

Proceso de enfermería: ¿qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)?

PROCESSO DE ENFERMAGEM: O QUE ISSO SIGNIFICA PARA AS ENFERMEIRAS DE SANTA CRUZ (BOLÍVIA)?

NURSING PROCESS: WHAT DOES IT MEAN TO NURSES FROM SANTA CRUZ (BOLIVIA)?

José Granero-Molina¹, Cayetano Fernández-Sola², Maria Hilda Peredo de Gonzales³, Gabriel Aguilera-Manrique⁴, Judith Mollinedo-Mallea⁵, Adelaida María Castro-Sánchez⁶

RESUMEN

Las enfermeras bolivianas no han incorporado definitivamente el método científico y las taxonomías a los cuidados. Este estudio cualitativo pretende comprender el significado atribuido al proceso de enfermería por docentes y profesionales del Departamento de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia). Recolección de datos mediante entrevistas semiestructuradas y observación participante. Análisis bajo el marco teórico y metodológico del Interaccionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada, usando el software ATLAS.ti.6.0. De los datos emergieron los siguientes temas: dificultades de implantación del proceso de enfermería; déficit de formación e iniciativa profesional; posición de dominio del médico; carencia de registros; escaso apoyo institucional. Ventajas de implementación: unificar criterios, lenguaje y facilitar el rol propio de enfermería. Se concluye en que las enfermeras depositan sus expectativas profesionales y de mejora de los cuidados en la implementación del Proceso de Enfermería y los Planes de Cuidados, un giro cultural que involucra a docentes, auxiliares y gestores.

DESCRIPTORES

Procesos de enfermería
Diagnóstico de enfermería
Registros de enfermería

RESUMO

As enfermeiras bolivianas ainda não incorporaram o método científico e as taxonomias para o cuidado. Este estudo qualitativo busca compreender o significado atribuído ao processo de enfermagem para professores e profissionais do Departamento de Santa Cruz de la Sierra (Bolívia). Para isso, realizou-se coleta de dados por meio de entrevistas semiestructuradas e observação participante. A Análise foi realizada à luz da abordagem teórico-metodológica do Interaccionismo Simbólico e a Grounded Theory, utilizando o software ATLAS.ti 6,0. Dos dados, emergiram os seguintes temas: dificuldades de implementação do processo de enfermagem pela falta de formação e treinamento de liderança, domínio médico, falta de registros e apoio institucional fraco e vantagens por unificar critérios e linguagem e facilitar o papel autônomo da enfermagem. Conclui-se que as enfermeiras devem estabelecer as suas expectativas profissionais na aplicação do processo de enfermagem e plano de cuidados, uma mudança cultural que envolve professores, gestores e clínicos.

DESCRIPTORES

Processos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Registros de enfermagem

ABSTRACT

Bolivian nurses have not yet incorporated the scientific method and taxonomies into nursing care. This qualitative study aims at understanding the meaning that faculty and nursing professionals from the Department of Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) attribute to the nursing process. Data collection was performed through interviews and participant observation. The analysis was performed using the theoretical and methodological framework of Symbolic Interactionism and Grounded Theory, utilizing ATLAS.ti.6.0. The following topics emerged from the data: difficulties in implementing the nursing process due to a lack of preparation and training in leadership, dominance by physicians, lack of records, and poor support from the institution. Advantages were that it combines criteria and language and facilitates the autonomous role of nursing. In conclusion, nurses should establish their professional expectations regarding the implementation of the nursing process and care plans, which is a cultural change that involves faculty, management and clinical nurses.

DESCRIPTORS

Nursing process
Nursing diagnosis
Nursing records

¹ Doctor. Graduado en Enfermería y Humanidades. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Almería. Almería, España. jgranero@ual.es ² Doctor. Graduado en Enfermería y Humanidades. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Almería. Almería, España. cfenan@ual.es ³ Graduado en Enfermería y Derecho. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Humana, Universidad Gabriel René Moreno. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. maria_hilda_peredo@hotmail.com ⁴ Doctor. Graduado en Enfermería y Psicología. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Almería, Almería, España. gaguiler@ual.es ⁵ Graduado en Enfermería. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Humana, Universidad Gabriel René Moreno. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. mollinedojudith@gmail.com ⁶ Graduado en Enfermería y Antropología. Doctor por la Universidad de Granada. Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Almería. Almería, España. adelaid@ual.es

