



32 ¹Susana Santos-Ruiz
²Maria López-Parra
²Susana Varez-Pelaez
³Dolores Abril-Sabater

Unidad de Cirugía Vascular/Neumología
Corporación Sanitària del Parc Taulí (CSPT)
Parc Taulí s/n. 08208. Sabadell (Barcelona)

¹Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería. Diplomada en Enfermería. Unidad de Cirugía Vascular/Neumología, Corporación Sanitària del Parc Taulí (CSPT), Sabadell, Barcelona.

²Diplomada en Enfermería. Unidad de Nefrología, Corporación Sanitària del Parc Taulí (CSPT), Sabadell, Barcelona.

³Diplomada en Enfermería. Bloque Quirúrgico, Corporación Sanitària del Parc Taulí (CSPT), Sabadell, Barcelona.

Correspondencia:

Susana Santos Ruiz
Unidad de Cirugía Vascular/Neumología
Parc Taulí s/n
08208-Sabadell, Barcelona
Tfno.: 93 723 10 10 (ext. 21300)
E-mail: ssantos@tauli.cat

RESUMEN

La teoría es esencial porque nos ayuda a tomar decisiones sobre las intervenciones enfermeras. Pese a ello, existe una dicotomía entre la teoría y la práctica. En nuestro centro asistencial, en el momento del estudio, no existía un modelo de metodología enfermera para guiar la práctica asistencial, por lo que el objetivo era conocer la filosofía del cuidado de los profesionales de enfermería a través de un estudio descriptivo, observacional. Se llegó a la conclusión de que existe variabilidad de posicionamiento teórico, confusión entre metodología y teoría enfermera, necesidad de formación y registros que faciliten la asistencia bajo un modelo enfermero.

PALABRAS CLAVE

Teoría de enfermería, modelos de Enfermería, atención de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El uso de un modelo conceptual de enfermería garantiza igual concepción del metaparadigma enfermero: persona, salud, entorno y enfermería (descritos por Fawcett en 1984) (1) e igual lenguaje en la orientación de los cuidados (2).

Pese a que existen citas sobre teoría enfermera desde 1860, se evidencia un gran vacío entre teoría y práctica (3-5) consecuencia de la falta de autonomía laboral que impide la aplicación completa de las intervenciones de enfermería dentro de marcos conceptuales propios (6). Los modelos de enfer-

Perspectiva de la enfermería de un centro sociosanitario sobre la aplicabilidad y utilidad de los modelos enfermeros en la práctica

184

Sociosanitary nursing perspective about the applicability and utility of the models nurses in their practice

SUMMARY

The theory helps us to take decisions on the nursing care. In spite of it, a dichotomy exists between theory and practice. In our center did not exist a nursing model to guide the practice in the moment of the study. The aim was to know the care philosophy of nursing professionals with a descriptive study, observational. The conclusions were: variability exists of theoretically positioning, confusion among methodology and nursing theory, it is necessary formation and registry chart that favour working under a nursing model.

KEY WORDS

Nursing theory, models nursing, nursing care.

mería se concentran en lo que “debería ser” y, a menudo, son considerados por las enfermeras base como impracticables porque están interesadas por “lo que es”(7).

Una de las clasificaciones más extendidas sobre modelos es la relacionada con las diferentes corrientes de pensamiento en las orientaciones de la disciplina enfermera que coinciden, en su mayoría, con diferentes momentos históricos englobando las diferentes teóricas en tres paradigmas: categorización, integración y transformación (8, 9).



Pese a múltiples categorizaciones, la enfermería actual está basada en un conglomerado teórico (10) y no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guías de pensamiento de las enfermeras (11, 12). La complejidad de las respuestas humanas, centro del cuidado enfermero, dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a todas ellas (6, 13).

