

FCM

ESCUELA DE ENFERMERIA
CICLO DE LICENCIATURA
SEDE: FCM



TESINA

**TEMA: “Causas que limitan la correcta
Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería”**

**Autores: Duarte, Iván Adolfo
Palma, Miguel Jorge
Vega, Jonathan Damián**

Mendoza, 15 de Diciembre de 2015

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

RESUMEN

Tema: “Causas que limitan la correcta Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería”

Autores: Duarte, Iván; Palma, Miguel; Vega, Jonathan

Lugar: Hospital Héctor Elías Gailhac, El Algarrobal, Las Heras.

Introducción: El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta fundamental para el desarrollo de la labor diaria de la profesión; ya que es un método científico que permite a los profesionales brindar un cuidado de forma racional, lógica y sistemática. Además, suscita el pensamiento crítico y flexible, aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería, así como potenciar la sensación de felicidad y la capacidad para actuar según el rol deseado. Cuando se limita su aplicación por diversas circunstancias, no solo se ve afectada la imagen del enfermero en su labor diaria, sino también en su capacidad cognitiva y reflexiva ante la toma de decisiones que se presentan a lo largo de su profesión.

Objetivo general: Identificar las barreras que limitan a los enfermeros la aplicación del proceso de atención de enfermería, en el Hospital Héctor Elías Gailhac en los pabellones de internación de geriatría.

Material y método: Estudio cuantitativo de tipo correlacional, no experimental de corte transversal y aplicado. Fuente primaria.

Población y muestra: una población de 21 enfermeros del Hospital Héctor Elías Gailhac, de la cual se utilizó una muestra de 21 enfermeros.

Resultados: Los resultados que arrojaron el presente estudio demostraron que las limitaciones más presentes en el hospital fueron: la presencia del modelo médico hegemónico, falta de recursos humanos y materiales.

Conclusión: Este estudio permitió mostrar las limitaciones más frecuentes que se encuentran en el desarrollo normal de la profesión, las cuales impiden la correcta aplicación del PAE.

Palabras claves: Proceso de Atención de Enfermería, Limitaciones, Modelo Médico-Hegemónico.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a cada uno de los miembros de nuestras familias por el apoyo incondicional en esta labor, aportándonos paciencia, contención, cariño, nos dieron fuerzas para continuar con las metas que nos hemos propuesto realizar.

Agradecemos a los profesores por habernos enseñado a ser mejores profesionales y demostrarnos que el aprendizaje es constante, por lo que siempre hay algo más para aprender, y así, forjarnos como mejores profesionales.

PROLOGO

El presente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de encontrar una posible respuesta acerca de las limitaciones que afectan e interfieren en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

La enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería favorece la actuación reflexiva y el desarrollo del pensamiento crítico.

En su forma o metodología, el PAE es útil, pero en la realidad que nosotros notamos, nos llevó a plantearnos por qué no se aplica en la práctica diaria.

Como profesionales de la salud, nos llevó a averiguar cuáles son las limitaciones que impiden que el Proceso no sea aplicado, lo cual conlleva a que la profesión pierda lentamente reconocimiento y prestigio ante la sociedad.

Encontramos diversas limitaciones a que la enfermería no sea reconocida como una profesión, pero estas limitaciones no podrían haberse puesto a la luz sin la colaboración de todos aquellos colegas que contribuyeron a la realización de este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

CARATULA	I
ADVERTENCIA.....	II
Acta de Aprobación	III
RESUMEN	IV
AGRADECIMIENTOS	V
PROLOGO	VI
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCION.....	2
Descripción del problema	3
Formulación y/o Planteo del problema	4
Objetivo general:	5
Objetivos Específicos	5
Justificación del problema.....	6
Marco Teórico.....	7
CAPITULO II.....	40
DISEÑO METODOLOGICO	40
HIPOTESIS	41
CAPITULO III.....	44
RESULTADO, DISCUSIÓN Y PROPUESTA	45
Bibliografía.....	68
APÉNDICES Y ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
TABLA Y GRÁFICO N° 1: Sexo	45
TABLA Y GRÁFICO N° 2: Edad	46
TABLA Y GRÁFICO N° 3: Nivel de formación	47
TABLA Y GRÁFICO N° 4: Cantidad de horas de trabajo	48
TABLA Y GRÁFICO N° 5: Turno que trabaja	49
TABLA Y GRÁFICO N° 6: Relación enfermero/ paciente	50
TABLA Y GRÁFICO N° 7: Momento que recibió capacitación del PAE	51
TABLA Y GRÁFICO N° 8: Presencia de protocolos	52
TABLA Y GRÁFICO N° 9: Presencia de protocolos: Forma como están los protocolos	53
TABLA Y GRÁFICO N° 10: Recursos materiales	54
TABLA Y GRÁFICO N° 11: Recursos Humanos	55
TABLA Y GRÁFICO N° 12: Registro de enfermería: Registra las acciones de cada una del PAE	56
TABLA Y GRÁFICO N° 13: Dedicar mayor tiempo a la labor asistencial que la administrativa	57
TABLA Y GRÁFICO N° 14: Utiliza la escala de valores	58
TABLA Y GRÁFICO N° 15: Se siente Identificado ante los otros profesio- nales	59
TABLA Y GRÁFICO N° 16: Al momento de realizar un plan de cuidados de limpieza bucal	60

TABLA Y GRÁFICO N° 17: Ante la presencia de ulcera por presión	61
TABLA Y GRÁFICO N° 18: Presencia del Modelo médico hegemónico	62
TABLA Y GRÁFICO N° 19: Según momento de capacitación del PAE por Nivel de Formación	63
TABLA Y GRÁFICO N° 20: Según presencia del modelo hegemónico por funciones de enfermería ante UPP	64
TABLA Y GRÁFICO N° 21: Según registra cada etapa del PAE por Relación enfermero paciente	65

CAPITULO I

INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método científico que aplicado a la práctica asistencial, permite a los profesionales brindar un cuidado de forma racional, lógica y sistemática.

La aplicación del PAE favorece la interacción humana que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social y dar respuesta a las necesidades humanas, a través de un cuidado integral que permita el trabajo en equipo entre los actores del mismo, para la realización de acciones que optimicen las capacidades individuales, fomenten el auto cuidado, el bienestar, el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte en condiciones de dignidad.

La importancia se centra en que el conocimiento del mismo, suscita el pensamiento crítico y flexible, aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería, así como potenciar la sensación de felicidad y la capacidad para actuar según el rol deseado, proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo a las necesidades y respuestas humanas, y hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al brindar cuidados de salud.

Las funciones de los profesionales de enfermería han cambiado a la par de las transformaciones sociales y políticas del medio. En la actualidad se debe responder no solo con el cuidado directo de los pacientes, sino con labores administrativas cada vez más demandantes, esto sin duda afecta el uso de las taxonomías y la aplicación del proceso de atención de enfermería a la gran cantidad de usuarios que se tienen asignados

Si bien están ampliamente comprobado su eficacia, múltiples son los factores que impiden su aplicación.

El presente trabajo intenta reflejar cuáles son las causas que limitan la no aplicación del PAE por el personal de enfermería, del Hospital Héctor Elías Gailhac.

Descripción del problema:

Lo que nos llamó la atención en el hospital Héctor Elías Gailhac fue que, las actuaciones de enfermería no traducían lo aprendido en la formación académica. Resaltando las técnicas de enfermería en general y la **NO** implementación del proceso de atención de enfermería (P.A.E) en la práctica diaria.

De esta forma se abre un amplio margen de investigación, sobre técnicas y aplicación del PAE. Este último prácticamente no se aplica en ningún sector del hospital. Teniendo en cuenta que el PAE incluye a las técnicas de enfermería científicamente fundamentada, por lo que nos centramos en averiguar cuáles son las causas que limitan su aplicación.

Es conveniente recordar que el PAE, es una herramienta fundamental en nuestra profesión como actividad principal, ya que utiliza el método científico e identifica el campo en donde puede tener competencias el enfermero en forma autónoma. En sus etapas se reconocen un diagnóstico de enfermería que nos brinda el panorama que observamos en el paciente; realizamos la valoración del estado general del paciente, planificamos como actuar independientemente sobre los déficit o necesidades que tiene el paciente; ejecutamos acciones concretas y propias de la enfermería y evaluamos los resultados obtenidos, y generando una retroalimentación con la finalidad de obtener el mejor resultado, de esta manera se mejora la calidad de atención de enfermería. Este proceso no sería factible si no existiera un óptimo registro de nuestras acciones.

Haciendo análisis de la situación que presenta nuestra institución, encontramos que el problema, es la falta de aplicación del PAE en los pabellones de internación geriátrica.

Formulación y/o Planteo del problema

¿Cuáles son las causas que limitan la correcta aplicación del proceso de atención de enfermería, aprendido durante la formación académica, en los meses de Octubre-Noviembre de 2015, en los servicios de internación del hospital Héctor Elías Gailhac?

Objetivo General:

Identificar las barreras que limitan a los enfermeros la aplicación del proceso de atención de enfermería, en el Hospital Héctor Elías Gailhac en los pabellones de internación de geriatría.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar al personal de enfermería.
2. Identificar las barreras que limitan que el PAE sea aplicado dentro de los distintos servicios.

Justificación del problema:

Observamos que a diario, en nuestro lugar de trabajo, Hospital Héctor Gailhac, y visitando otros centros asistenciales, la práctica de Enfermería dista de lo aprendido en la formación profesional.

Los enfermeros/as no trabajan de una forma ordenada, siguiendo una metodología de trabajo, como es el proceso de atención de enfermería, sino que todo lo contrario, trabajan en forma desorganizada y/o sin considerar un plan de cuidado para la atención del paciente, de esta forma el profesional de enfermería corre el riesgo de olvidar a través del tiempo los fundamentos científicos aprendidos en la formación académica, y adoptando pseudo rutinas reglamentadas de trabajo, cayendo muchas veces en una práctica empírica en su accionar. Esto induce al decrecimiento e involución de la profesión. Perdiendo credibilidad y autoridad como profesional ante el equipo de salud y la sociedad en general.

El PAE es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados a partir de la identificación de los factores que afectan a la salud, reales o potenciales, de las personas, grupos o comunidad.

Según Carpenito, la enfermería **necesita** un sistema de clasificación, para describir y desarrollar un fundamento científico firme, que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional.

La aplicación del proceso permite trabajar de forma ordenada y autónoma, ya que nos proporciona bases fundamentadas científicamente, sobre la práctica a realizar. Para lograr esta correcta atención es necesario que el enfermero posea los conocimientos adecuados que le demanda la práctica. Este sistema busca perfeccionar constantemente el accionar enfermero.

Marco Teórico

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE GERONTOLÓGICO

Desde el punto de vista semántico, el término cuidado tiene múltiples acepciones, para el caso de enfermería, se puede asumir como una relación interpersonal de naturaleza transformativa que tiene como objeto brindar acompañamiento y contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de las personas o colectivos, ya sean sanos o enfermos, y que debe entenderse inmerso en un contexto y enmarcado por los valores, creencias, intereses y expectativas de la persona cuidada y del cuidador.

El cuidado ha estado íntimamente ligado a la naturaleza humana; su evolución, fines y alcances han estado altamente influenciado por los modelos socio-económicos y culturales imperantes y el valor y significado que las personas, han dado a la salud, la vida y la muerte. Respecto a esto, Porras expresa que “lo que se puede deducir al analizar las diversas acepciones del concepto de cuidado de enfermería, es que éste evoluciona, se desarrolla y se perfecciona a medida que enfermería avanza a consecuencia de su quehacer social como profesión y de su caminar como disciplina”¹

Para Duque “el cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social y la relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Esta interacción con el sujeto cuidado, individuo o colectivo, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros,

¹Porras P. La coherencia del concepto de cuidado de enfermería en el currículo. En: Dimensiones del cuidado. Grupo de cuidado Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. 253 p. 225-229

convirtiéndose el proceso comunicativo en un elemento fundamental del cuidado”²

El encuentro e interacción de los sujetos de cuidado permite el encuentro intersubjetivo que favorece la generación de conocimientos derivados de la práctica que constituyen la base del desarrollo gnoseológico de la disciplina, en tanto, se generan cambios en ambos actores del cuidado; este hecho refleja la visión de interacción recíproca y transformativa, fin que persigue la disciplina de enfermería en cumplimiento del encargo social que le asiste.

La interacción humana de carácter científico, técnico y humanístico requiere la articulación de múltiples elementos, entre ellos, el asunto ético en la práctica.