INTRODUCCIÓN

Aunque el proceso de atención de enfermería es una práctica extendida a nivel mundial, el International Council of Nurses (ICN) recomienda potenciar la implantación de los diagnósticos y clasificaciones internacionales estandarizadas⁽¹⁾ en zonas en vías de desarrollo, un cambio cultural que incluye, entre otras cuestiones, intercambios entre profesores y profesionales⁽²⁻³⁾. En países como Bolivia la enfermería sigue muy ligada a condiciones religiosas, de consideración de la mujer y de desarrollo socio-económico; y al no haberse incorporado a esta corriente generalizada, aún se necesita documentar la práctica enfermera, evaluarla y avanzar a través de la investigación. En un intento de paliar estas situaciones, enfermeras de diferentes países se suman a proyectos internacionales de salud⁽⁴⁾, incluyendo los enfocados a la capacitación en herramientas necesarias para la comunicación y el desarrollo profesional mediante lenguajes estandarizados que vinculen diagnósticos, intervenciones y resultados. La enfermería boliviana ya cuenta en su historial con la participación en proyectos enfocados a su formación específica o en programas de capacitación de sus docentes⁽⁵⁾, pero la mayoría de las veces los objetivos fueron compartidos con el área de medicina y no enfocados específicamente al desarrollo de los cuidados y la potenciación de una metodología enfermera, no recogiendo las expectativas y necesidades de las propias enfermeras. Basándose en éstas, y ante las carencias detectadas en universidades y centros sanitarios del Departamento de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia); la Carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno (UAGRM), junto a las enfermeras del Hospital Hernández Vera de la Villa 1º de Mayo, Hospital Boliviano-Japonés, Hospital San Juan de Dios y el Centro de Salud María Cecilia, desarrollaron junto a profesores de la Universidad de Almería (UAL), España, un Proyecto de Colaboración Interuniversitaria e Investigación Científica (PCI) para la capacitación de enfermeras docentes y asistenciales en la aplicación del Proceso de Enfermería. Éste se desarrolló entre los años 2007-09 con la ayuda y financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo (AECID), dentro de su línea de acción prioritaria en Latinoamérica *Formación y capacitación de recursos humanos en salud*.

El proceso de enfermería es considerado como una metodología propia que permite el desarrollo de la esencia de la enfermería de manera científica, al tiempo que posibilita la solución de problemas de la práctica profesional. De ahí la demanda para su puesta en marcha en la administración de cuidados de salud tanto en instituciones hospitalarias como de la comunidad⁽⁶⁾. Se trata, por tanto, de una acción revestida de significados que puede ser utilizada por las en-

fermeras como metodología para prestar cuidados. Pero a pesar de las estrategias internas para su desarrollo en Bolivia, las actividades se siguen focalizando en procedimientos sin referencia a fundamentos teóricos ni a una metodología sistemática. Por ello, los escasos avances en su implantación, apuntan a la necesidad de poner en marcha estrategias de capacitación de docentes y enfermeras asistenciales, considerando el significado que atribuyen al proceso de atención de enfermería y a los demás elementos contextuales que puedan influir en su operacionalización.

El objetivo de este estudio es comprender el significado atribuido al proceso de atención de enfermería por parte de enfermeras docentes (UAGRM) y asistenciales (cuatro centros hospitalarios y de salud) de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).

MÉTODO

El proceso de enfermería es considerado como una metodología propia que permite el desarrollo de la esencia de la enfermería de manera científica, al tiempo que posibilita la solución de problemas de la práctica profesional.

Esta investigación tiene como marco teórico el Interaccionismo Simbólico, cuyas premisas básicas son que el ser humano actúa ante las cosas en base a los significados que tienen para él y que ese significado se deriva de la interacción social establecida con los demás, pudiendo modificarse a través de procesos interpretativos utilizados por la persona al tratar con las cosas que le rodean⁽⁷⁾. El interaccionismo simbólico es un enfoque muy utilizado en las ciencias sociales, generando conocimiento focalizado en los significados que los eventos tienen para los seres humanos⁽⁸⁾. Tomamos como marco metodológico la Teoría Fundamentada en Datos (TDF) que, asentada en el interaccionismo simbólico, intenta generar teoría desde los datos a través de la exploración del fenómeno en la realidad en que se inserta. Los datos obtenidos se someterán a un análisis sistemático y comparativo, organizándose en categorías conceptuales que explicarán el fenómeno de nuestro interés. Todo ello dando respuesta a las exigencias de comparación constante de los datos, la sensibilidad teórica del investigador y el muestreo teórico, un proceso de codificación e integración que contribuye a la génesis de teoría⁽⁹⁾.