El impacto positivo de basar la práctica en modelos teóricos influye en diferentes aspectos, beneficiando a paciente (14) e instituciones (2). No obstante, algunas de las publicaciones halladas manifiestan que esto no está probado científicamente (15). Sin embargo, sí se afirma una escasa aplicación de los modelos teóricos en la atención enfermera (16) por diferentes motivos: porque los profesionales se preocupan por su habilidad técnica, por la insuficiente metodología para planificar los cuidados, por la falta de habilidad en la recogida de datos o por la poca capacidad para la toma de decisiones (17). Todo ello unido a una ideología médica dominante, una limitación organizacional de las instituciones (3) y a una elevada carga asistencial (5, 18). El panorama se complejiza si los modelos a aplicar son impuestos sin tener en cuenta al profesional asistencial (7). El éxito también depende de tener en cuenta el conjunto de modelos abstractos (modelos teóricos usados en la formación), del esquema que cada enfermera elabora a partir del anterior (modelo mental) y de la versión funcional del modelo (modelo sustituto) (19).

En cuanto a los modelos concretos usados para la formación, en nuestro contexto se adopta, mayoritariamente, el de Virginia Henderson, quizás porque es una de las teóricas que ha defendido la contribución de la enfermería a la humanización de los cuidados (20) y, por lo tanto, es la autora que guía en gran porcentaje los planes de cuidados publicados en diferentes ámbitos de atención enfermera. Para el desarrollo del presente trabajo se han utilizado, principalmente, las definiciones de persona, salud, entorno y enfermería para aproximarse a los modelos, debido a que forman parte del metaparadigma de la ciencia enfermera (14, 21).

Si nos centramos en las investigaciones sobre el tema, se observa que la gran mayoría son norteamericanas (15), situación que puede generar dificultad a la hora de adoptar conceptos e, incluso, cierto rechazo cultural. A nivel nacional, los estudios se basan en la aplicación de diferentes modelos concretos en la práctica asistencial en diversos tipos de pacientes (23-28). Respecto a la perspectiva de los profesionales, existen estudios de opinión sobre el proceso de atención de enfermería (28), pero no se hallan investigaciones que analicen la perspectiva sobre la aplicabilidad de los modelos en la práctica asistencial ni, más concretamente, en el ámbito del sociosanitario. El presente proyecto tiene como objetivos:

1. Conocer el posicionamiento de los profesionales de enfermería del ámbito sociosanitario de la Corporación Sanitaria del Parc Taulí sobre modelos conceptuales y teorías de enfermería.

2. Conocer la perspectiva de los profesionales sobre la aplicabilidad de los modelos y teorías del cuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo, observacional, transversal, que forma parte de una investigación mayor realizada en todo el hospital (204 profesionales encuestados).

VARIABLES PRINCIPALES

Modelos y teorías/metaparadigma enfermero: concepto de enfermería, entorno, salud, persona.

VARIABLES SECUNDARIAS

Sociodemográficas

Datos sobre formación y vida laboral. Tipo de registros. Búsqueda de información complementaria.

Recogida de datos

Se utilizó un cuestionario de elaboración propia (revisado por el departamento de epidemiología del centro) del que se realizó una prueba piloto.

La recogida se realizó en una semana de plazo desde su implementación, mediante una urna para asegurar el anonimato, entregado en mano a través de muestreo no aleatorio y de conveniencia (debido a cuestiones de infraestructura y de desconocimiento del número real de profesionales, ya que no están cuantificados de forma oficial), repartiendo los cuestionarios al personal que estaba en activo en el momento de la recogida y que quisieron responder voluntariamente al estudio.

El cuestionario constaba de tres partes: carta de presentación, glosario de términos y 37 preguntas (de las que 36 son cerradas de respuesta múltiple).

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo a través del paquete estadístico SPSS 15.0 de todas las variables descritas, expresando los resultados de las variables cuantitativas en forma de media y desviación estándar. Las variables categóricas se expresaron en forma de frecuencia y porcentajes.

Lugar de estudio

El presente trabajo se desarrolló en un hospital que dispone de 94 plazas para media estancia y 208 de larga estancia. Es centro de referencia de once poblaciones (400.000 habitantes). En el centro, actualmente, existe un cambio de metodología asistencial a través de la creación de un nuevo marco conceptual propio de los cuidados enfermeros.