De esta forma, el acto de cuidar trasciende de la realización mecánica de procedimientos y seguimiento de protocolos, hacia un encuentro con el sujeto cuidado en la construcción conjunta que genera salud, bienestar y conocimiento.

De esta manera, el acto del cuidado se fundamenta en la interacción de naturaleza humana del cuidador y del sujeto cuidado, y en el encuentro de las potencialidades que tanto los pacientes como los profesionales de enfermería poseen y dejan aflorar cuando se establece la relación de cuidado. A esto respecto, Travelbee³; define al paciente y a la enfermera como personas con unas categorías precisas y destaca que la diferencia radica en que la enfermera posee un cuerpo de conocimiento especializado y la capacidad de utilizarlo con el propósito de asistir a otros seres humanos para prevenir la enfermedad, ayudar en su recuperación o mantener el más alto nivel de salud.

El cuidado de enfermería al paciente gerontológico, por un lado, el desarrollo de competencias científico técnicas para la ejecución de intervenciones de interferencia de las necesidades fisiológicas básicas de los pacientes implica la realización de múltiples intervenciones que podrían dar como resultado una perspectiva instrumental del cuidado, es imperativo el desarrollo de competencias humanísticas que faciliten la visión holística del ser humano, según Minotas, la práctica profesional en este contexto debe estar fundamentada en el ejercicio de la moral,

² Duque S. Dimensión del cuidado a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimientos. Invest Educ Enferm. 1999; 17(1): p.75-78.

³ Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. 3rd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1967. 235 p

las acciones humanizadas y el autocontrol; visto desde la perspectiva disciplinar es el desarrollo de los patrones de conocimiento ético, personal y estético con el objeto de alcanzar la visión de interacción recíproca y transformativa del acto de cuidado.

A lo sumo, el cuidado de enfermería al paciente geriátrico, supone la aplicación de una metodología científica que contemple todas las esferas de los pacientes y le permita desarrollar las actividades en un marco lógico de pensamiento que propenda por la restitución de la salud o el acompañamiento durante la muerte, y que dé cuenta de evidenciar la eficacia de las acciones mediante la utilización de un lenguaje profesional estandarizado que contribuya al desarrollo del conocimiento, la identidad y la autonomía profesional.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.) “La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se presentan a las personas de todas las edades, familia, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes, los sistemas de salud, y la formación”⁴.

En la relación profesional de salud/paciente, la autonomía presupone competencia y libertad para realizar elecciones conscientes entre las opciones posibles. El profesional debe considerar todas las explicaciones necesarias sobre la situación, los riesgos presentes en las diferentes alternativas de elección, para que todas las posibilidades sean reconocidas y sea factible de elegir la que mejor atienda las necesidades.

Para elegir las intervenciones que mejor se adecuó a las necesidades del paciente, es necesario que el enfermero tenga y mantenga los conocimientos actualizados. Como cita De Pedro Gómez, Joan. “Que la práctica clínica basada en la evidencia mejora la calidad de la asistencia convirtiéndola en costo-eficiente, al tiempo que mejora los resultados clínicos”. Y cita, lamentablemente no se puede

⁴<http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> (vistada el 20 de junio del 2015).

afirmar que las instituciones y los propios profesionales de enfermería conozcan la necesidad de comprender la importancia que tiene la transferencia de la evidencia en la práctica clínica.⁵

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA COMO FUENTE DE CONOCIMIENTOS

Los pronunciamientos de las teoristas en enfermería dan orientaciones claras respecto a que el fin de la investigación es el mejoramiento del cuidado y la consolidación del cuerpo de conocimientos propios de la disciplina; en este sentido, Durán plantea que “su función es la de generar o probar teoría. La investigación diseñada para generar teoría busca identificar un fenómeno, descubrir sus dimensiones o características, o especificar las relaciones de las dimensiones. La investigación que prueba teoría busca desarrollar evidencias acerca de hipótesis derivadas de la teoría; en otras palabras es una aplicación sistemática de los métodos empíricos que tiene como fin la producción del conocimiento”⁶.

En este orden de ideas, el reto para los profesionales de enfermería es hacer investigaciones que nutran la práctica y reviertan su producto en beneficio del cuidado de las personas sanas o enfermas, sobre los asuntos propios del cuidado como las metodologías, los indicadores empíricos, la eficacia de laxaciones y la situación de los profesionales de enfermería en el contexto actual.

Desde esta óptica, uno de los desafíos que ha enfrentado la disciplina desde sus inicios y que se acentúa en los tiempos modernos, es la puesta en marcha de investigaciones en la práctica cotidiana, cuyos resultados se dirijan al mejoramiento de la experiencia del cuidado de las personas y de los colectivos.

Además se espera que la evidencia generada nutra el referente teórico de la disciplina y se encamine a la resolución de los problemas prácticos de la cotidianidad en la labor profesional, esto es, la abstracción de la teoría que subyace a la práctica y el escalonamiento de la teoría hasta el nivel de una filosofía que oriente el cuidado y haga visible el aporte de la profesión al mantenimiento de la vida y la salud de las personas.

⁵De Pedro Gómez, Joan. Sin transferencia no hay evidencia <WWW.index-f.com/evidencia/n35/ev3506.php>

⁶ Durán MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 76, 98, 112.

Paralelamente, la filosofía del cuidado permite, tal como lo plantea Durán⁷ “criticar y sistematizar el conocimiento de enfermería que ha surgido de la investigación empírica, de la práctica clínica, del aprendizaje racional, y de cualquier otro recurso del conocimiento, incluyendo la intuición”. De esta manera emerge la imperativa necesidad de generar evidencia a partir de la introducción de cambios sustanciales en la formación profesional de enfermería, en el desarrollo de competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales para desempeñar actividades asistenciales, docentes, investigativas y de gestión de manera ética, científica, reflexiva, propositiva mediante la implementación de las metodologías propias y con un alto sentido de lo humano.

A este respecto, Diárbora⁸, plantea que “el futuro del proceso de cuidar, depende de la estructura del saber constituida a partir de las realidades estudiadas y exploradas exhaustivamente por los enfermeros. El saber específico de cuidar y del cuidado proporciona al enfermero la posibilidad de alcanzar una autonomía profesional donde la competencia y el dominio del hacer y del saber se reflejan sobre los niveles de decisión que le competen”.

Son los profesionales de enfermería los que deben construir, depurar y robustecer su base conceptual a partir de las teorías propias y las provenientes de otras disciplinas; de igual manera orientar su práctica profesional con arreglo a los supuestos de enfermería con el fin de interpretar las situaciones, tomar decisiones y proponer intervenciones ajustadas a las necesidades de los pacientes que de manera eficaz contribuyan al cumplimiento del encargo social.

Estrategias como la enfermería basada en la evidencia responden a la exigencia de construir conocimientos mediante la comprobación y la indagación científica en los ámbitos clínico y comunitario, en los cuales, los profesionales de enfermería aún tienen la responsabilidad de trabajar arduamente para implementar indicadores empíricos como el Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de enfermería, con el objeto de generar resultados que hagan visible su

⁷ Durán MM. Indagación filosófica y la práctica de la enfermería. En: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Dimensiones del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 1998. 253 p. 26-33.

⁸ Diárbora E. Los instrumentos básicos de enfermería: una propuesta para la orientación curricular. Revista de Enfermería del Hospital Italiano. 2003; 7(19):9-13.

aporte en el cuidado y a la restitución de la salud. En tal sentido, Castrillón⁹ plantea que “se debe pasar del abordaje retórico del Proceso de Atención de Enfermería a una práctica fundamentada en la disciplina del cuidado humanizado y de realizar tareas y rutinas institucionalizadas a la práctica basada en evidencia”.

La enfermería se halla en un período crucial en el desarrollo del conocimiento enfermero. El compromiso de los enfermeros con el cuidado de la salud, exige permanente capacitación y desarrollo de la conciencia y de la sensibilidad ética para que el proceso de toma de decisiones sea necesario y adecuado. A veces la formación académica no es suficiente, si no se implementan los conocimientos en una forma práctica, ya que existe una separación entre lo que se conoce y lo que se practica; esta separación puede deberse a varios problemas, pero el enfermero no debe olvidarse que cuenta con las herramientas necesarias para producir un cambio, los modelos teóricos que se han desarrollado, permiten la elaboración de estrategias, que dirijan las actuaciones en la práctica.

La enfermería a lo largo de la historia ha ido avanzando en su desarrollo, ha surcado caminos para posicionarse en la actualidad como profesión.

El estudio y evolución de la enfermería, es necesario para comprender la situación en la que se encuentra la profesión en cuanto a la construcción de su cuerpo de conocimientos.

Si tomamos el concepto de enfermería como cuidado podemos decir que es tan antigua como la humanidad, ya que desde el principio de la misma, siempre han existido personas que no han podido valerse por sí solas, y han requerido el cuidado de otras personas.¹⁰

En la antigüedad los cuidados de enfermería habían sido brindados por voluntarios con escasa o ninguna formación, en su mayoría, de distintas órdenes religiosas. Fuera del ámbito religioso la enfermería era considerada una ocupación

⁹ Castrillón C. Retos para la enfermería en el siglo XXI: el desafío disciplinar. En: Conferencia Introductoria Maestría en Enfermería, primera generación; 2005 Marzo 10. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2005. p.2.

¹⁰ Extracto de Revista Cuidándote Digital Vol. V, 3° Cuatrimestre 2013

de baja calificación y escaso prestigio, propia solo de quienes no podían acceder a un trabajo mejor.

La década del 50' es muy importante en la historia de la Enfermería y en la historia de los cuidados. Luego de la 2º Guerra Mundial, miles de enfermeras, volvieron de Europa y llegaron a EEUU con mucha experiencia. Estas enfermeras comenzaron a mirar en las industrias y en las fábricas entonces veían que por la puerta de una industria ingresaba un hierro y salía un coche y veían que entraba un trozo de madera y por la otra salía un mueble. La Enfermería de esa época comenzó a ver esto y pensaba que ese coche pasaba por distintas etapas y en cada una de esas etapas intervinieron distintas personas, que aplicaron un proceso. El término Proceso nace en la década del 50'.

En 1953 muchas enfermeras vieron que este proceso se podía aplicar a Enfermería y hablaban de un proceso de Atención de Enfermería y se decía que por la puerta del hospital entraba un paciente y en este proceso había distintas etapas y un montón de personas de distintos niveles profesionales y no profesionales que intervenían en los cuidados y ahí, muchas enfermeras empezaron a hablar de PAE. Sin embargo, si bien teníamos el instrumento de cuidado (PAE) aún debíamos encontrar una forma de pensar para usar ese instrumento, es por eso que nace otro término nuevo que hoy llamamos Marco Conceptual o Modelo Conceptual. Se trata de un conjunto de valores e ideas aportados en principio por teóricas enfermeras tales como Dorothea Orem, Virginia Henderson, Martha Rogers y Betty Neuman, entre otras.

Los Modelos o Marcos Conceptuales responden a las tendencias y teorías.

No es factible hablar de Modelo de Cuidado sin una base teórica que lo sustente. Modelos de cuidados puede haber muchos pero deben responder a alguna de las tendencias o teorías.

1.) Clasificación de los modelos según tendencias

1.1.) Tendencia naturalista: también denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la Naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

1.2.) Tendencia de suplencia o ayuda: los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera, como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (niñez, adolescencia, adultez, ancianidad) fomentando ambas teóricas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.

1.3.) Tendencia de interrelación: en este grupo se incluyen los modelos de Hildegard de Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su hábitat.

2.) Clasificación de los modelos por teorías

En esta clasificación los modelos se agrupan tomando como referencia las teorías que les han servido para su elaboración.

2.1.) Modelos de interacción, basados en la teoría de la comunicación-interacción de las personas. Destacan: Orlando (1961), Riehl (1980), Kim (1981).

2.2.) Modelos evolucionistas, se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la Enfermería relacionado con la edad. Destacan: Thibodeau (1983), Peplau (1952).

2.3.) Modelos de necesidades humanas. Parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la Salud como núcleo para la acción de Enfermería. Destacan: Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980), Roper (1980).

2.4.) Modelos de sistemas, usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de Enfermería. Destacan: Roy (1980), Jhonson (1980), Newman (1982).

2.5.) En 1983 Lynda Carpenito creó el Modelo Bifocal para la práctica clínica, para crear planes de cuidados estandarizados, que sirve tanto para el usuario sano como para el enfermo.