Este estudio cualitativo fue realizado entre los años 2007-2008, siendo la entrevista grupal semiestructurada y la observación participante las estrategias utilizadas para la recolección de los datos en tres fases. Se emplearon técnicas de muestro teórico para asegurar una adecuada exploración de los conceptos, así como de muestro intencional, para asegurar la participación en el estudio de enfermeras miembros de todas las instituciones que colaboran en el desarrollo del PCI. Primera Fase: se realizó una entrevista semiestructurada a 6 enfermeras (4 licenciadas docentes de la UAGRM, una Enfermera Supervisora de Hospital y una Enfermera Jefe de Hospital), que visitan la UAL en abril de 2007. La entrevista consta de preguntas abiertas centradas

en el objeto de interés, se grabaron las respuestas previa autorización de las participantes, se transcribieron y sometieron a validación del contenido por las propias entrevistadas⁽¹⁰⁾. La entrevista se desarrolló en el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud (EUCS) de la UAL, donde tres miembros del equipo investigador actuaron como moderador, relator y observador. Se plantearon cuestiones abiertas basadas en una revisión bibliográfica previa, enfocadas a explorar términos como: proceso de enfermería, plan de cuidados, docencia del proceso de enfermería en la UAGRM, rol propio de la enfermera en centros asistenciales, empleo de documentación específica y las expectativas que, sobre los cuidados de enfermería, desarrollan las profesionales y los propios usuarios de salud. Tras un primer análisis de los datos, ciertas categorías no quedaron lo suficientemente exploradas y, dado que el número de sujetos no fue determinado previamente (basado en TDF), se precisó de su concreción en una segunda entrevista. Segunda Fase: desarrollada en idénticas condiciones se entrevistó a otras seis enfermeras (cuatro docentes y dos asistenciales) que visitaron la UAL en septiembre de 2007. El posterior análisis de los datos confirmó la saturación teórica de los mismos.

En una Tercera Fase, desarrollada en julio de 2008, y a modo de triangulación, los resultados obtenidos de estas entrevistas fueron contrastados por miembros españoles del proyecto mediante observación participante, desarrollada en visitas de dos días de duración a cada uno de los cuatro centros hospitalarios participantes en el PCI (dos observadores por cada turno de trabajo, durante los turnos de mañana/tarde), así como a la UAGRM. En los hospitales se habló con las profesionales, se revisaron documentos y se identificaron acciones, interacciones y procedimientos

de trabajo, recogiendo información en un diario de campo. En la universidad se visitaron las instalaciones, se asistió a la impartición de clases, se revisó el plan de estudios y se hicieron reuniones con los estudiantes. Los resultados finales recogen la transcripción de la entrevista junto a las notas del relator y observador, elementos que, a su vez, se corroboraron a través de la observación participante. La extracción de categorías es fruto de la realización de codificación abierta, axial y selectiva, siguiendo el método de comparación constante⁽¹¹⁾. Para facilitar el proceso inductivo de categorización y análisis de los datos, se ha utilizado el programa ATLAS.ti 6.0[®], configurando una Unidad Hermenéutica que aúna las transcripciones, interpretaciones y codificaciones relacionadas, obteniendo un informe final a modo de dos mapas conceptuales (Network) sobre cuya base se elabora el informe final de la investigación.

Se informo a todas las entrevistadas del propósito del estudio, del carácter voluntario de su participación y del compromiso de confidencialidad y anonimato, obteniendo su consentimiento informado. El estudio (Protocolo N° 25) fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud Humana de la UAGRM, con fecha 16 de febrero de 2007.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 12 enfermeras, todas mujeres, con una media de edad de 45.6 años y una media de experiencia de trabajo de 15.4 años. El análisis permitió la construcción de dos categorías centrales que representan el significado atribuido por las enfermeras entrevistadas al fenómeno investigado (Figura 1), y las interacciones que exige su implementación (Figura 2).