Sujetos de estudio

Estaba formado por la totalidad de diplomados y/o ATS en enfermería en activo del centro sociosanitario en el momento del estudio que llevaban más de seis meses traba-

Tabla 1. Porcentajes de elección de los conceptos del metaparadigma enfermero escogidos en mayor proporción

Concepto del metaparadigma	% de elección	Autora del enunciado	Enunciado propuesto
Salud	74%	Erickson	“Es un estado de bienestar físico, social y mental, y no únicamente la ausencia de enfermedad”
	53%	Leininger	“Estado de bienestar. Capacidad de las personas para realizar sus actividades diarias bajo un modo de vida culturalmente específico, beneficioso y estructurado”
	32%	Nightingale	“Ausencia de enfermedad, sensación de sentirse bien y la capacidad de usar al máximo todas las facultades de la persona”
Entorno	58%	Roy	“Todas las condiciones y circunstancias que rodean y afectan el desarrollo y comportamiento de la persona”
	52%	Henderson	“Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”
Persona	79%,	Roy	“Es un ser biopsicosocial en constante interacción con el medio ambiente cambiante”
	63%	Travelbee	“Ser humano que se encuentra en un proceso continuo de progreso, evolución y cambio”
Enfermería	74%	Henderson	“Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación o a una muerte tranquila”
	63%	Leininger	“Profesión y disciplina humanista y científica que se centra en los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar, o capacitar a las personas”

jando en la institución. Participaron de forma voluntaria. El personal de enfermería está formado por unas 77 enfermeras, de las que se hallaron 48 en el momento de la recogida.

Fueron solicitados los permisos de Dirección y del Comité de Ética de Investigación Científica del centro.

RESULTADOS

Cuarenta y ocho cuestionarios repartidos, recogidos 20, el índice de respuesta fue del 42%. Un 90% de mujeres (edad media 31 ± 9 años). El 53% tenía entre 20 y 30 años.

La experiencia laboral en enfermería es de 9 ± 7 años, de los que 6 ± 6 años han trabajado en la CSPT. El 53% tiene menos de 6 años de experiencia laboral como enfermera.

El 42% es del turno de mañana, un 37% del turno de tarde, un 11% del turno de noche, un 5% trabaja a turno partido y un 5% a tiempo parcial.

Se formaron en diferentes escuelas, el 84% finalizó sus estudios a partir del año 2000. Sólo una persona recibió formación como ATS.

El 26% del total de la muestra ha realizado algún master/postgrado y/o algún curso relacionado con los modelos de enfermería. Se preguntó qué modelo/s utilizaban en la escuela universitaria de enfermería. Mayoritariamente usaban Henderson (74%), seguido del modelo de Nightingale (37%). El 42% seguía algún modelo en la actividad diaria de éstos –el 78% no indicó cuál–, un 37% V. Henderson, un 1% actividades de la vida diaria.

El modelo que utilizaba como estudiante en las prácticas le facilita el trabajo siempre a un 21%, al 63% a veces. Para el 74% sería positivo implantar un modelo en la CSPT y trabajar todos con el mismo. Ninguno de los profesionales cree que un mismo modelo pueda ser útil en todo tipo de pacientes y se sienten identificados con el modelo conceptual que utilizan: un 10% siempre, un 26% casi siempre y un 58% a veces.

Si tuviera que trabajar bajo la directriz de algún modelo de enfermería, destaca que un 37% dejó la pregunta en blanco y un 5% del personal no trabajarían con ninguno. Los que optaron por un modelo contestaron: el 4% V. Henderson y un 26% otros (16% taxonomía NANDA, 5% Gordon, 5% Nightingale).

Las preguntas sobre los conceptos del metaparadigma contenían enunciados sin identificar las autoras correspondientes a ese concepto, pudiendo elegir hasta tres enunciados. Los resultados se exponen en la Tabla 1. Otras preguntas relacionadas con los conceptos: el 58% de los profesionales cree que enfermería es principalmente “una profesión”, un 21% “el arte de cuidar”, un 10% “una vocación”, un 5% “un trabajo”. En los registros de enfermería, el 59% utiliza el término “paciente”, el 18% el “nombre” o “usuario” y el 6% “cliente” al identificar a la persona. La concepción del individuo para los profesionales es un 67% “holístico: biopsicosocial”, un 17% cree que es un “ser independiente”, un 11% cree que es un “sistema estable que se puede desestabilizar” y para un 6% es un “ser unitario”. Nadie lo identifica con “ser con requisitos de autocuidado”.