El Modelo Bifocal intenta identificar los tipos de problemas independientes (propios de la disciplina) e interdependientes (en colaboración con otro profesional del equipo).

Importancia de la teoría para la práctica de enfermería

Gracias al aumento de estudiantes en las escuelas de enfermería durante la segunda mitad del siglo XX, empezó a instaurarse el objetivo de desarrollar un conocimiento teórico, como base para la práctica de la enfermería.¹¹ Comenzaron programas educativos, se crearon programas de especialización en enfermería y planes de estudios con acreditación. Los nuevos planes de estudios llevan a que sea necesario que los estudiantes aprendan el proceso de investigación.

En la década del 70, se realizó una amplia revisión de los estudios y se observaron los puntos fuertes y débiles de la investigación, se recalcó la importancia de la conceptualización de la enfermería para el proceso de investigación y de un marco conceptual para los objetivos y el diseño de la investigación con la intención de crear una ciencia.¹² Esto dio paso a una etapa de desarrollo teórico con el objetivo de que la teoría enfermera guiara la práctica.

Los trabajos teóricos sobre enfermería sirvieron para unificar el conocimiento teórico de la enfermería. La teoría es importante para la disciplina de la enfermería, porque todas las disciplinas dependen de ella.

¹¹Ann MorrinerTomey-Martha RaileAlligood- Modelos y Teorías en enfermería-Capitulo 2 Pag 17

¹² Alligood, M.R. (2001). Nursing theory: TheBasisforprofesional nursing. En K.K Chitty (Ed.), Professional nursing: Concepts and challenges (3 ed.). Filadelfia: W.B. Saunders

La función más importante de una teoría es explicar, decir por qué, cómo y cuándo ocurre un fenómeno. Sistematiza y da orden al conocimiento. (H. Sampieri).

Y ésta no solo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es vital para la práctica de la profesión.

Relación entre teoría y práctica de la enfermería

La teoría ayuda a la práctica de enfermería a:

- Organizar los datos del paciente
- Comprender los datos del paciente
- Analizar los datos del paciente
- Tomar decisiones sobre las intervenciones de enfermería
- Planificar el cuidado del paciente
- Predecir los resultados esperados del cuidado
- Evaluar los resultados del paciente

Basar la práctica en los conocimientos teóricos, es beneficioso para el paciente ya que, proporciona un enfoque sistemático para la práctica de enfermería. Favorece al desarrollo de la profesión y proporciona al enfermero las herramientas útiles para el razonamiento, el pensamiento crítico (es esencial tener conocimientos disciplinares específicos para ser capaz de pensar críticamente, si no se sabe que conocimientos se requieren probablemente no sabe lo suficiente para lograr su objetivo, por lo que es necesario pedir ayuda), y la toma de decisiones para la práctica enfermera.

Los factores que intervienen en la práctica de la enfermería son complejos, y la cantidad de datos que sus profesionales deben manejar es enorme. Es necesario analizar una gran cantidad de información sobre el paciente antes de tomar una decisión. El enfoque teórico ayuda a los enfermeros a aplicar las prácticas de enfermería de modo ordenado. La teoría les permite organizar y comprender lo que sucede en la práctica, analizar las situaciones de los pacientes de modo crítico para tomar decisiones, planificar los cuidados y proponer las intervenciones

adecuadas, decidir los resultados esperados del paciente con respecto a la atención prestada, y evaluar su eficacia. La herramienta óptima en la actividad para los profesionales enfermeros es el PAE (proceso de atención de enfermería); porque nos permite tener una visión holística del paciente, y de esta manera, actuar de forma autónoma en los cuidados de enfermería.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA LÓGICA DEL CUIDADO

El propósito de la filosofía de enfermería es dar cuenta sobre las orientaciones del fenómeno de interés para la disciplina y fomentar el desarrollo del conocimiento. El componente filosófico declara lo que se cree acerca de los componentes del metaparadigma (persona, salud, enfermería, entorno), sobre los cuales se ha fundamentado el desarrollo del conocimiento en enfermería y su estructuración como ciencia que propende por la comprensión y articulación de los fenómenos que tienen que ver con el hombre y el mundo en que vive¹³

El paradigma de la disciplina de enfermería es una declaración o un conjunto de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para la disciplina constituyendo un elemento estratégico para la formación de la teoría. Podría pensarse que existe un consenso progresivo sobre los componentes del metaparadigma en relación con las respuestas de los seres humanos y sus formas de vivir la salud.

La definición y aceptación del metaparadigma y los desarrollos investigativos sobre los fenómenos de interés para la enfermería como disciplina y profesión han favorecido el desarrollo epistemológico orientado por la perspectiva disciplinar que ha servido de marco para la creación y evolución del Proceso de Atención de Enfermería como instrumento para el desarrollo del conocimiento, por cuanto articula teoría y práctica, refleja las visiones de interacción recíproca y del mundo de acción simultánea y los patrones de conocimiento empírico, estético y ético¹⁴. Esta es la teoría que subyace al Proceso como una metodología científica y humanística sobre la cual varias teoristas han elaborado sus propuestas.

¹³ Durán MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 76, 98, 112.

¹⁴ Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3 rd edition. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1995. 576 p. p.15-17,24, 25.

Entre las pensadoras que han contribuido al desarrollo del proceso de enfermería se reconoce como pioneras a Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes propusieron un proceso compuesto por 3 fases (valoración, planeación e intervención); posteriormente Yura y Walsh plantearon un proceso conformado por 4 fases (valoración, planeación, intervención, evaluación), y luego hacia la mitad de la década de 1970, se introdujo la fase diagnóstica (1). Ida Jean Orlando, planteó el Proceso de Enfermería al inicio de la década del 60 del siglo XX, como una forma de ganar autonomía de otras disciplinas, entre ellas de la médica¹⁵. Los aportes de Orlando se derivaron de su experiencia docente y asistencial y fueron recopilados en un trabajo investigativo basado en la observación, análisis y conceptualización sobre las experiencias de estudiantes con pacientes, personal médico y de enfermería. Orlando fomenta el desarrollo del pensamiento enfermero apoyado en la lógica; consideraba que las decisiones y acciones de los profesionales de enfermería deberían ser orientadas por ellos mismos y basadas en las experiencias directas con los pacientes.

Al referirse a Orlando, Schmieding, plantea que tenía como objetivo desarrollar una teoría de la práctica enfermera eficaz con un rol diferenciado para las y una base para el estudio sistemático de la enfermería, de manera que propuso un modelo estructurado alrededor de cinco conceptos principales interrelacionados entre sí y que correspondían a la función y responsabilidad de la enfermería profesional, la necesidad y conducta del paciente, la respuesta inmediata o interna de la enfermera o del paciente, las acciones automáticas y reflexivas, el propósito de la enfermería, la disciplina del proceso enfermero y la mejoría del paciente.

Esta propuesta teórica que surgió como una respuesta al mejoramiento de la práctica consideraba algunos aspectos que hoy se reconocen como componentes de la disciplina de enfermería, en especial la perspectiva, en lo que concierne a la naturaleza humanística, los aspectos de la práctica, las relaciones de cuidado

¹⁵ Schmieding N. Ida Jean Orlando. Teoría del proceso enfermero. En: Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 4ª edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999.p. 401, 402. 555 p.

que se desarrollan entre los actores del cuidado y la perspectiva de salud y bienestar¹⁶ .

Posteriormente, el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería como metodología ha tenido variaciones sustanciales que han dado como resultado un proceso lógico de organización del trabajo de enfermería orientado por el método científico; su estructuración en cinco fases le confiere la visión de integralidad y dinamismo, en tanto se ajusta a las condiciones de la persona o del equipo de profesionales de enfermería según vayan cambiando.

En este sentido, el Proceso de Enfermería se constituye en una metodología que aporta múltiples ventajas, tanto a los profesionales como a los pacientes, en razón de que aquellos ganan autonomía en su desempeño, fortalecen su ser profesional, generan conocimientos a partir de la práctica y se sienten satisfechos por brindar cuidado de calidad; a su vez, los pacientes se benefician de un mejor cuidado de enfermería en el cual participan activamente en su planeación, ejecución y evaluación.

Si se toma como punto de partida el hecho planteado por Carpenito¹⁷, de que “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales”, los profesionales de esta disciplina deben poseer un método racional que les permita identificar esas respuestas e intervenir con el propósito de promover la vida y la salud; este método es descrito como un proceso intelectual ordenado lógicamente y orientado a obtener el bienestar de las personas. De manera similar, Castrillón lo define “como una manera de formalizar la organización de las acciones científico-técnicas de enfermería, en el proceso de trabajo con individuos o colectivos.....es un método lógico y racional que sirve al profesional para planear, ejecutar y evaluar la atención en forma técnicamente adecuada, eficiente y eficaz”¹⁸.

Autora como Alfaro, definen al “Proceso de Enfermería, por una parte como el método práctico que facilita la utilización de las opiniones, conocimientos y habi-

¹⁶Durán MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichán. 2002;2(2): 7-18.

¹⁷Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. 5ª edición. Madrid: 1995.p. 3, 5, 6.

¹⁸ Castrillón C. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997. 128 p. p.26,85,95,96,97

lidades para conocer las respuestas de los pacientes ante los problemas de salud; y por otra, como un proceso lógico, dinámico y sistemático de brindar cuidados humanísticos enfocados hacia el logro de objetivos eficaces.¹⁹

Estas apreciaciones teóricas apuntan al asunto del desarrollo del pensamiento crítico y el juicio clínico como elementos fundamentales para que las acciones produzcan efectos favorables sobre los sujetos de cuidado y los profesionales de enfermería consoliden la base conceptual que les facilite la toma de decisiones en la gestión. Además, el carácter sistemático fomenta la revisión constante del quehacer profesional con el propósito de mejorarlo, permite la realización de acciones deliberadas para aumentar la eficiencia y obtener beneficios a largo plazo. El carácter dinámico depende del grado de experiencia profesional, para avanzar o retroceder hasta alcanzar el resultado final esperado. El carácter humanístico del Proceso de Enfermería se centra en la comprensión de los intereses, valores y deseos específicos de la persona, su familia o la comunidad, sus problemas de salud y el impacto generado en el bienestar y la realización de las actividades cotidianas.

Finalmente, la metodología y sus características están ligadas estrechamente a la gestión, proporcionando una herramienta valiosa para alcanzar la eficacia y la eficiencia de forma que se beneficien los pacientes, las instituciones y los profesionales de enfermería. En este orden de ideas, la articulación Proceso de Enfermería-Gestión del Cuidado da como resultado la optimización de recursos con el objeto de proporcionar un cuidado profesional de carácter científico, técnico y humano que influye en el mantenimiento o recuperación de la salud, en la reducción de costos de atención en las instituciones, en el compromiso social de velar por el desarrollo humano y en el liderazgo profesional en los asuntos del cuidado de la vida.

¹⁹ Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson. 2003. 274p. p. 4, 5, 11,22,23,25,26,29 47

Fases del Proceso de Atención de Enfermería.

Como metodología que utiliza una lógica analítica y comprensiva, el PAE contempla 5 fases, que han sido desarrolladas como resultado de procesos investigativos desde la década de los 50 en el siglo XX.

Valoración: es la búsqueda de información sobre el estado de salud, la presencia de alteraciones, los factores de riesgo que atenten contra la salud y las posibilidades y recursos de las personas para atender sus problemas. Esta etapa supone entonces, recoger la mayor cantidad de datos provenientes de la entrevista, la observación, el examen físico, las técnicas de exploración, las pruebas diagnósticas y la información aportada por el paciente, la familia y otros integrantes del equipo de salud.

Diagnóstico de enfermería -identificación de problemas-: según la NANDA –North American Nursing Diagnosis Association-en 1990, es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. Proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras. Para elaborar el diagnóstico de enfermería, es indispensable el desarrollo del pensamiento crítico, al analizar la información obtenida durante la valoración y derivar de ella, los problemas reales o potenciales de las personas, y la movilización de recursos necesarios para el desarrollo de planes de cuidado ajustados a la realidad particular y general de los escenarios vitales de los actores del cuidado. La aptitud clínica requerida está fundamentada en los conocimientos adquiridos durante el proceso educativo formal, la experiencia práctica y el pensamiento crítico, combinados con la actitud profesional²⁰.