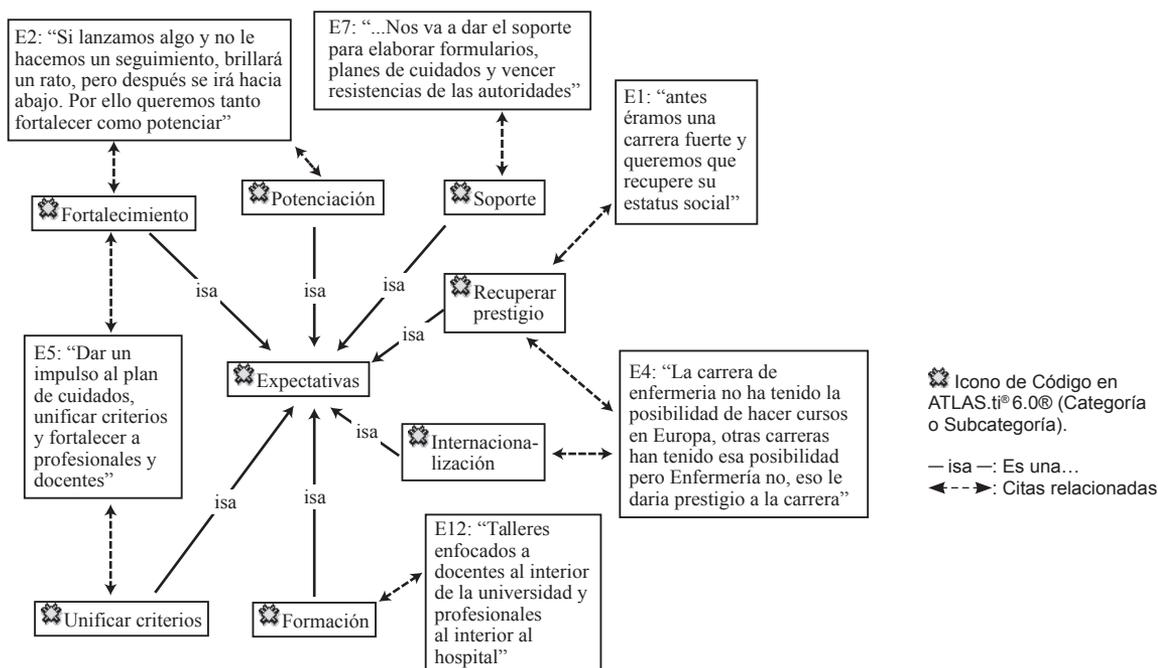
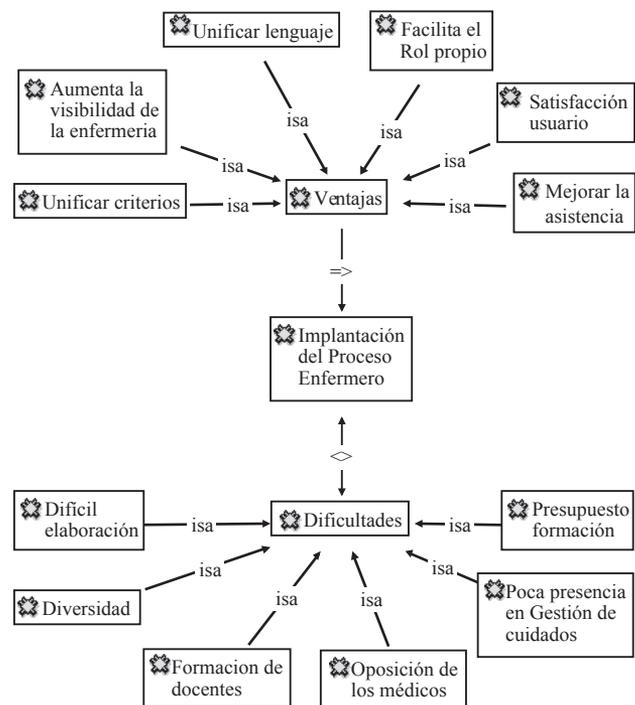


Figura 1 - Expectativas que el PCI suscita en las enfermeras participantes

El proceso de enfermería significa para las participantes la generación de expectativas de fortalecimiento de su profesión, internacionalización y recuperación del prestigio de su carrera y unificación de los criterios de atención al paciente (ver figura 1).

La implementación del proceso de enfermería exige una modificación de las interacciones entre las propias enfermeras, con otros profesionales y con el medio. En el mundo donde las enfermeras interactúan con los demás, el proceso de enfermería supone una serie de ventajas o estímulos, como la potenciación de su rol propio, el aumento de su visibilidad e, incluso, la mejora de su atención al usuario. Por el contrario, perciben interacciones que dificultan la implantación del proceso de enfermería, como pueden ser la oposición de los médicos y la escasa implicación de las propias enfermeras en la gestión (Figura 2).