Tabla 2. Respuestas relacionadas con la metodología enfermera

	Respuesta	Porcentaje
Conocimientos de la taxonomía NANDA	Sí	84%
Uso de la taxonomía NANDA	No	53%
Conocimientos de trayectorias clínicas	Sí	47%
Conocimientos de planes de cuidados estandarizados	Sí	68%
Metodología de trabajo más adecuada	Proceso de atención de enfermería	47%
	Planes de cuidados estandarizados	37%
	Trayectorias clínicas	10%

Las cuestiones de metodología enfermera se resumen en la Tabla 2. Cuando quieren ampliar conocimientos buscan información mayoritariamente en (pregunta de respuesta múltiple) Medicina (79%), Fundamentos de Enfermería (68%), y Farmacología (63%).

El 37% cree que la hoja de registros no favorece poder trabajar bajo un modelo de enfermería, un 32% opina que sí y un 32% que a veces. Las observaciones que registran de forma habitual (pregunta con respuesta múltiple), se exponen en la Fig. 1. El 79% utiliza la hoja de valoración de enfermería al ingreso, siendo el 74% los que opinan que les facilita el trabajo.

DISCUSIÓN

La representatividad de la muestra se halla condicionada por el muestreo de conveniencia no aleatorio y es la principal limitación de nuestro trabajo. Además, el índice de respuesta no es muy elevado. En la entrega de cuestionarios se objetivó gran desencanto hacia el tema de estudio y verbalización de elevada carga asistencial por parte de los profesionales. No obstante, los resultados revelan algunos datos interesantes. El porcentaje de mujeres es similar a otros estudios en nuestro ámbito, 87% (29, 30). Se trata de personal joven (31 años), si comparamos los datos a los del estudio del Colegio de Enfermería de Barcelona con una media de edad de 38 años (30), con baja experiencia respecto a la media laboral de la corporación (8 años frente a 14) (29), quizás porque es uno de los servicios con menos atractivo dentro de la asistencia sanitaria. Los profesionales con mayor experiencia se decantan, normalmente, hacia servicios de mayor prestigio (como UCI o urgencias) o con menor carga asistencial. En su mayoría son del turno de mañana (turno con mayor porcentaje de profesionales, aunque no disponemos de las cifras exactas por parte del servicio de personal).

Mayoritariamente fueron formados como DUE y bajo el modelo de Henderson (el más extendido en las universidades de nuestro entorno), aunque no se identifican con los enunciados de los conceptos de salud y persona basados en esta autora. La práctica asistencial, tal y como refleja la literatura, puede modificar nuestra percepción (19). La gran variedad en la elección de los conceptos del metaparadigma por parte de los profesionales podría reafirmar, tal y como se comentó en la introducción, el aglu-

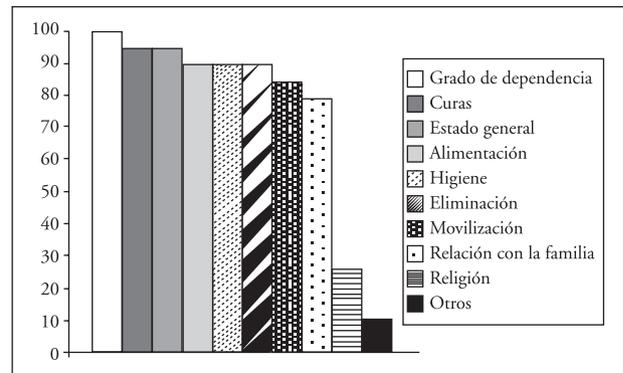


Fig. 1. Observaciones que se registran de forma habitual.

tinado teórico en la práctica asistencial (10) y la ausencia de paradigma dominante.

Son pocos los profesionales formados en modelos (master, posgrado, cursos...). Este hecho podría estar relacionado con el gran coste económico y de dedicación personal que requiere, la falta de interés y la poca implementación de modelos en nuestro sistema asistencial. Es posible que la mayor parte de enfermeras de nuestro estudio se formen básicamente en aspectos técnicos ligados directamente a la asistencia (esto se constata en otra de las variables analizadas: buscan información complementaria mayoritariamente en medicina), hecho que nos recuerda, una vez más, que estamos sumidos en un sistema médico (31).