Planeación: esta fase involucra cuatro elementos claves que son: la determinación de prioridades inmediatas, la fijación de objetivos o resultados esperados, la determinación de las intervenciones o acciones de enfermería y la individualización de un plan de cuidados que responda a la situación específica de la

²⁰ North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. 9a Conferencia. 1990. citado por: Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª edición. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2002. p. 3, 935p.

persona. De esta manera, se espera que las intervenciones se planeen con el paciente y estén centradas en el abordaje de los problemas reales o potenciales, para movilizar los recursos de los actores del cuidado efectivamente al igual que se hace uso de las posibilidades ofrecidas por el medio en el que interactúan.

Ejecución: es la realización de las acciones de cuidado de enfermería para el logro de los objetivos, con base en los principios científicos y las normas de actuación para la ejecución de los procesos y procedimientos. No sólo implica la puesta en práctica de actividades rutinarias, sino un proceso analítico y reflexivo y la toma de decisiones en torno a los objetivos propuestos. De igual forma, se tiene en cuenta la notificación de contingencias derivadas de las intervenciones y el registro detallado y técnico de la ejecución²¹ .

Evaluación: en esta etapa se determina el logro de los objetivos propuestos, la eficacia de las intervenciones y se toma la decisión sobre los ajustes y cambios requeridos en el proceso, para alcanzar con máxima eficiencia resultados en el estado de salud de los pacientes.

VENTAJAS DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería es impartida por un número significativo de instituciones formadoras de profesionales en el contexto mundial, en razón de que la metodología favorece la actuación reflexiva y el desarrollo del pensamiento crítico. En este sentido se proponen como ventajas de la aplicación del Proceso de Enfermería, las siguientes:

- Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales, para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.

²¹ North American Nursing Diagnosis Association. Obra citada

- Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud.

El Proceso de Enfermería es una fuente de ideas para el desarrollo teórico, la generación de conocimientos propios en virtud de que permite describir los fenómenos y las situaciones de las personas, de los profesionales de enfermería y del acto de cuidado en sí²². Un beneficio importante obtenido en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es su direccionalidad hacia las respuestas humanas ante los problemas de salud, los problemas derivados del tratamiento y los cambios introducidos en la vida diaria. Esto es, el carácter holístico que ha caracterizado siempre a esta metodología propia del cuidado profesional. Alfaro, resume los principales beneficios del Proceso de Enfermería, de la siguiente manera:

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, reduce la incidencia de ingresos hospitalarios, acorta la estancia hospitalaria.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Requiere una documentación precisa encaminada a mejorar la comunicación, prevenir errores y evitar repeticiones. Deja evidencia sobre la que se evalúa la calidad y se puedan realizar procesos investigativos.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- Ayuda a que las personas y sus familias se den cuenta que su aportación es importante y sus puntos fuertes son recursos, y ayuda a que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

La incorporación de los componentes teóricos, metodológicos, prácticos y técnicos del Proceso de Atención de Enfermería exigen por lo tanto, la apropiación de unos lenguajes y formas propias de realizar la práctica de enfermería, en los cuales las taxonomías contribuyen a la consolidación de una terminolo-

²²Carper B. patrones fundamentales de conocimiento en enfermería. Avd. Nur Sci .1978; 1 (1) : 13-24. Citado por Durán MM. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 26-34. 104

gía profesional básica, la conformación de grupos académicos para el desarrollo investigativo y la generación de productos conceptuales y metodológicos que nutran el desarrollo disciplinar.

FACTORES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Las investigaciones realizadas, han señalado diversos factores que favorecen o limitan la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el desempeño profesional, principalmente en el contexto hospitalario; los asuntos referidos indican que hay factores inherentes a los profesionales y a las instituciones.

Factores de los profesionales de enfermería. Al revisar estudios previos que abordan el tema de la aplicación del Proceso de Enfermería, varios autores, coinciden en señalar factores inherentes a los profesionales que limitan la aplicación de la metodología y no indican algunos que lo favorezcan. En este sentido, indican: la falta de conocimientos sobre el tema, la dificultad en la elaboración de los diagnósticos de enfermería representada en la falta de unificación de criterios, la falta de fundamentación para realizar las intervenciones de cuidado y la tendencia a elaborar el plan de cuidados de enfermería con base en el diagnóstico y las órdenes médicas.

A lo anterior se suma el grado de apropiación que los profesionales tienen de la enfermería como disciplina, es decir, frente a la adopción de modelos y teorías para orientar la práctica, la aplicación de metodologías y la utilización de los lenguajes estandarizados que estructuran la base conceptual; situación mediada por la convergencia de asuntos de índole académico, personal, social y laboral y la forma como factores que inciden para moldear la actitud e identidad profesional en cada persona.

La aplicación del Proceso de Enfermería requiere de habilidades, conocimientos, incluso de tipo práctico, y la experiencia. Benner²³, señala la existencia

²³ Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative Edition. London: Prentice Hall; 2002. p.1,2.

de dos tipos de conocimientos: el práctico o saber qué y el teórico o saber cómo, y postula la posibilidad de que los profesionales puedan tener muchas habilidades adquiridas en su desempeño sin soporte teórico.

En relación con la experiencia, al citar a Heidegger y a Gadamer, señala que ésta se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son contradichas o matizadas por una contingencia real. Esta tesis se fundamenta en que para la toma de decisiones humanas de carácter complejo, como ocurre en el cuidado de enfermería al paciente en estado crítico, la pericia profesional facilita la interpretación de las situaciones clínicas, el desempeño de la función asistencial y el desarrollo del conocimiento.

El conocimiento se consolida con la experiencia en la medida en que se genera una especie de sabiduría clínica caracterizada por el conjunto variado de saberes de tipo práctico y algunos conocimientos teóricos no depurados que le permiten actuar profesionalmente²⁴.

Además de los conocimientos y la experiencia, la aplicación de la metodología demanda la elaboración de procesos lógicos de pensamiento que permitan comprender los fenómenos del cuidado, recrearlos e interpretarlos con arreglo al bagaje científico recogido y generar respuestas y decisiones asertivas. Este marco racional denominado pensamiento crítico favorece entonces la realización de unas acciones de cuidado ajustadas a la realidad de los pacientes pero con un profundo carácter científico, técnico y humanístico.

El pensamiento crítico en enfermería es definido por Alfaro como un “pensamiento deliberado, dirigido a un objetivo, que persigue emitir juicios basados en evidencias en vez de suposiciones, basado en principios de la ciencia y del método científico y que requiere estrategias que maximicen el potencial humano y compensen los problemas causados por la naturaleza humana”²⁵ .

Una práctica profesional orientada por el pensamiento crítico se evidencia por una serie de características que Richard Paul define como “pensadores acti-

²⁴ Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. 2ª edición. Barcelona: Grijalbo; 1987. p. 31, 32, 48, 49 329 p.

²⁵) Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997. p.9 (198p).

vos, conocedores de sus sesgos y limitaciones, imparciales, deseosos de hacer esfuerzos para trabajar planificadamente, buenos comunicadores, empáticos, de mente abierta, pensadores independientes, curiosos y reflexivos, humildes, honestos consigo mismos y con los demás admitiendo que un juicio puede ser erróneo o requiere una mayor reflexión, organizados y sistemáticos en su enfoque, flexibles, conocedores de las reglas de la lógica, realistas, trabajadores en equipo, creativos y comprometidos con la excelencia”²⁶.

Al asunto del pensamiento crítico y las habilidades procedimentales se suma la actitud. En palabras de Morales²⁷, la actitud se entiende como “una predisposición aprendida, no innata, favorable o desfavorable, ante un objeto”, lo que significa una respuesta medible a un estímulo. Las actitudes suelen estar estructuradas por tres dominios (componentes estructurales), es decir por los ámbitos reales o imaginarios de una actividad o proceso, cuyas expresiones o manifestaciones sirven de base para determinar su enfoque de medición.

El componente cognitivo de la actitud se refiere a la información y las creencias; el afectivo al gusto, disgusto o valoración; y el conductual, denominado también con nativo, representa la tendencia a la acción. Se establece una relación paralela entre los componentes estructurales de las actitudes y los dominios clásicos de la educación, no obstante, el núcleo de las actitudes está en la tendencia afectivo-valorativa.

Esta estructura de las actitudes es particularmente útil en el diseño de escalas de medición, en razón de que la medición de actitudes se apoya en la estimación de las manifestaciones que implican reacciones valorativas antes opiniones referidas a creencias, sentimientos o conductas.

En relación con la formación de actitudes de cuidado, y por ende respecto a los elementos disciplinares que lo fundamentan, Villarraga²⁸ plantea la importancia de reconocer las experiencias y conocimientos previos que tanto docentes como

²⁶ Paul R. Características de los pensadores críticos. En: Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997. p.9 (198p).

²⁷ Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación. 2ª edición. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000. p. 24

²⁸ Villarraga L. Fundamentos para la formación de actitudes de cuidado en enfermería. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. p.122- 123

estudiantes poseen y que les permiten percibir la realidad; señala además la existencia de un conjunto filosófico que permite el moldeamiento de la actitud mediante la valoración de la congruencia entre la filosofía y el conocimiento y recaba sobre la preocupación en la formación de actitudes como una aproximación filosófica fenomenológica existencial que señala la ruta de la enfermería y su esencia: el cuidado. Si bien la percepción individual de la realidad y su interpretación con base en los conocimientos y experiencias matizadas por el componente afectivo de cada persona son el sustrato para la formación de actitudes, el proceso educativo influye significativamente, en tanto responda a la acción comunicativa en la que se pueda orientar a quien está aprendiendo para que desarrolle su capacidad de pensamiento buscando la verdad mediante el descubrimiento, el recuerdo, el encuentro o el reencuentro de ideas²⁹ .

Es necesario fomentar el pensamiento, el raciocinio y el razonamiento como estrategias para conseguir la formación integral del enfermero con una actitud creadora y crítica y que constituye la base para la autoevaluación y la reflexión constante³⁰ .

Conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

La aplicación del Proceso de Enfermería requiere de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan su aplicación sistemática y orientada a fines específicos, para lo cual las habilidades intelectuales son esenciales para conferir el carácter lógico al proceso³¹ .

Los procesos educativos son decisivos para la formación de actitudes y adquisición de competencias necesarias para el desempeño profesional. Existen diversas concepciones acerca del proceso educativo y la forma de evaluar los logros. De manera simple, algunas corrientes educativas han visto al alumno como un ente pasivo en tanto otras le han otorgado un papel protagónico en el que su

²⁹ Aguinaga O. A propósito de cuidado: repensar la práctica de enfermería. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 113

³⁰ Vásquez E. La educación y el cuidado. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 115,116,117-121

³¹ Ibáñez L, Sarmiento L. El proceso de enfermería. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2003. p. 30,35, 37, 192 p.

participación crítica y reflexiva ha promovido el desarrollo de las competencias básicas.

En el enfoque tradicional de la educación, el educador representa la autoridad otorgada por el conocimiento absoluto mientras que el educando es un receptor pasivo de conceptos que al ser evaluado logra el éxito en la medida en que su capacidad memorística le permita repetir fielmente los contenidos sin un proceso reflexivo. A su vez, en las corrientes participativas los educandos analizan, critican y reflexionan sobre los conceptos para reconstruirlos y otorgarles significados.

Son múltiples las dificultades que los profesionales de enfermería enfrentan para llevar a cabo el cuidado siguiendo el Proceso de Atención de Enfermería.

Se identifican entre ellas el bajo nivel de conocimientos y la escasa posibilidad de aplicarlos en la práctica a causa de la realización de otras actividades, muchas de ellas de carácter administrativo; esta situación requiere de un análisis exhaustivo y el planteamiento de estrategias de intervención tanto en las instituciones de salud como en los establecimientos de formación del recurso humano en enfermería, mediante programas curriculares enmarcados en modelos y estrategias pedagógicas que fomenten la reflexión, el análisis crítico de las situaciones y la apropiación de los elementos esenciales de la disciplina.

Por lo tanto, la enseñanza de aspectos como el cuidado y las metodologías profesionales deben fomentar el desarrollo de estrategias que aporten al desarrollo del conocimiento de enfermería y el pensamiento crítico, el cual puede enseñarse, modelarse y medirse.

En Enfermería estandarizada cuida a través del Modelo Bifocal de Carpenito que es la forma metodológica y científica en el mundo para estandarizar cuidados. Lo hacen con una figura central que es el PAE.³²

Argentina no tiene establecido una unificación de enseñanza de modelos o tendencias en las escuelas, tampoco se ha logrado la integración Docencia-Servicio-Escuela -Sindicatos y en la práctica es muy difícil encontrar servicios que hayan podido implementar un modelo de cuidado práctico.