Icono de Código en ATLAS.ti® 6.0® (Categoría o Subcategoría).
 — isa —: Es una...
 =>: Facilita

Figura 2 - Implantación del proceso enfermero: dificultades y ventajas percibidas por las participantes

Presentamos la interpretación de los datos acompañada de fragmentos representativos del discurso, de manera anónima (E_n = Enfermera 1, Enfermera 2, etc.), textualmente y entrecomillados.

En su opinión, las nociones teóricas son acertadas, teniendo un concepto claro tanto del proceso de enfermería como de la metodología enfermera:

El Plan de Cuidados es un instrumento que permite la individualización priorizada de los cuidados según la valoración realizada al paciente, una lista de actividades a

realizar en relación con las necesidades del enfermo y con un formato específico que permite sistematizar (E1);

Pero echan de menos, sobre todo, su conexión a la práctica, cuestión que coincide con intervenciones espontáneas y un rico debate:

Es un protocolo de atención que ayuda en la sistematización, individualización y ejecución; permite que todos hablemos el mismo idioma y evitaría el problema actual de que lo que se enseña en la universidad es una cosa y la puesta en práctica otra bien diferente (E3).

Sobre el empleo del proceso de enfermería y las taxonomías NANDA, NIC, NOC o ICNP® en el plan de estudios de la UAGRM, las entrevistadas manifiestan una clara desconexión entre la enseñanza teórica y su aplicación real al paciente. Se estudia esencialmente en la asignatura de *Fundamentos de Enfermería*, reafirmando en cursos posteriores mediante su aplicación exclusivamente teórica enfocado a patologías específicas:

Cada docente imparte el proceso a su manera sin una uniformidad metodológica. Se exige al alumno un trabajo final de proceso a nivel teórico con un solo paciente (E2).

Cada docente responde en función de su asignatura, cada profesor lo imparte según lo entiende personalmente y los alumnos no lo aplican en la práctica, dado que tampoco se les exige:

El rol propio se trabaja desde 1º curso, pero en realidad no se aplica, es un trabajo académico donde la estudiante no maneja los diagnósticos de la NANDA, ni las taxonomías NIC y NOC, falta practicarlo, saber hacer (E8).

La multiplicidad de respuestas nos conduce a explorar las fuentes de formación de las profesoras, que es muy heterogénea, puesto que el proceso enfermero no se estudió en la carrera y cada una ha buscado sus propios medios para formarse:

Los esfuerzos en formación son individuales, leyendo bibliografía en Internet, con mucha dificultad, así lo hemos estudiado todas las docentes, apenas lo vimos y nos costó muchísimo (E6).

A pesar de todo, han consensado realizar valoraciones mediante la utilización de los patrones funcionales de salud de Majory Gordon, pero a nivel teórico, no como método de trabajo para enfermería:

La universidad ha formado más en diseño curricular que en Proceso de Enfermería, y eso es lo que esperamos del PCI, organizar talleres sobre Proceso de Enfermería enfocados a docentes y profesionales del hospital (E12).

Por eso demandan formación práctica, cuestión que ligan a la recuperación del prestigio perdido por la carrera de enfermería, atisbando en el proyecto una gran oportunidad:

Queremos recuperar el status anterior, hacer cursos en Europa otorgaría a la Carrera de Enfermería el prestigio al trabajar con un modelo europeo (E4).

Esta carencia, junto a la implantación de la carrera de medicina en la UAGRM, han llevado a la carrera de enfermería a una situación de mínimos históricos, generando toda una serie de conflictos y reproches entre ambos estamentos:

La implantación hace 5 años de la carrera de medicina ha relegado a carrera de enfermería. Los alumnos de ambas carreras compiten en sus prácticas, el alumno de medicina usurpa al de enfermería sus técnicas y procedimientos y, además, convalidando asignaturas, utiliza la carrera de enfermería como vía de acceso a medicina (E5).

El proceso enfermero no se estudia como una metodología de trabajo propia que impregna todas las actuaciones, sino que:

Las enfermeras asistenciales conocen la metodología, pero ni se aplica ni se registra porque tampoco existen formularios. El proceso de enfermería tiene mucha importancia para la docente, pero no para el profesional (E11).

La enfermera asistencial trabaja sin planificación ni registros propios, algo que el alumno en prácticas acaba asumiendo, repitiendo y adoptando como modo de cuidar:

El alumno no lo valora porque no existe aplicación, lo ve a nivel académico pero no a nivel práctico y acaba haciendo como la enfermera de toda la vida (E6).