La actual oferta formativa de programas de posgrado y máster tienen que ver con especialidades médicas y pacientes con patologías determinadas. No obstante, estos cursos engloban apartados relacionados con modelos y teorías, relegados mayoritariamente a conocimientos secundarios. Esto se agudiza cuando se explicita una falta de unanimidad en cuanto a la forma de transferir estos contenidos en las universidades (31) y la escasez de reflexión sobre el marco teórico enfermero (12). Así pues, es necesario consolidar y unificar la educación en todos los sentidos pre y posgrado, teniendo en cuenta las necesidades de los profesionales implicados. No olvidemos que se halla ausencia formativa en Filosofía de Enfermería en nuestro entorno, sí existente en EE.UU. (32) aunque, actualmente, se muestra de forma incipiente a través del Máster

Universitario en Ciencias de la Enfermería. Este déficit en la formación puede dar lugar a la irregularidad de respuestas sobre si atienden al paciente con el modelo con el que se identifican. Pese a que aproximadamente la mitad de los profesionales manifestaron seguir un modelo en la práctica, la mayoría no indicaron cuál. Tal vez, por la falta de formación en el tema o debido a que los modelos y teorías de enfermería se relegan de la práctica enfermera porque su complejidad y falta de dominio (12). Pese a ello, sólo un 10% manifiesta la falta de utilidad del modelo estudiado. El gran porcentaje de profesionales que desearía implementar un modelo en su centro de trabajo se relacionaría con la falta de utilidad que se atribuye a ellos en la bibliografía (16). Quizás por ser un profesional joven que todavía no padece el síndrome del *burn-out* o desencanto profesional, se objetiva que además de considerar a la enfermería principalmente como profesión, existe un porcentaje considerable que indica que es un arte y una labor vocacional. Aunque sólo un 3,6% se define por una autora en concreto y manifiesta opciones más actuales, seleccionando metodologías de trabajo en vez de modelos concretos (aunque no parecen haber realizado distinción entre ellos, así que podríamos llegar a la conclusión de que podría existir confusión entre modelo y metodología).

En cuanto a los conceptos del *metaparadigma enfermero*, debemos destacar que corresponden, mayoritariamente, a autoras en el paradigma de la integración, excepto en el concepto de enfermería y salud. Posiblemente debido a la organización actual del sistema sanitario bajo una visión biomédica y, por ello, gran parte de los profesionales se han identificado con el término *paciente*, la visión de la persona por la interrelación existente entre los cuatro conceptos del metaparadigma afectará sobre la elección de los otros tres.

Si miramos en detalle cada uno de los conceptos, se objetiva que la definición de salud más escogida se relaciona con Erickson —que coincide con la definición de la OMS— y, por lo tanto, la más conocida mundialmente. Curiosamente, aparece Leininger, quizás por que la definición propuesta está más ligada a aspectos de actividades de la vida diaria y dentro del centro. Es en este ámbito en el que se aplican mayor porcentaje de escalas de Barthel, teniendo objetivos diferentes a los curativos, más ligados al ámbito hospitalario.

Pese a que era fácilmente reconocible la definición de salud de Henderson, ya que su enunciado recogía las 14 necesidades, sorprende que no fuese la escogida mayoritariamente. Como ya se comentó, el bagaje profesional y personal altera nuestras perspectivas sobre el tema.

En el caso del concepto de *entorno*, obtienen mayores porcentajes los enunciados basados en Roy y Henderson, ya que ambos son similares en su definición. Hay que destacar que existe un elevado índice de elección del enunciado basado en Leininger y Nightingale. El primero incluye conceptos más novedosos y concordantes con la realidad histórica actual, incluyendo la percepción subje-

tiva que tiene la persona sobre el espacio que la rodea. Sin embargo, podríamos decir que la definición de Nightingale es totalmente opuesta. Sería interesante poder disponer de una muestra mayor para poder ver con detalle si esos porcentajes se hallan ligados a otras variables determinantes, como podrían ser la edad, el sexo, etc. —análisis poco útil en este momento debido al pequeño tamaño de la muestra—.