³² <http://temasdeenfermeria.com.ar/2011/10/modelo-bifocal-de-lynda-carpenito/>

El Modelo Bifocal de Carpenito hoy se ve reforzado con las Taxonomías que son sistemas o métodos para codificar o clasificar algo.

Carpenito hace referencia a las taxonomías como el estudio teórico de las clasificaciones que incluyen sus fundamentos, principios, procedimientos y normas, definen el cuerpo de conocimientos de los cuales la disciplina se responsabiliza, estableciendo así el dominio propio de las actuaciones de los profesionales de enfermería y la participación en otras que siendo responsabilidad de otras disciplinas demandan un abordaje conjunto. Para la práctica profesional de enfermería, implica, la posesión de un referente conceptual que permita el ordenamiento, de los problemas que la enfermería aborda agrupados los diagnósticos de enfermería, las intervenciones o las respuestas esperadas en los pacientes ante la actuación profesional.

En la actualidad las taxonomías revelan el desarrollo del componente científico de la disciplina de enfermería, por tanto, reflejan aportes de la investigación y el trabajo de la masa crítica de profesionales que han ayudado a establecer el cuerpo teórico que fundamenta la práctica del cuidado.

La Enfermería del mundo tiene tres Taxonomías: la NANDA, los NIC y los NOC. Cuando se valora a un paciente o a la familia, el enfermero se va a encontrar con dos tipos de problemas, aquellos que se llaman independientes (Diagnósticos de Enfermería) y los que se denominan problemas interdependientes (problemas duales, porque intervienen por lo menos 2 profesionales: un médico y una enfermera, la enfermera hace una cosa y el médico otra); se trata de una actuación interdisciplinaria.

Taxonomía de diagnósticos de Enfermería-NANDA³³. Desde la década del 70, la North American Nursing Diagnosis Association – NANDA- ha recopilado de manera sistemática las investigaciones para validar los diagnósticos de enfermería, con los que se ha consolidado la taxonomía. De esta situación se ha derivado una identificación clara del cuerpo de conocimientos de enfermería, mayor com-

³³ Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. 5ª edición. Madrid: 1995.p. 3, 5, 6.

promiso profesional y podría decirse que algún nivel de autonomía. Desde esa época hasta la fecha se han realizado 2 revisiones, la última de ellas en el año 2000, toma como referencia los patrones funcionales de Marjorie Gordon modificados, lo que ha dado como resultado la Taxonomía II de la NANDA, que consta de 13 dominios, 106 clases de diagnósticos y 155 diagnósticos de enfermería aprobados y 10 más en proceso de aprobación³⁴. De esta manera, la taxonomía de diagnósticos refleja los esfuerzos de los profesionales de enfermería en los ámbitos académico y clínico por sistematizar el conocimiento derivado de las experiencias del cuidado para evidenciar la importancia del desarrollo de habilidades cognitivas, actitudinales y procedimentales necesarias para brindar un cuidado científico, técnico y humanístico.

El diagnóstico de enfermería implica la realización de un proceso mental del profesional en torno a la situación de los pacientes, de tal forma que se establezcan acciones individualizadas, orientadas hacia la consecución de fines específicos enmarcados dentro de los dominios propios de los profesionales de enfermería; de esta forma, los diagnósticos de enfermería permiten a los profesionales la delimitación del cuerpo de conocimientos propios, la realización de intervenciones individualizadas derivadas del cuidado de las personas y la realización de un proceso racional y lógico que desarrolle el pensamiento crítico y fomente la autonomía profesional.

La taxonomía de diagnósticos de la NANDA hace parte de los lenguajes enfermeros reconocidos hasta el momento. Su articulación con otros lenguajes ha sido la base para que los profesionales de enfermería del mundo puedan dar cuenta de sus avances y contribuciones para el cuidado de los pacientes. Clasificación de Intervenciones de Enfermería –NIC-. En 1987, un grupo de profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa, liderado por las doctoras McCloskey y Bulecheck, plantearon el desarrollo investigativo de una clasificación de las intervenciones que los profesionales de enfermería realizaban para el cui-

³⁴ Viniestra L, Jiménez J, Pérez P R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev. Inves Clin. 1991; 43(1):87-95. p.88, 90

dado de los pacientes. De esta forma, se creó el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness -Centro para la Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica- Una intervención de enfermería es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, realizado por un profesional de enfermería para favorecer un 32 resultado en el paciente. Pueden clasificarse en directas que son prescritas por el profesional de manera independiente; indirectas o prescritas por el facultativo u otros integrantes del equipo de salud que tienen un carácter dependiente, e intervenciones de asesoría. Tanto las intervenciones directas como indirectas requieren del juicio independiente del profesional³⁵.

Las intervenciones directas se subdividen en acciones fisiológicas, sicosociales, y de contacto terapéutico y en las intervenciones indirectas encajan las acciones realizadas lejos de los pacientes pero orientadas a la modificación o mejoramiento del entorno y aquellas acciones realizadas en colaboración para potencializar la efectividad de las acciones en el cuidado de enfermería. La clasificación de intervenciones ha sido traducida a varios idiomas. La última versión está estructurada por 486 intervenciones agrupadas en 30 clases y 7 campos, que son el fisiológico complejo, fisiológico básico, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad. La taxonomía NIC reúne un número importante de competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales que los profesionales de enfermería deben desarrollar para el cuidado en las esferas fisiológicas y psicosocial y para los asuntos de fomento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades.

La importancia de la taxonomía radica en que abarca intervenciones útiles en la práctica, se basa en la investigación, proporciona desarrollo inductivo, refleja el estado de la práctica y la investigación, emplea un lenguaje claro que tiene significado clínico, está en proceso de mejora continua, es probada en el campo, se accede a ella mediante publicaciones, se relaciona con los diagnósticos de enfermería, tiene amplio reconocimiento en el contexto norteamericano y se ha empleado en varios sistemas informáticos. El desarrollo de la taxonomía de interven-

³⁵ Mc Closkey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª edición. Madrid: Elsevier; 2005. 1072 p. 13, 17, 22.

ciones de enfermería se apoyó, según las autoras, en diversas razones, entre otras la de permitir la aplicación del conocimiento propio de enfermería sobre las relaciones entre los diagnósticos, los tratamientos y los resultados. Además del desarrollo de sistemas de información y la enseñanza de toma de decisiones a los profesionales en formación, la planificación de recursos y el establecimiento de un lenguaje que permitiera comunicar la función única de enfermería. Clasificación de Respuestas Esperadas de Enfermería –NOC-. La Clasificación de Respuestas Esperadas de Enfermería -Nursing Outcomes Classification NOC- surgió a partir de 1991, como resultado del trabajo investigativo liderado por doctoras Marion Johnson y Meridean Mass³⁶, de la Universidad de Iowa, con el propósito de desarrollar la medición de los resultados para evaluar la práctica de enfermería.

La taxonomía de respuestas esperadas es la organización sistemática de resultados en categorías de acuerdo con sus semejanzas, diferencias y relaciones entre sí; el resultado está determinado por un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería mediante indicadores³⁷.

La importancia de la taxonomía de resultados esperados está determinada porque es producto de la investigación, tiene un desarrollo inductivo y deductivo, está basada en la práctica, la organización facilita su uso, utiliza un lenguaje claro, mejora la información para evaluar la efectividad, guarda relación con otros lenguajes de enfermería y la taxonomía NNN (NANDA-NICNOC) y ha sido incluida en el desarrollo de sistemas de registro electrónico. El desarrollo de la taxonomía NOC se ha apoyado en un modelo conceptual compuesto por factores inherentes al proveedor de salud, al sistema y la organización, al paciente y por los resultados globales derivados de la acción interdisciplinaria. Para efectos prácticos, la taxonomía se ha organizado en 29 clases y 7 campos que corresponden a salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta en salud, percepción de salud, salud familiar y salud comunitaria. Para la medición de resulta-

³⁶ Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería. 3ª edición. Madrid: Elsevier; 2005. 844p. 17, 21.

³⁷ Moorhead S, Johnson M, Mass M. Obra citada

dos se utilizan escalas que permiten una aproximación cuantitativa a los problemas de los pacientes; hasta el momento se ha documentado la utilización de 17 escalas para tal fin. Su relevancia radica en que los resultados logrados se midan con exactitud y validez de tal forma que permitan examinar la efectividad de las intervenciones de enfermería, o el replanteamiento de las acciones de cuidado cuando no se alcanza el resultado esperado³⁸. En síntesis, la clarificación de los conceptos de los diagnósticos, las intervenciones y los resultados esperados, contribuyen significativamente al desarrollo del conocimiento en enfermería y al mejoramiento de la comunicación de los avances en estos asuntos; de igual forma, el desarrollo de un lenguaje propio de la disciplina permite delimitar los dominios de actuación y autonomía profesional, y hacer visible el aporte de la práctica cotidiana para el desarrollo de teoría prescriptiva de enfermería orientada al cuidado de los seres humanos

LA ENFERMERÍA PROFESIONAL EN ARGENTINA

La enfermería como ya hemos mencionado, ha ido avanzando a través de la historia, se ha perfeccionado, ha adquirido un lugar en las ciencias de la salud, a través del método científico. A diferencia de otras profesiones, enfermería le ha costado mucho llegar al lugar en el que se encuentra, en Argentina la enfermería profesional da comienzo con Cecilia Gierson, quien fundó la escuela de enfermería en 1886 esta escuela era independiente y autónoma, luego dependiente del Circulo Medico Argentino. En 1892 pasa al ámbito estatal incorporado a la municipalidad de Buenos Aires.

En 1892 se reciben los primeros diez estudiantes, tras sesenta y cinco días de cursado, los egresados eran siete mujeres y tres varones, los primeros diez enfermeros profesionales, quien fueron destinados a distintas áreas de salud pública.

³⁸ Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería. 3ª edición. Madrid: Elsevier; 2005. 844p. 17, 21.

En 1918 se realiza la primera reforma curricular, la carrera se extiende a tres años de cursado, esta reforma curricular se mantendrá hasta la década del 60.

Los avances tecnológicos que se han ido desarrollando a lo largo del tiempo, han hecho que la enfermería se mantenga en un constante desarrollo de sus conocimientos. El enfermero ha sido formado en todos los ámbitos de la ciencia de la salud, tienen conocimientos de anatomía, fisiología, patología, epidemiología, administración, docencia, ética y legales y otras áreas más.

La teoría es importante para el desarrollo del trabajo de enfermería, pero no solo por el hecho de realizar un trabajo fundamentado en un proceso de enfermería, sino también, saber qué conocimientos posee el enfermero y como los utiliza para tomar decisiones pensando en el bienestar y recuperación del paciente. En la sociedad en el que el enfermero se desarrolla existen diferentes valores, estos valores tienen que estar contenidos en la profesión, los valores ético morales constituyen un elemento de protección de los derechos de los individuos, aunque éstos no estén regulados por un marco jurídico legal. La ética gobierna la conducta, implica lo que es bueno y lo que es malo, lo que es una responsabilidad moral y una obligación. Para que el enfermero tenga un desempeño exitoso de su profesión éste, se compromete en tener un perfil ético moral. El enfermero debe conocer los fundamentos de la ética y aplicarlos en su trabajo diario para el logro de los objetivos propuestos.

Existen cuatro principios de la bioética que dan valor a la dignidad humana.

- Principio de no maleficencia: Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Relevante al avance de la ciencia y la tecnología, ya que muchas técnicas pueden acarrear daños o riesgos.
- Principio de beneficencia: Se trata de la obligación de hacer el bien, hasta hace poco el médico imponía su propio concepto del bien, sin tener en cuenta el consentimiento del paciente, actualmente este concepto

viene combinado, con el respeto a la autonomía del paciente y reconoce al paciente como sujeto de derechos.

- Principio de autonomía: se define como la obligación de respetar los valores y opiniones personales de cada individuo en aquellas decisiones sobre su salud, ya sean estas decisiones buenas o malas. De aquí se deriva el consentimiento informado de la ética médica actual.
- Principio de justicia: la justicia es una exigencia difícil de definir, el diccionario de la Real Academia Española lo define como, “virtud que inclina a dar a cada uno lo que le pertenece” (según la tradición aristotélica) exige tratar igual lo que es igual y desigual lo que es desigual. Así se habla de “equidad”. Se puede entender también como el reparto equitativo de cargos y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso de los recursos sanitarios.

