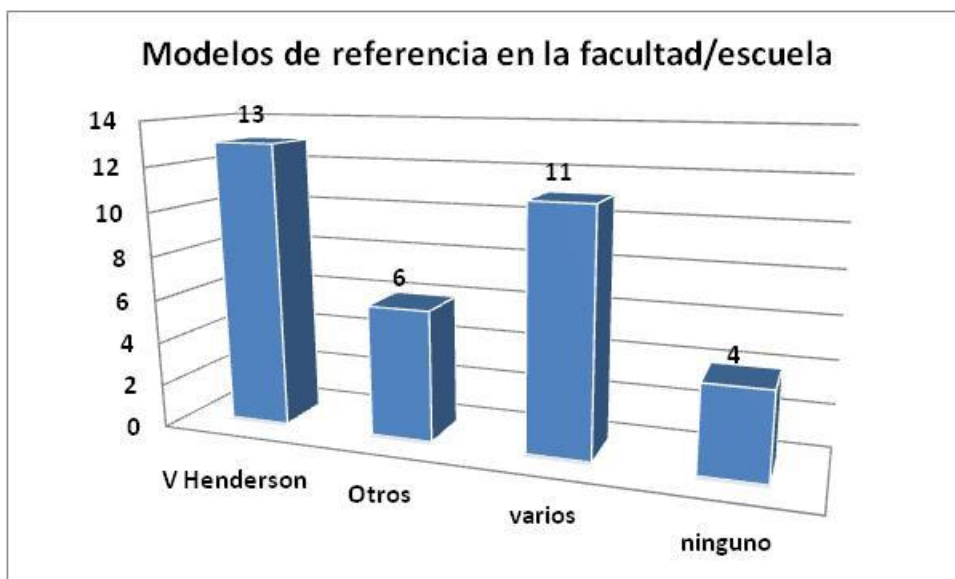
distintas vertientes (Cursos de actualización, cursos de experto, máster, etc.). Un 24% no han realizado formación complementaria a la de la titulación (figura 4).



Figura 4: Formación de post-grado

**5.7. Modelos de Enfermería abordados durante el proceso formativo.**

El 70,6% de los profesionales de enfermería participantes, han abordado el estudio del Modelo de cuidados de Virginia Henderson (13 profesionales de forma específica y única y 11 con otros modelos de referencia además del de V. Henderson) en su formación básica o de grado. El 17,6% han abordado el estudio de otros modelos de cuidados y el 11,8% no han estudiado ningún modelo en su formación básica (figura 5).

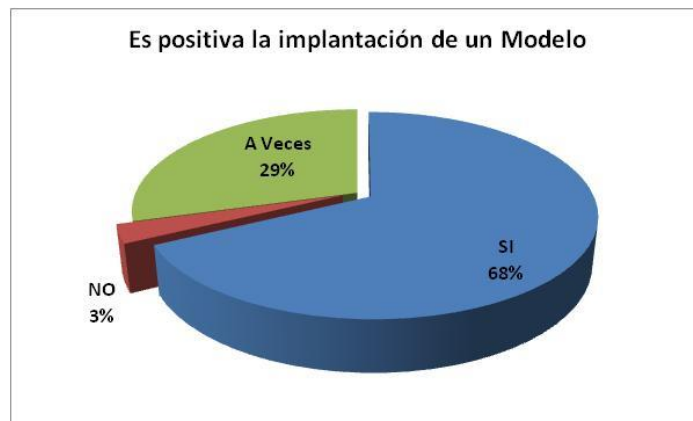


*Figura 5: Modelos estudiados en la formación básica*

5.8.