Al analizar el concepto de *persona*, se observa un elevado porcentaje de elección en el enunciado basado en Roy. Puede parecer anecdótico que, en esta ocasión, no se decantaran por la elección del enunciado basado en Henderson que incluía el término de “muerte tranquila”, cuando estos profesionales tratan mayoritariamente con personas en su última etapa de la vida. Posiblemente por ser personal joven, podría tener baja experiencia o tolerancia a esta etapa vital. No obstante, destaca la visión del individuo como holístico, pero en los registros de su práctica diaria no se ve expresado, ya que los hábitos religiosos siguen siendo tema tabú en el cuidado enfermero. Hecho en el que debemos reflexionar si tenemos en cuenta la multiculturalidad de las personas a la que prestamos nuestro servicio y las posibles necesidades de la persona en la fase final de la vida.

En cuanto a la elección del concepto de *enfermería*, denota el cabalgamiento entre el paradigma de la integración (definición basada en Henderson) y de la transformación (definición basada en Leininger). Esto se debe, probablemente, a nuestra posición filosófica, pues actualmente el paradigma de la transformación se escapa de nuestro alcance debido a su complejidad, amplitud y falta de concreción, por lo que mantenemos elecciones más próximas a nuestros conocimiento y entorno inmediato.

Debemos destacar que el enunciado basado en Leininger es el único que incluye el término profesión, marcado en elevado porcentaje cuando se les cuestiona por lo que creen que es principalmente la enfermería. Este dato se diferencia con la encuesta de *El Libro Blanco de Enfermería*, donde un gran número de profesionales se identificaba con vocación (17). Quizás esta visión se ha visto modificada en la última década.

En cuanto a metodología de trabajo, se observa un gran uso de la hoja de valoración, pues menos de un tercio afirma no utilizarla. La valoración es un elemento clave para el proceso enfermero y, en el caso de estas Unidades, la persona permanece largo tiempo ingresada, hecho que facilita su implementación. Sin embargo, son pocos los profesionales que reconocen elaborar diagnósticos en sus registros; puede ser porque el tipo de documentación que se utiliza no lo facilita, pese a ser profesionales formados en el tema ya que la taxonomía NANDA se empezó a enseñar en la universidad a partir de la década de los 90 y ellos reconocen dicha formación en sus respuestas.

La mayoría de los profesionales considera que los documentos de registros de enfermería favorecen poco trabajar bajo un modelo, posiblemente porque se han quedado obsoletos. Aunque en centros donde tienen



189 implantado un modelo (V. Henderson), reconocen que lo cumplimentan con poca frecuencia (33).

CONCLUSIONES

La formación básica enfermera no reduce la amplia visión enfermera del metaparadigma, mostrándose gran variabilidad de posicionamiento teórico de los profesionales. El metaparadigma enfermero no surge de una única teoría.

Se manifiesta confusión entre metodología y modelo enfermero, por lo que sería necesario una unificación de criterios, conceptos y lenguaje que agilizará la práctica asistencial. Son necesarios registros que reflejen nuestra conceptualización enfermera y que faciliten la asistencia.

La evaluación de la práctica diaria y la perspectiva sobre modelos teóricos de enfermería es relevante para la implantación de un modelo teórico. Este es un proceso de reflexión individual y colectivo y un importante trabajo de consenso anterior e imprescindible sobre lo que hacemos y pretendemos (34), teniendo en cuenta la opinión de los profesionales implicados (7). Por lo que, a través de esta investigación, se ha realizado el paso previo de conocer la actitud de los profesionales de nuestro centro respecto a las teorías de enfermería, siendo de gran ayuda para conocer el impacto futuro de la instauración, en la práctica, de un nuevo modelo enfermero. 37