La polarización entre docentes y enfermeras asistenciales reorienta la entrevista hacia la valoración del peso de la teoría y la práctica en los planes de estudio de la UAGRM: encontrando un equilibrio en las horas dedicadas a materias clínicas y comunitarias, todas las asignaturas son obligatorias, pero su estructuración no sigue un modelo de aplicación del proceso de atención de enfermería:

Sería deseable que esta estructura estuviera basada en cuidados de enfermería y no tanto en una organización fisiopatológica (E7).

La autoestima de las enfermeras se ve minada por la carencia de un método científico del cuidado y una documentación propia que refuerce su rol profesional:

En centros asistenciales domina generalmente un paradigma biologicista y biomédico, pero va cambiando lentamente. La enfermera es consciente de tener un rol independiente, reivindica su trabajo, ser un profesional no dependiente exclusivamente del médico (E11).

Y es que las enfermeras no deciden sobre sus procesos, organización y gestión de los cuidados en la práctica clínica, e incluso en el organigrama directivo la jefatura de Enfermería no está al nivel del resto:

Directores y subdirectores suelen ser médicos, la Dirección de Enfermería aparece en un apartadito junto a las subdirecciones. La enfermera jefe es un órgano asesor, ejerce funcionalmente como subdirectora pero en el organigrama no aparece como tal (E4).

Por ello, aseveran encontrar múltiples trabas a su desarrollo profesional a nivel social, de gerencia y en el

trabajo interdisciplinario, generándose un severo déficit de autoestima:

A nivel comunitario, la enfermera asume roles que no le competen, todo pasa por sus manos pero es el médico quien firma. La misma sociedad da todo el estatus y reconocimiento al médico, pero la recuperación de nuestra autoestima tiene que partir también de las propias enfermeras (E9).

La carencia de documentación enfermera donde plasmar los cuidados es otra clave fundamental:

La documentación enfermera existente es una hoja de tratamiento donde va dieta, medicación, constantes vitales, pruebas diagnósticas, ...y un suplemento anexo con los cuidados de enfermería. Recoge lo hecho, no el plan de acción, y no se guarda en la historia clínica, no existe un documento específico de cuidados enfermeros (E1).

Sin embargo, dicen estar saturadas de documentación que nada tiene que ver con los cuidados, pero de la cual son responsables.

En la gestión de cuidados estamos débiles, tenemos montones de informes, nos abruma para hacer estadísticas que en realidad no son estudios exhaustivos (E4).

En un sistema de salud escasamente dotado de medios y recursos, con hospitales y centros de salud masificados, las enfermeras atienden a usuarios que no distinguen entre las distintas categorías de la profesión. La figura de la enfermera está poco diferenciada, hay sobrecarga de trabajo administrativo y escasa gestión de personas, conocimientos e investigación, campos dominados por el médico frente al inmovilismo de las enfermeras:

Las enfermeras queremos empezar a gestionar conocimientos, investigación y formación, pero sabemos que también depende de los presupuestos y ese es nuestro gran problema (E8).

Las expresiones denotan falta de respuesta, abatimiento y resignación, pues asumen que, una parte importante del problema también radica en su conformismo y falta de empuje en la lucha por la defensa de sus intereses. De la enfermera se espera satisfacción de necesidades básicas, apoyo y comprensión-compasión del paciente, pero no unos cuidados profesionales amparados en un conocimiento científico y una actividad autónoma. Y eso es lo que se quiere reivindicar con el desarrollo del PCI:

La gente no conoce los niveles de enfermería, reconocen su trabajo sacrificado pero siguen pensando que es la ayudante del médico y dudan que sea una persona preparada. La metodología enfermera influiría positivamente, ya que cada persona reconoce que la enfermera es un potencial, lo reconoce pero no lo grita (E7).

DISCUSIÓN

Cada vez es mayor el esfuerzo realizado por la enfermería para potenciar el desarrollo de la educación y la

investigación en países en desarrollo⁽¹²⁾, pero las experiencias de transformación de hábitos de trabajo han puesto de manifiesto la lentitud de los cambios, la necesidad de establecer metas alcanzables, de apoyar a las personas implicadas y el buen uso y aprovechamiento de los recursos⁽¹³⁾. Nuestro proyecto intenta responder a los desafíos que, en educación y gestión de recursos humanos de salud para América Latina realizó la Organización Panamericana de Salud, fomentando la interacción entre las universidades y los servicios de salud, que en Bolivia se traduce en apoyo técnico para fortalecer las capacidades locales y el intercambio de experiencias⁽¹⁴⁾.