**Utilidad de los modelos.**

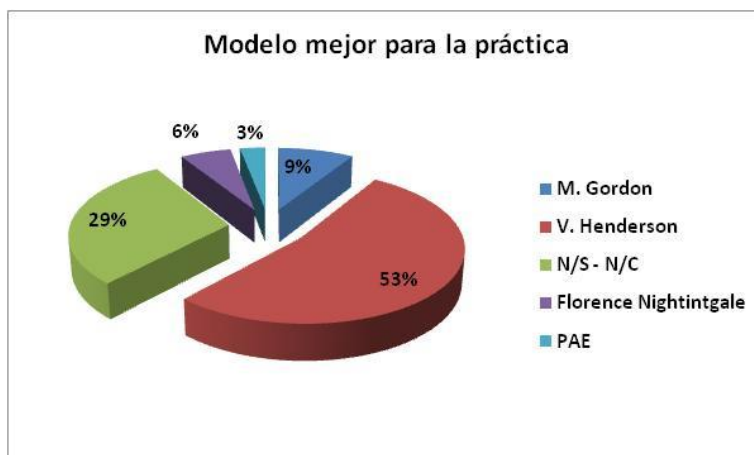
El 68% de los profesionales de enfermería participantes (23), consideran que es útil para la práctica profesional el soporte del Modelo de Enfermería en todas las actividades que desarrollan. 10 profesionales de la muestra (29%) consideran que es útil a veces y en unidades específicas de trabajo, y un 3% consideran que no son útiles (figura 6).



*Figura 6: Utilidad de los modelos de cuidados*

**5.9. Modelo de enfermería de elección para la práctica.**

El 53% de los profesionales de enfermería participantes (18), consideran que el Modelo más práctico y fácil de utilizar en la práctica es el modelo de cuidados de Virginia Henderson, habiendo un alto porcentaje de profesionales que no sabe o no



contesta a esta cuestión (29%). El resto de participantes se decantan por trabajar con el modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gorgon (9%), el Modelo

*Figura 7: Modelo de Cuidado de elección*

de F. Nightingale (6%) o con el PAE (figura 7).

En el apartado abierto de esta pregunta los profesionales han destacado como argumentos principales de la elección del modelo de Virginia Henderson los siguientes:

- Ser el Modelo de Referencia utilizado en el Centro de trabajo (22%)
- Ser el modelo de cuidados que mejor conozco (16%)
- Ser el modelo que utiliza el programa de gestión de los cuidados de enfermería (Gacela)
- Ser el más completo y sencillo de utilizar (16%)
- Ser el más adaptado a las necesidades que podemos valorar en el ámbito de la atención especializada (10%).
- Ser el que mejor ayuda a utilizar la metodología científica (8%),

## 6. DISCUSIÓN

Es de destacar en el apartado de formación básica, que aunque muchos de los profesionales de nuestra muestra son Diplomados en Enfermería, parte de este grupo se formaron como ATS, y aunque convalidaron su titulación, su base teórica y filosófica sobre la enfermería es distinta a la que se imparte actualmente en las Facultades y centros de Enfermería. Este aspecto influye en el nivel de conocimiento y de compromiso con los modelos de cuidados en general y con el de Virginia Henderson en particular.

Este apartado se ha mejorado con el compromiso de una gran parte de los profesionales de Enfermería con la formación continuada y de post-grado, que está fuertemente arraigada en el grupo profesional. En nuestra muestra en concreto más del 75% han actualizado sus conocimientos, lo que ha puesto en contacto nuevas técnicas y modelos de cuidados, ayudando al conocimiento actualizado de la práctica fundamentado en los modelos de cuidados de referencia, entre los que destaca el Modelo de cuidados de Virginia Henderson, que más del 70% de la muestra manifiestan conocer, considerándolo de utilidad para la práctica habitual más de un 68% del total de los profesionales participantes en nuestro estudio. Estos datos coinciden con el estudio llevado a cabo por Santos, et al (2010).<sup>10</sup>

El 53% de los profesionales de la muestra eligen como modelo más práctico, fácil y útil en su trabajo diario el de Virginia Henderson, quizá al amparo de la elección institucional y que es el modelo más utilizado en la práctica profesional especializada en nuestro entorno sanitario. La mayor parte de los estudios que abordan los motivos de elección de un modelo, reconocen hacer dicha elección por su adaptación a la práctica, su sencillez y su fácil adaptación a las características del cuidado.<sup>10,12</sup>

Hay un alto porcentaje de profesionales de nuestra muestra (29%) que dejan la pregunta de elección de un modelo sin contestar, sin atreverse a concretar el modelo de preferencia, aunque mayoritariamente manifiestan la utilidad en la práctica de los modelos de enfermería (68%).

Nos llama la atención la coincidencia en los datos de desconocimiento y rechazo a los modelos conceptuales que se dan en profesionales de mayor edad del total de la muestra (de 57 a 62 años), en los que coinciden un nivel formativo de ATS, sin formación de postgrado, que no han recibido formación previa en la formación básica de los modelos de cuidados.