BIBLIOGRAFÍA

1. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image* 1984; 16 (3): 84-7.
2. Campo MA, Oriach MR, Viladot A, Espinalt A, Fernández C. Servicio de cuidados enfermeros según modelo conceptual de Virginia Henderson. Implantación, resultados y costes. *Metas Enfermería* 1999; 2 (13): 8-14.
3. Goulet C, Lauzon S, Ricard N. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. *Enfermería Clínica* 2003; 13 (1): 48-52.
4. González MA. Proyecto NIPE [serie en Internet] con acceso 26 oct 2005. Disponible en www.msc.es.
5. Maben J, Alter S, McLeod J. The theory-practice gap: impact professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 55 (4): 465-77.
6. Zabalegui A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. *Enfermería Clínica* 2000; 10 (6): 263-6.
7. McKenna H. The perception of psychiatric-hospital ward sisters/charge nurses towards nursing models. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15: 1319-25.
8. Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Colección siglo 21 [capítulo en Internet]. Editorial DAE (acceso abril 2006). Disponible en: www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwMjU4NzA.
9. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.
10. McCutcheon T. Statement on nursing: a personal perspective. *Gastroenterology Nursing* 2004; 27 (5): 226-9.
11. Burney MA. King and Neuman: in search of the nursing paradigm. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17: 601-3.
12. Hernández J, Esteban M. Fundamentos de Enfermería. Teoría y método. Madrid: Mc GrawHill-Interamericana, 1999.
13. Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: planes de cuidados. Madrid: Panamericana, 2005.
14. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Mosby, 2003.
15. McKenna H, Parahoo KA, Boore JRP. The evaluation of a nursing model for long-stay psychiatric patient care. Part 1. *International Journal of Nursing Studies* 1995; 32 (1): 79-94.
16. Medina JL. ¿Teoría? ¿Práctica? El difícil equilibrio académico y profesional en la España "pre-europea" (II). *Revista ROL Enfermería* 2005; 28 (4): 246-8.
17. López J. Propuestas para el desarrollo profesional (I). *Enfermería Clínica* 2000; 10 (3): 114-8.
18. Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). *Revista Rol Enfermería* 2002; 25 (4): 252-6.
19. Wimpenny P. The meaning of models of nursing to practising nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40 (3): 346-54.
20. Escuredo B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería Clínica* 2003; 13 (3): 164-70.
21. ISICS [Homepage en Internet]. El proyecto NIPE: la normalización de la Práctica profesional [acceso octubre 2005]. Disponible en www.nipe.enfermundi.com
22. Faust C. Orlando's deliberative nursing process theory: a practice application in an extended care facility. *Journal of Gerontology* 2002; 28 (7): 14-8.
23. Whitemore R, Roy C. Adapting to diabetes *mellitus*: a theory synthesis. *Nursing Science Quarterly* 2002; 15 (4): 311-7.
24. Carmona M, García C, Salces R, Sanlés E, Pérez M. Estudio de caso bajo la aplicación de la teoría general del déficit de autocuidado (Modelo de autocuidados D. Orem) *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 2000; 10: 36-8.
25. Piccoli M, Galvao CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. *Revista Latino-Americana Enfermagem* [serie en Internet] 2001 [acceso 1 jun 2006]; 9 (4): [aprox. 7 p.]. Disponible en www.eerp.usp.br/rlaenf
26. Rodríguez AM, Ferrer MA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una Unidad de lactantes. *Enfermería Clínica* 2002; 12 (6): 253-9.
27. Williams LA. Imogene King's Interacting Systems Theory: Application to emergency and rural nursing. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* [serie en Internet] 2001 [acceso 2 jun 2006]; 2 (1): [aprox. 5 p.]. Disponible en www.rno.org/journal/issues/Vol-2/issue-1/Williams.htm
28. Zaragoza A. El proceso de atención de enfermería. Perspectiva de profesores y alumnos. *Revista ROL Enfermería* 1999; 22 (9): 583-90.
29. Santos S, López M, Varez S, Abril D. Aplicabilidad de modelos y teorías en la realidad asistencial. Primera fase. En: libro de Comunicaciones del XI Congreso Internacional de Investigación en Enfermería. Madrid: Investen, 2007.
30. Rodríguez JA, Bosch JL. *Infermeres avui: Com som i com voldriem ser. Conclusiones de l'estudi sociològic* 2004. Barcelona: COIB, 2005.
31. López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Mañe N *et al*. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica* 2006; 16 (4): 214-7.
32. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería. Fundamentos teóricos de la práctica enfermera. Volumen I. Madrid: Hartcourt-Mosby, 2002.
33. Hernández D, Rodríguez MA, Gutiérrez MJ, Bolaños G. Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001: 2005. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 2007; 10 (1): 15-22.
34. Alberdi R, Artigas B, Cuxart N, Aguera A. Guías para implantar la metodología enfermera. *Revista ROL Enfermería* 2003; 26 (9): 73-4.