Aspectos legales en enfermería:

La práctica de la enfermería está regida por muchos conceptos legales y es importante que los enfermeros, conozca sus derechos y obligaciones de su práctica, ya que es responsable de los criterios y acciones que emprenden durante el ejercicio de su profesión. El conocimiento de las leyes que regulan la enfermería es necesario para:

- Que las acciones y decisiones que toman los profesionales de enfermería, son acordes con los principios vigentes del derecho.
- Proteger al profesional de enfermería de responsabilidades.

La ley puede definirse según el diccionario de la Real Academia Española como: “Regla y norma constante e invariable de las cosas. / Precepto dictado por la suprema autoridad, en que se manda o prohíbe una cosa”.³⁹

³⁹ Diccionario de la Real Academia. “Definición de Ley”

En la Argentina la enfermería está regulada a nivel Nacional por la Ley N° 24.004 Régimen Legal del ejercicio de la enfermería. Sancionada en Buenos Aires, el 26 de Septiembre de 1991 y promulgada, el 28 de Octubre de 1991. Y reglamentada en el mes de Diciembre del año 1993. En Mendoza Ley N° 6.836

“La ley 24.004 resultó de un amplio consenso de todos los sectores de la enfermería, como los sindicatos del sector (ATSA, ATE, AOEM y FATSA), las asociaciones de profesionales (AECAF, FAE, Enfermeras católicas, AUERA) y las escuelas de enfermería Terciarias, integrados en una comisión nacional.

En síntesis, la nueva ley determino diez puntos básicos.

1. La enfermería pasó a ser una profesión que se puede ejercer en forma autónoma.
2. Deja de ser considerada actividad de colaboración del médico u odontólogo.
3. Amplia el campo de ejercicio a la actividad docente, de investigación y a la administración de servicios de salud.
4. La dirección de escuelas de enfermería es competencia exclusiva de graduados en enfermería.
5. Se amplían las prácticas profesionales. Se incluye punción venosa.
6. Se declara profesión insalubre a un grupo de actividades.
7. Aparece la posibilidad de obtener títulos de especialista.
8. Se otorga el plazo de 6 años prorrogable para la profesionalización de los auxiliares que estuvieran trabajando como enfermeros y se los autoriza a continuar haciéndolo durante ese plazo.
9. Se establece la imposibilidad de ejercer sin estar matriculado.
10. Los enfermeros no podrán ser imputados de mala praxis si la institución no provee los elementos adecuados o el personal es insuficiente”.

Las leyes sirven en enfermería para:

- ❖ Proporcionar un marco para el establecimiento de las acciones de enfermería en la atención de pacientes que están dentro de la ley.
- ❖ Diferencia las responsabilidades de los enfermeros con la de otros profesionales de la salud.
- ❖ Establece los límites de acción de enfermería independiente.
- ❖ Establece la responsabilidad de los enfermeros a mantenerse actualizados con los conocimientos.

En el artículo 2 de la ley 24004 menciona que el ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Dentro del marco legal los títulos habilitantes que se reconocen son:

- Enfermero profesional.
- Enfermero universitario.
- Licenciado en enfermería.
- Magister en enfermería.
- Doctor en enfermería.

Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

Menciona que se debe mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente de los conocimientos. La ley nos advierte sobre mantener la idoneidad, ya que podemos caer en faltas graves por desconocimiento en nuestra práctica, en los artículos 19 y 20 habla sobre las sanciones que puede recibir el profesional, por diferentes aspectos, como negligencia frecuente, o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales; que son motivo de sanciones e incluso de la cancelación de la matrícula habilitante.

La capacitación es una de las estrategias más usadas para enfrentar los problemas de desarrollo en los servicios de salud. Gran parte del esfuerzo para lograr aprendizajes se opera a través de la capacitación, esto es de acciones intencionales y planeadas que tienen por misión fortalecer conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas fundamentada científicamente. Es por esto que se han creado cursos de actualización y profesionalización en enfermería.

Barreras que limitan la aplicación del proceso de atención de Enfermería

Los avances que se han logrado en materia de educación en enfermería son muchos, y se debe continuar trabajando, ya que aún existen dificultades que no permiten el normal desarrollo de la profesión, barreras estigmatizadas que hacen que el rol del enfermero siga siendo, el de “sumiso” y presto a recibir órdenes del médico, incapaz de tomar decisiones por sí mismo. Sin embargo la capacitación no siempre es volcada en beneficio del paciente y comunidad, debido a varias dificultades:

- ✓ Barreras Medico-hegemónico, en donde las decisiones son tomadas por el médico como verdad absoluta.
- ✓ Falta de implementación del PAE
- ✓ Falta de personal, que obligan al recargo de horas sin el debido descanso.
- ✓ Falta de incentivos para la educación, investigación, etc.
- ✓ No se implementan debidamente protocolos y normas de actuación.
- ✓ Falta de insumos, que limitan la técnica correcta.
- ✓ Falta de integración en asesorías sobre acciones de enfermería, junto a equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- ✓ Se pierde autonomía profesional en los cuidados del paciente.

Estas son las barreras que debemos superar para seguir manteniendo el cuerpo de conocimientos que hemos logrado, la autonomía como profesión, es responsabilidad de los enfermeros mantenerla y defenderla. La autonomía nos permite un pensamiento crítico en nuestra toma de decisiones, pero esta disminuye cuando el enfermero no puede poner en práctica, toda su preparación, habilidades, entrenamiento, competencias, conocimientos y juicio.

El proceso de desarrollo del conocimiento de enfermería, se da a través de estos patrones quienes surgen de toda la experiencia. Chinn, P., y Kramer, M. (1999) “expresa que los enfermeros aprenden una porción del conocimiento de la disciplina en su educación básica y aumentan su conocimiento adquirido en la práctica”.⁴⁰

Sobre estas bases Teóricas es que se desea conocer cuál es la realidad de los enfermeros del Hospital Gailhac.

⁴⁰ CHINN, Peggy y KRAMER, Maeona (1999). Theory and Nursing. Integrated Knowledge Development. Fifth Edition. St. Louis. New York. Mosby.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

HIPOTESIS

Las causas que limitan la correcta aplicación del proceso de atención de enfermería, aprendido durante la formación académica, en los meses de Octubre- Noviembre de 2015, en los servicios de internación del hospital Héctor Elías Gailhac, son la falta de recursos humanos, materiales y el modelo médico hegemónico imperante en la institución

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque se describen e identifican las características de las variables que se pretenden estudiar. Transversal, ya que las variables son estudiadas en un lapso específico (Octubre a Noviembre del 2015). Cuantitativo, porque una vez obtenidos los datos se les otorgan valores alfanuméricos para medición y utilización estadística; para establecer si hay relación entre las variables. Es realizado con información de fuentes primarias, toda la información es obtenida directamente de la población de estudio, datos obtenidos de la realidad.

ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realiza tomando como área de estudio el hospital Héctor Elías Gailhac, ubicado en el departamento de Las Heras, en la provincia de Mendoza,

UNIVERSO

El universo de estudio es la población total de enfermeros profesionales del Hospital Elías Gailhac, que se encuentran prestando servicio en el área de internación un total de 21 enfermeros.

MUESTRA

Se utilizó una muestra no intencional, ya que el personal encuestado es la porción de agentes que se encuentran trabajando al momento de responder la encuesta, 21 enfermeros.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los enfermeros del Hospital Elías Gailhac.

VARIABLES

Variable dependiente: recursos humanos, materiales y modelo médico hegemónico

Variables independientes: Aplicación del PAE

MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este estudio se utilizará una encuesta a través de un cuestionario anónimo dejado en los servicios, siendo posteriormente retirado por los investigadores. Se ordenarán en forma manual los datos obtenidos, luego serán volcados en una planilla Excel con sus respectivas tablas y/o gráficos.

RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

1) Recolección de datos:

- Se realizó la recolección de la información, según período estipulado en la investigación.

2) Plan de tabulación. Codificación:

Los datos obtenidos de la encuesta se codificaron de la siguiente manera:

- A cada pregunta se le asignó un valor numérico, y/o una letra alfabética a cada respuesta (código), lo que facilita ordenarla en la tabla de doble entrada llamada, matriz de datos.

- Los datos recogidos fueron volcados en dicha tabla a través de sus códigos de referencia que muestran las variables operacionalizadas.

3) Presentación de datos:

- Una vez recolectada la información, se tabularon los datos en tablas simples, con frecuencias absolutas, relativas y porcentuales. Se representaron en gráficos oportunamente.

4) Plan de Análisis:

- Se interpretaron objetivamente los datos, se realizó un análisis univariado y bivariado de manera de poder dar respuesta a la pregunta que dio origen a la investigación.

5) Categorización:

- Se consideró que los límites más relevante para poder aplicar el PAE, fueron los indicadores mayor al 60%

CAPITULO III

RESULTADO, DISCUSIÓN Y PROPUESTA

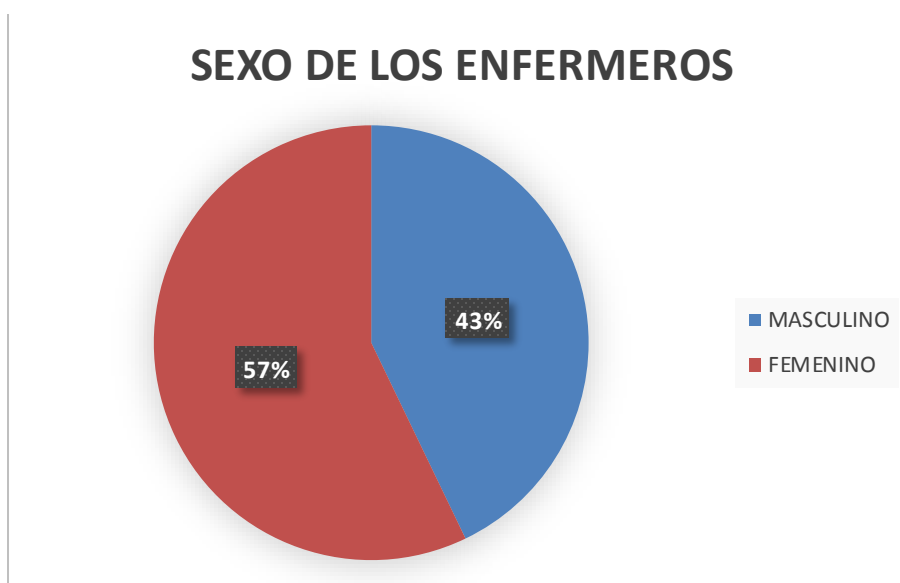
Resultado

TABLA Nº 1: Enfermeros en estudio según Sexo de los enfermeros, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

SEXO	FA	FR
MASCULINO	9	43%
FEMENINO	12	57%
TOTAL	21	100

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO Nº 1



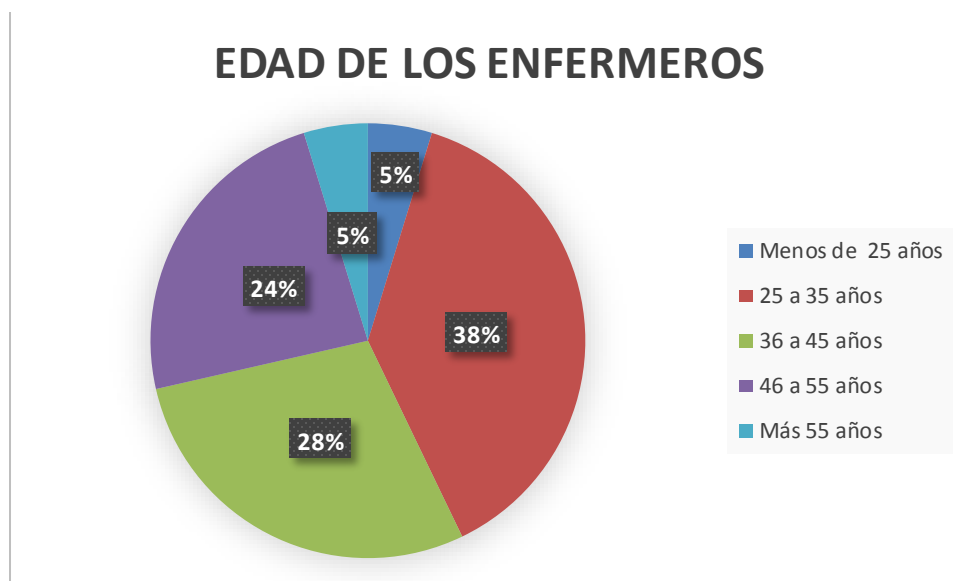
COMENTARIO: el 57% de los enfermeros que forman parte del estudio son del sexo femenino y el resto 43% varones.