#### **Limitaciones del estudio:**

Es importante destacar que una de las limitaciones del estudio es la reducida muestra utilizada con respecto al número total de la población de enfermeras/os del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, incidiendo en la extrapolabilidad de los resultados obtenidos. Esta limitación se ha debido fundamentalmente a dos causas:

- Las dificultades encontradas para obtener la autorización para recoger los datos en la población profesional, lo que ha originado un retraso que ha impedido un mayor tiempo para abrir más la muestra a los distintos servicios y unidades del Centro.
- La escasa participación de los profesionales en este tipo de estudios, dada la gran demanda sobrevenida en los últimos años por la confluencia de múltiples actividades de este tipo para las que se les solicita la participación voluntaria, y las dificultades del ritmo de actividad para concretar momentos en que poder realizar la recogida de datos.

Independientemente de esta limitación, hemos realizado este estudio con la muestra referida para, independientemente de la extrapolación de los datos, referir la situación al respecto del objeto de estudio, que es el conocimiento y utilización del Modelo de Cuidados de Virginia Henderson propuesto para la práctica profesional especializada, y realizar un análisis siguiendo pautas científicas que nos permitan adentrarnos en el proceso de investigación.

## 7. CONCLUSIONES

- En nuestro estudio, como sucede en estudios similares <sup>10</sup>, el modelo elegido de forma mayoritaria es el de Virginia Henderson, influyendo en esta elección el conocimiento previo, la utilización institucional y la aplicabilidad del mismo.
- Existe un grupo de profesionales que optan por propuestas, sin ser específicamente modelos de cuidados (los Patrones funcionales de salud de M. Gordon y el PAE). Esta indicación minoritaria en la muestra nos refleja una confusión conceptual entre los modelos de cuidados y la metodología de trabajo fundamentada en la ciencia.
- Los datos obtenidos nos indican que, aunque se está produciendo un desarrollo creciente en el sentido de adoptar estrategias e instrumentos que faciliten y hagan más coherente y homogénea la práctica de la enfermería se precisa aún el desarrollo de la información y formación que faciliten el conocimiento de las nuevas propuestas teóricas y metodológicas que faciliten el desarrollo de una actividad enfermera cada vez más científica y de mayor calidad.