Multitud de países han incorporado el proceso de enfermería a su práctica de forma progresiva y generalizada, convirtiéndose las enfermeras en generadoras de conocimiento e investigación, líderes de su formación y gestoras de cuidados, cuestión a la que ha contribuido de manera esencial la estandarización de lenguajes y el uso de taxonomías. Pero este proceso no goza de un desarrollo uniforme, mientras que algunos países informatizan la documentación enfermera dentro de la historia clínica⁽¹⁵⁾, en otros como Bolivia se limitan a esbozar escasas nociones teóricas sin ningún desarrollo práctico. Varios estudios han demostrado que la formación de las enfermeras no sólo mejora los cuidados de los pacientes, sino que es una necesidad crítica para la profesión⁽¹⁶⁾. En esa línea hay que entender la preocupación de la enfermería boliviana por adherirse a una metodología internacional, para lo cual es clave determinar sus expectativas y el significado atribuido al proceso de atención de enfermería⁽¹⁷⁾.

Las enfermeras apuntan al distanciamiento entre la academia y las prácticas de salud como base del problema para la implantación del proceso de enfermería⁽¹⁸⁾, achacable a su escaso peso curricular, carencias de uniformidad en la metodología docente y escasa formación en este tema del profesorado y las enfermeras egresadas, desembocando en un déficit de formación del alumno. En sintonía con otras experiencias⁽¹⁹⁾, la dificultad para el aprendizaje, la carencia de presupuestos para la formación y la escasa relación docente-asistencial, son percibidas como dificultades para la implementación. Las carencias expresadas por las enfermeras cruceñas coinciden con otros estudios en la necesidad de formación y capacitación, así como de compromiso de las instituciones para implantar el proceso de enfermería⁽²⁰⁾; pero a todo ello añaden elementos específicos de su contexto⁽⁷⁾, a saber, y para el caso de Bolivia, el déficit crónico de recursos humanos y materiales, como la bibliografía básica para su estudio, práctica e implementación.

Las enfermeras expresan carencia de tiempo y recursos para dedicarlos a su propia formación, así como que éstos se emplean en actividades teóricas y administrativas alejadas del cuidado del paciente, sobre todo en la gestión de documentación médica. Es por ello que, en consonancia con otros estudios⁽²¹⁾, muestran preocupación por el tiempo que les ocuparía la implementación del proceso de enfermería, aunque reconocen que supondría generar registros que les

permitirían publicar resultados, lo cual incrementaría la visibilidad de las enfermeras bolivianas⁽²²⁾ e iniciaría su adhesión a un movimiento mundial de la profesión como es el empleo de una metodología científica del cuidado.

Limitaciones: los resultados de este estudio son de aplicación en el contexto donde se han obtenido los datos, no siendo generalizables más allá del mismo.

CONCLUSION

Para las enfermeras participantes entrevistadas, el proceso de enfermería significa dotarse de una metodología científica para la aplicación de los cuidados, una percepción más acusada en las docentes que en las profesionales. Mayoritariamente perciben la relación del proceso de enfermería con el trabajo práctico, cuya implementación daría sentido y relevancia a su quehacer profesional, colocando a la enfermería boliviana en la misma línea de la profesión a nivel internacional.

Las enfermeras detectan serias restricciones para el desarrollo del proceso de enfermería, pero no dudan de que pueden ser solventadas con la colaboración internacional a través del PCI. Ello precisaría de un *cambio cultural* que transforme a la enfermera de mera ejecutora de órdenes médicas en una profesional que planifica sus cuidados siguiendo el método científico, cuestión que no ha de percibirse por el resto de profesionales como una amenaza.

En su opinión, son necesarias estrategias para favorecer su implementación en los ámbitos docente y asistencial del Departamento de Santa Cruz de la Sierra, siendo el alumno el eje de transmisión entre ambos campos de actuación. Del análisis de la entrevista se desprende un consenso sobre la necesidad de aprovechar la potencialidad del alumno como motor del cambio.

La escasa tradición de la enfermería boliviana a la hora de gestionar su propios recursos y conocimiento es vista como un impedimento, no sólo para la implementación del proceso de enfermería, sino para su posterior desarrollo. Se plantea así la necesidad de creación de una unidad operativa de enfermeras que tutele el proceso de expansión, tanto en el departamento como en el resto del país. Las carencias de soportes documentales y bibliográficos específicos, son experimentadas también por las encuestadas como serios obstáculos para el desarrollo de los objetivos propuestos.