TABLA N° 2: Enfermeros en estudio según Edad, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

EDAD	FA	FR
Menos de 25 años	1	5%
25 a 35 años	8	38%
36 a 45 años	6	28%
46 a 55 años	5	24%
Más de 55 años	1	5%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 2



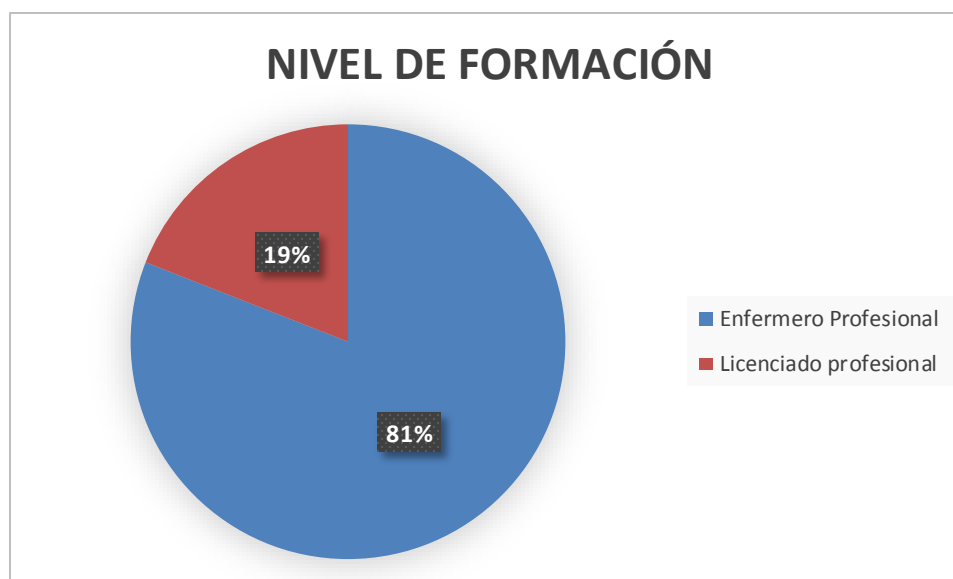
COMENTARIO: los datos reflejan que el 57% de la población tienen más de 35 años

TABLA N°3: Enfermeros en estudio según Nivel de Formación, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015

NIVEL DE FORMACION	FA	FR
Enfermero Profesional	17	81%
Licenciado profesional	4	19%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 3



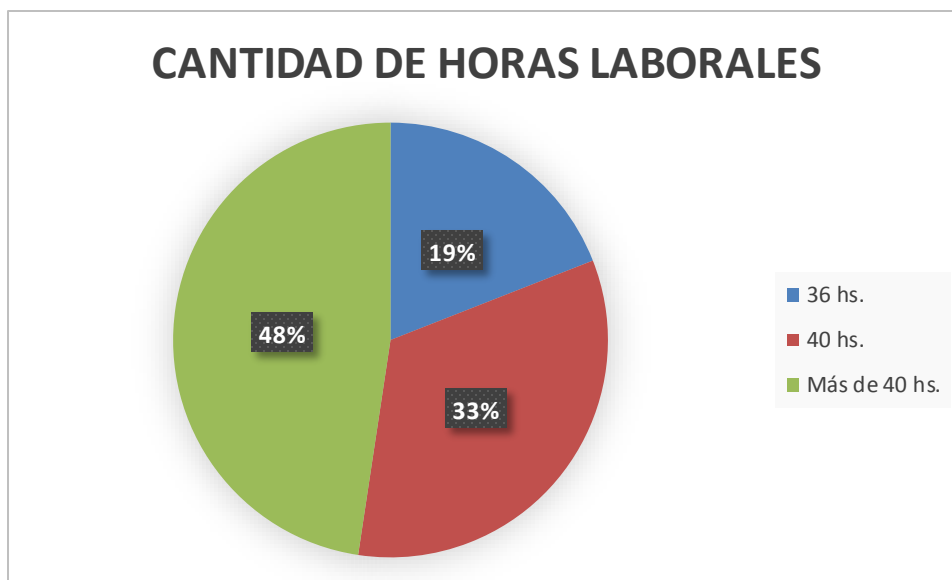
COMENTARIO: los datos reflejan que el 81% de los encuestados son enfermeros profesionales.

TABLA N° 4: Enfermeros en estudio según Cantidad de Horas laborales, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

CANTIDAD DE HORAS LABORALES	FA	FR
36 hs.	4	19%
40 hs.	7	33%
Más de 40 hs.	10	48%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 4



COMENTARIO: los datos revelan que el 48% de los enfermos trabajan más de 40 horas lo que se presume que tienen dos trabajos

TABLA N° 5: Enfermeros en estudio según Turno de Trabajo, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

TURNO QUE TRABAJA	FA	FR
Mañana	6	29%
Tarde	4	19%
Noche	3	14%
Rotativo	8	38%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 5



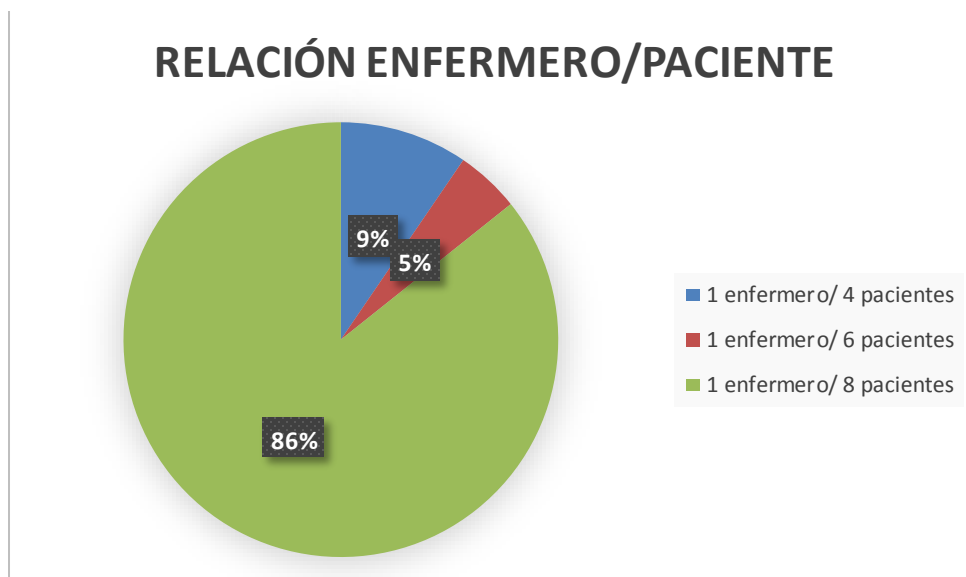
COMENTARIO: el 38% de los encuestados trabajan en turno rotativo, el 29% en turno mañana, 19% en la tarde y 14% en la noche.

TABLA N° 6: Enfermeros en estudio según Relación enfermero/paciente, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

RELACIÓN ENFERMERO/PACIENTE	FA	FR
1 enfermero/ 4 pacientes	2	9%
1 enfermero/ 6 pacientes	1	5%
1 enfermero/ 8 pacientes	18	86%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 6



COMENTARIO: el 86% manifiestan, que cada enfermero atiende 8 y más pacientes

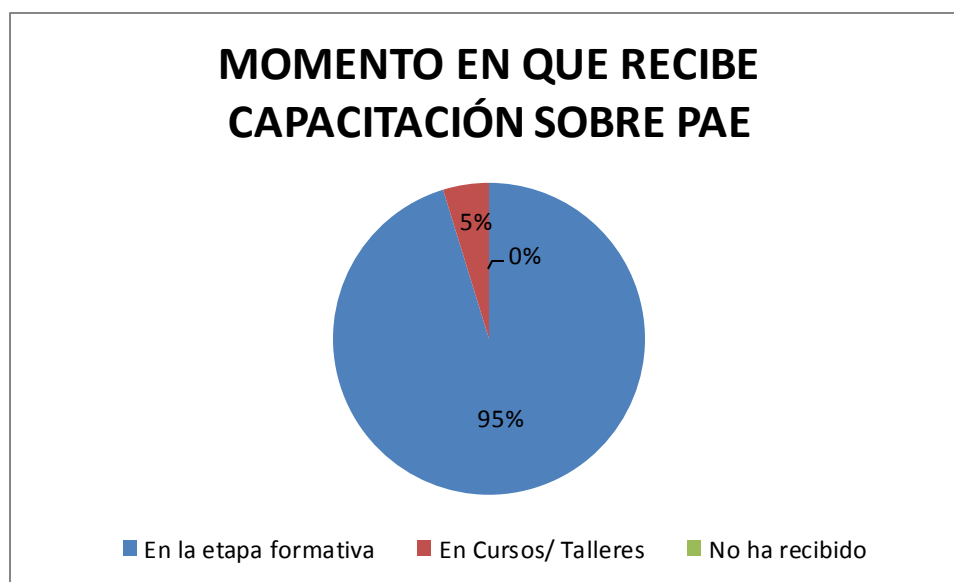
LIMITES PARA LA APLICACIÓN DEL PAE

TABLA N° 7: Enfermeros en estudio según Momento en que recibe la capacitación del PAE, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015

CAPACITACION DEL PAE	FA	FR
En la etapa formativa	20	95%
En Cursos/ Talleres	1	5%
No ha recibido	0	0
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 7



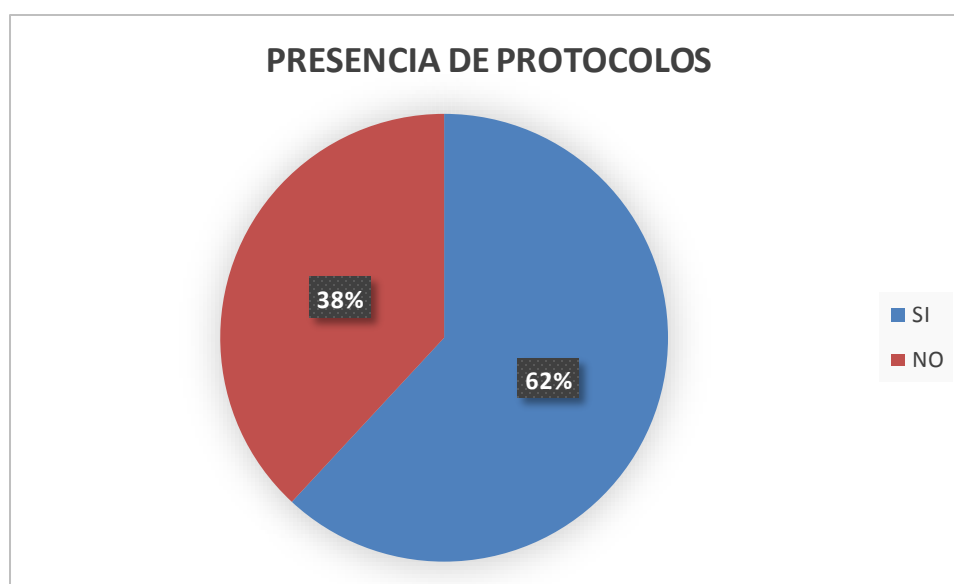
COMENTERIO: como puede observarse el 95% de los encuestados contestan que han recibido capacitación sobre el PAE, en la etapa de formación y un 5% a través de cursos/talleres.

TABLA N° 8: Enfermeros en estudio según Presencia de Protocolo en el área de Trabajo, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

PROTOCOLO EN EL AREA DE TRABAJO	FA	FR
SI	13	62%
NO	8	38%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRAFICO N° 8



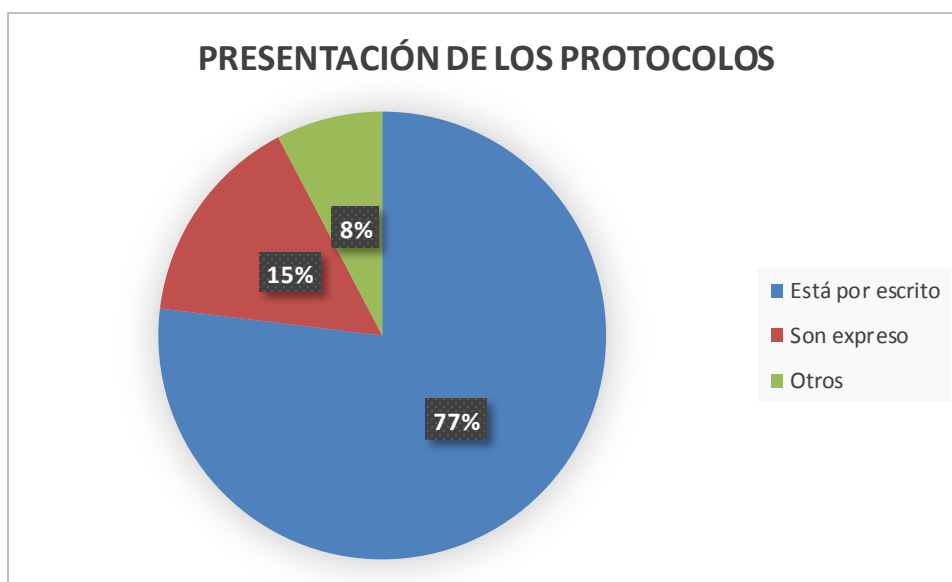
COMENTARIO: el 62% de los enfermeros contestan que tienen protocolos en el área de trabajo.