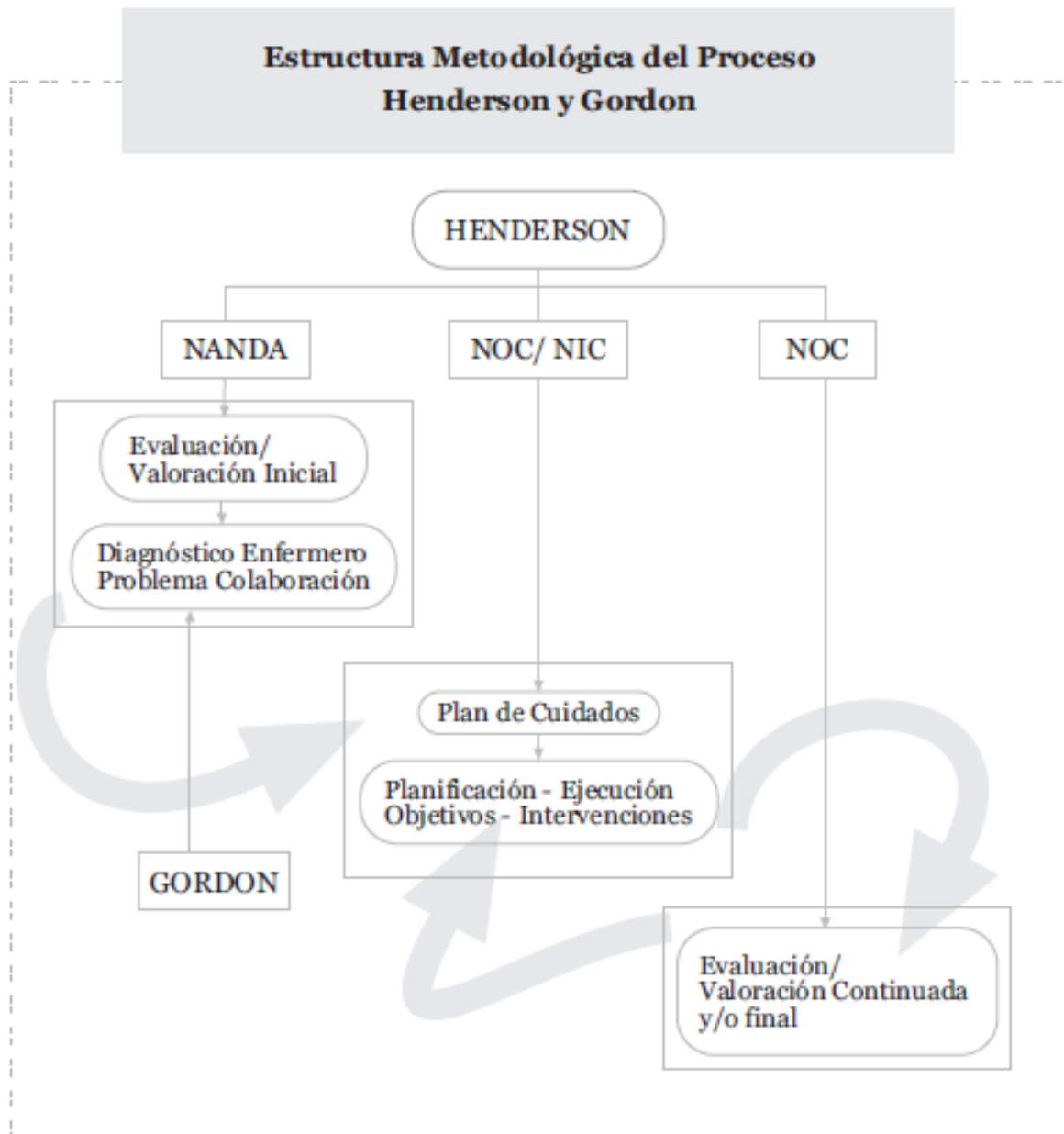
## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rodríguez JB, Carrión MR, Espina MA, Jiménez JP, Oliver MC, Péculo JA, et al. Marco conceptual, proceso enfermero en EPES. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; 2005.
- 2) Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. en Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería siglo 21. Madrid: DAE; 2009
- 3) Porcel A. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de los pacientes hospitalizados. Granada: Universidad de Granada; 2011.
- 4) Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
- 5) Propuesta de implantación de plan de cuidados estandarizado en las amenazas de parto pre término [Internet]. Academica-e.unavarra.es. 2016 [revisado 23/03/2016]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Ana%20Mart%C3%ADnez%20Pe%C3%B1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 6) Ibarra CP. Evaluación de los programas de salud del adulto mayor el personal de enfermería de la comunidad en la ciudad Nueva Vitoria, México. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2016.
- 7) Axarquia f. Modelo conceptual valoración atención enfermera [Internet]. Issuu. 2012 [revisado 24/03/2016]. Disponible en: <https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/mod-vhenderson>
- 8) Reyes J, Jara P, Merino J. Adherencia de Las Enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Cienc Enferm. 2007;13(1):45-57.
- 9) González JC, Medina A, Avilés C. Proceso enfermero: de la teoría a la práctica. Enfuro; 2004;92:25-9.