Fruto de las conclusiones de este trabajo, se pusieron en práctica una serie de acciones puntuales específicas como:

- Desarrollo de seminarios teórico-prácticos sobre proceso de enfermería, impartidos por docentes de la UAL durante el año 2008, con la participación de todas las docentes de la UAGRM y de las enfermeras de los cuatro centros hospitalarios implicados en el proyecto.

- Se mantuvieron varios encuentros con asociaciones de alumnos de enfermería de la UAGRM para informarles e implicarles en el desarrollo proyecto.

- Se creó una Unidad de Planes de Cuidados (UPC) con representación de enfermeras docentes, hospitalarias, de la comunidad y del Colegio de Enfermeras, encargada actualmente de tutelar la expansión del proceso enfermero a otros centros mediante la formación de profesionales.

- Se ha diseñado un documento de Valoración Inicial de Enfermería contextualizado y validado por la UPC, en fase de pilotaje, y su incorporación a la historia clínica del

paciente. Igualmente, se está pilotando como modelo en los hospitales implicados un Plan de Cuidados Estandarizado Perioperatorio, validado y contextualizado por la UPC desde junio de 2008.

- Se diseñó un programa de entrevistas con autoridades docentes, sanitarias y sociales para explicar las potencialidades del proyecto y solicitar su colaboración.

REFERÊNCIAS

1. Parse RR. Challenges for global nursing. *Nurs Sci Q.* 2005; 18(4):285.
2. Melby CS. Educating an international workforce [editorial]. *Nurs Health Sci.* 2005;7(1):1.
3. Vonderheid SC, Al-Gasseer N. World Health Organization and global health policy. *J Nurs Scholarsh.* 2002;34(2):109-10.
4. Tanner CA. Global perspectives in nursing education. *J Nurs Educ.* 2002;41(7):287-8.
5. Clutter P. Medical mission to Bolivia: a photo essay. *J Emerg Nurs.* 2005;31(2):216-9.
6. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Paganin A, Rejane E. Proceso de enfermería: de la literatura a la práctica: ¿qué estamos haciendo, de hecho? *Rev Latino Am Enferm.* 2009; 17(3):302-7.
7. Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):649-55.
8. Ledesma-Delgado MA, Rino MM. El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. *Rev Latino Am Enferm.* 2009;17(3):328-34.
9. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín (CO): Universidad de Antioquia; 2002.
10. Cutcliffe JR, McKenna HP. When do we know that we know? Considering the truth of research findings and the craft of qualitative research. *International J Nurs Stud.* 2002;39(6): 611-8.
11. Nascimento KL, Stein D, Santos M, Lorenzini A. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):643-8.
12. McAuliffe MS, Cohen MZ. International nursing research and educational exchanges: a review of the literature. *Nurs Outlook.* 2005;53(1):21-5.
13. Girot EA, Enders BC, Wright J. Transforming the obstetrics nursing workforce in NE Brazil through international collaboration. *J Adv Nurs.* 2005;50(6):651-60.
14. Rigoli F, Rocha CF, Allison A. Critical challenges for human resources in health: a regional view. *Rev Latino Am Enferm.* 2006;14(1):7-16.
15. Mahler C, Ammenwerth E, Wagner A, Tautz A, Happek T, Hoppe B, et al. Effects of a Computer-Based Nursing Documentation System on the quality of a nursing documentation. *J Med Syst.* 2007;31(2):274-82.
16. Palmer SP, Heaston S. Teaching the teacher program to assist nurse managers to educate nursing staff in Ecuadorian hospitals. *Nurse Educ Pract.* 2009;9(2):127-33.
17. Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Aguilera-Manrique G, Peredo De Gonzales MH, Mollinedo-Mallea J, Hernández Padilla JM. Análisis de las condiciones para la implantación del proceso enfermero en Santa Cruz (Bolivia). *Enferm Clin.* 2010;20(5):280-5.
18. Stein D, Santos M, Nascimento K, Lorenzini A. Sistematización de la asistencia de enfermería como fenómeno interactivo y multidimensional. *Rev Latino Am Enferm.* 2008; 16(6):979-85.
19. Franco CME, Carvalho EC. Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. *Rev Latino Am Enferm.* 2005;13(6):929-36.
20. Fernández A, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(1):111-6.
21. Rezende PO, Gaidzinski RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(1):152-9.
22. Lange I, Leonhardy K. The need for evidence in nursing practice in Latin America. *Appl Nurs Res.* 2006;19(4):220-1.

Agradecimientos

A las enfermeras participantes, docentes y autoridades de la UAGRM y a la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo que ha financiado los PCI (A/6907/06, y A/8374/07).