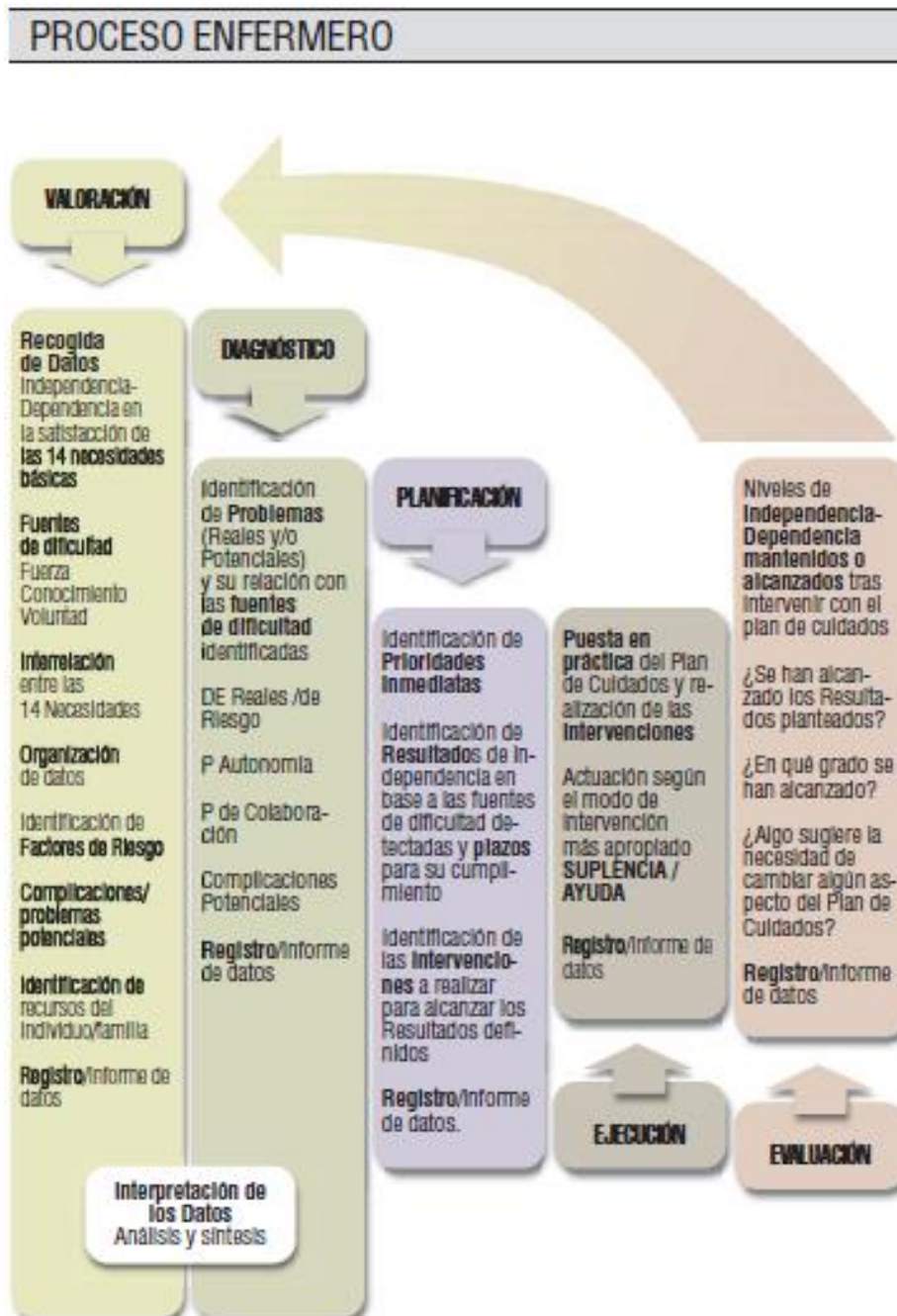
- 10) Santos S, López M, Varez S, Abril D. Propuesta de un modelo teórico para la práctica enfermera. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Ene-Feb. [revisado 12/01/2016]; 7 (44): Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf)
- 11) Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3a ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- 12) Consejo General de Enfermería. Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macro-estudio de base. Madrid: Organización Colegial de Enfermería; 1998.
- 13) Atienza E, Delgado MT, Rubio MC. Aplicación práctica del Modelo Roper-Logan-Tierney en la asistencia. Enferm Clin. 2003;13(5):295-302.

9. ANEXOS:

8.1. Anexo 1



**Anexo 2.** Fuente: Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y lo lenguajes NNN. Colegio de enfermería de Jaén.



**Anexo 3.** Encuesta a los profesionales de enfermería

**1.- Edad \_\_\_\_\_**

**2.- Sexo:**     Hombre     Mujer

**3.- Titulación:**    DUE     ATS

**4.- Años de experiencia profesional \_\_\_\_\_**

**5.- Años trabajados en el centro \_\_\_\_\_**

**6.- ¿Ha realizado algún máster/postgrado y/o algún curso relacionado con los modelos de enfermería?**

SI             NO

**7.- En tu escuela o facultad ¿Cuál o cuáles modelos utilizabas?**

V. Henderson                     C. Roy                     F Nightingale

H. Peplau                     D. Orem

Ninguno                     Otros. ¿Cual? \_\_\_\_\_

**8.- Crees positiva la implantación de un modelo de cuidados para la atención en nuestro centro y trabajar todos con el mismo?**

SI                     NO                     A VECES

**9.- Si tuvieses que trabajar bajo la directriz de algún modelo de Enfermería en concreto ¿por cuál te posicionarías? ¿Por qué?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_