TABLA N° 9: Enfermeros en estudio según Presencia de Protocolo: Forma en que están los protocolos, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

PROTOCOLO EN EL AREA DE TRABAJO	FA	FR
Está por escrito	10	77%
Son expreso	2	15%
Otros	1	8%
TOTAL	13	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 9



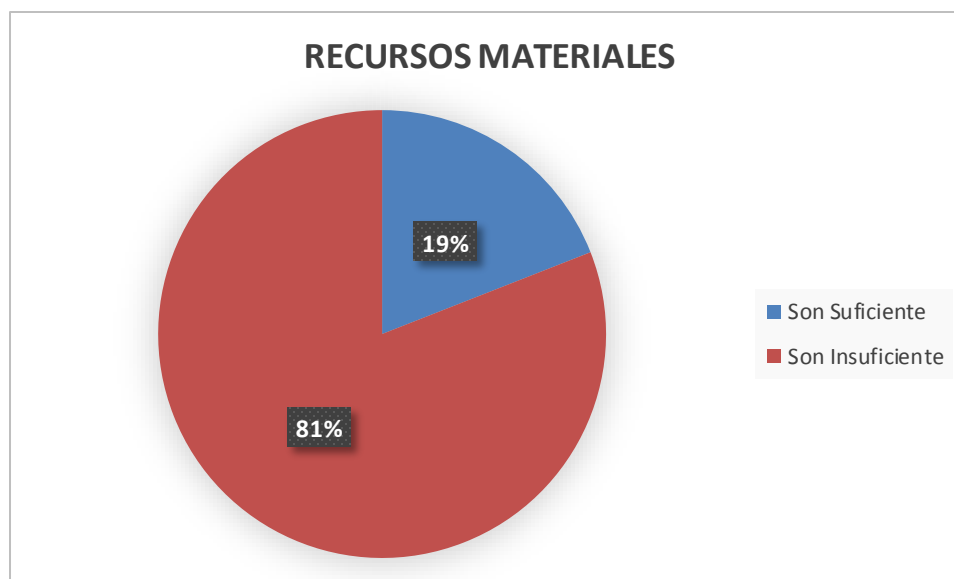
COMENTARIO: los datos reflejan que el 77% de los consultados manifiestan que los protocolos están escritos en el área de trabajo.

TABLA N° 10: Enfermeros en estudio según Recursos Materiales, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

RECURSOS MATERIALES	FA	FR
Son Suficiente	4	19%
Son Insuficiente	17	81%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 10:



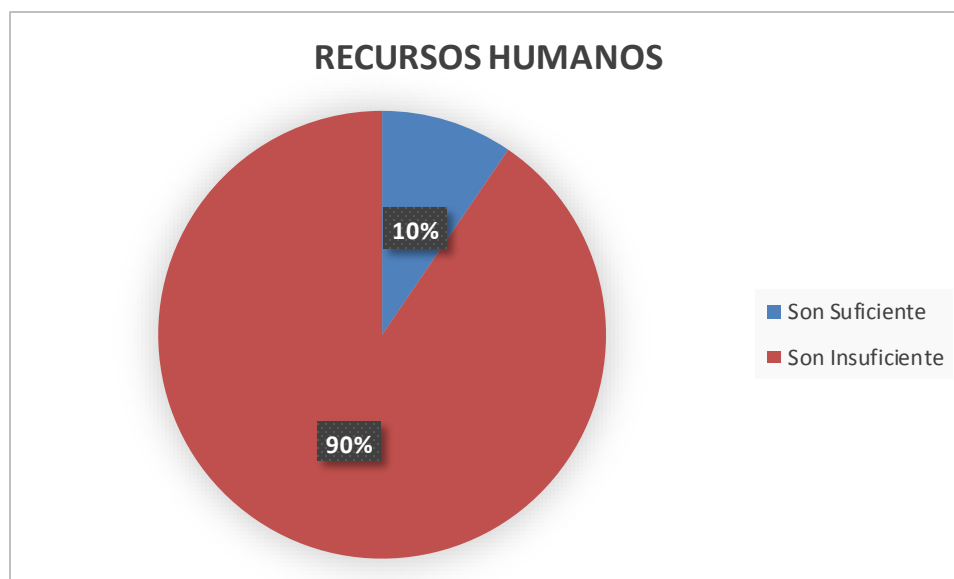
COMENTARIO: el 81% de los enfermeros contestan que no cuentan con suficientes recursos materiales.

TABLA N° 11: Enfermeros en estudio según Recursos Humano, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

: RECURSOS HUMANOS	FA	FR
Son Suficiente	2	10%
Son Insuficiente	19	90%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 11



COMENTARIO: 90% de los encuestados manifiestan que no tienen recursos humanos suficientes.

TABLA N° 12: Enfermeros en estudio según Registro de Enfermería: a) Registra actividades de cada etapa del PAE, en formato ya existente en el servicio., Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

REGISTRA CADA ETAPA DEL PAE	FA	FR
SI	4	19%
NO	17	81%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRAFICO N° 12



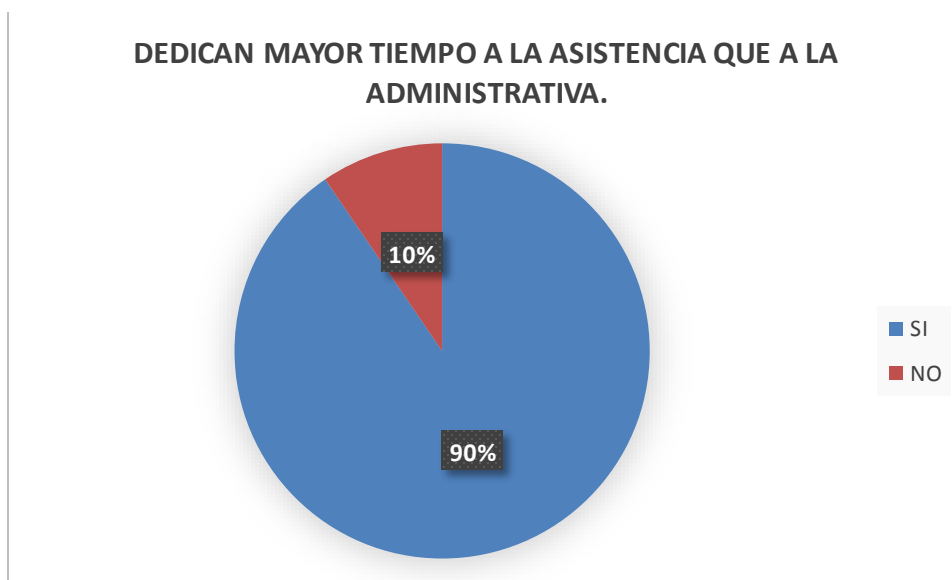
COMENTARIO: el 81% de los enfermeros responden que no registran todas las etapas del PAE.

TABLA N° 13: Enfermeros en estudio según Registro de Enfermería: b) Los enfermeros dedican mayor tiempo a la tarea asistencial que la Administrativa, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

DEDICAN MAS TIEMPO A LO ASISTENCIAL QUE LO ADMINISTRATIVO	FA	FR
SI	19	90%
NO	2	10%
TOTAL	21	100%

FUENTE DE ELABORACIÓN PROPIA

GRÁFICO N° 13



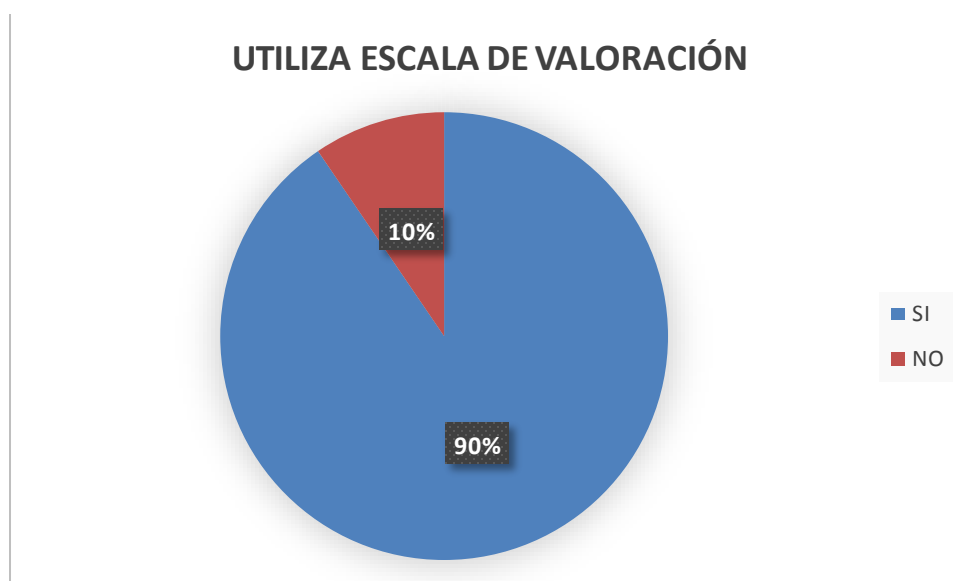
COMENTARIO: como puede observarse el 90% de los enfermeros en estudio dedica más tiempo a la asistencia y no a lo administrativo.

TABLA N° 14: Enfermeros en estudio según Utiliza escala de valoración, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

UTILIZA ESCALA DE VALORACIÓN	FA	FR
SI	19	90%
NO	2	10%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 14



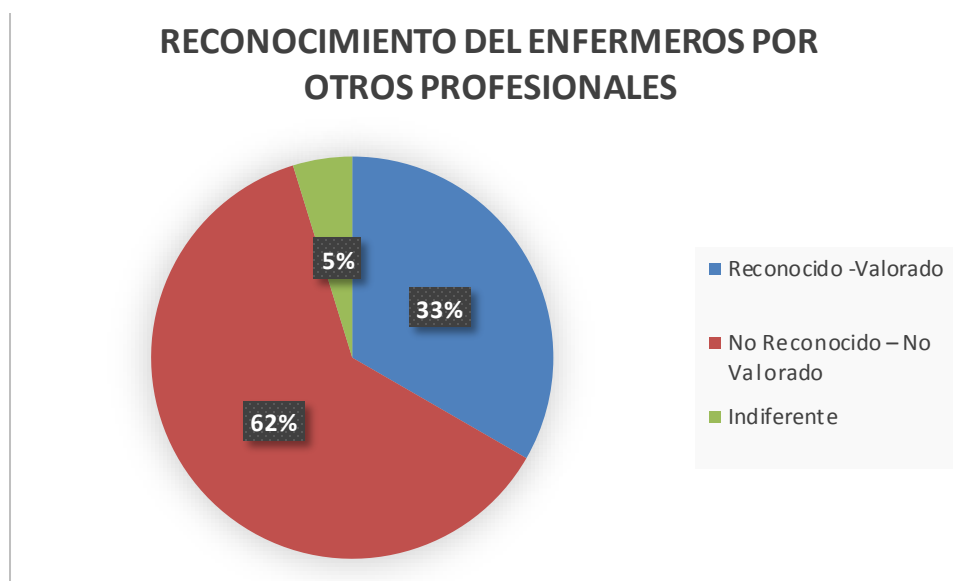
COMENTARIO: el 90% de los consultados manifiestan que si hacen la valoración del paciente pero solo al ingreso.

TABLA N° 15: Enfermeros en estudio según Se siente identificado el enfermero ante las otras disciplinas, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

RECONOCIMIENTO DEL ENFERMERO	FA	FR
Reconocido -Valorado	7	33%
No Reconocido – No Valorado	13	62%
Indiferente	1	5%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 15



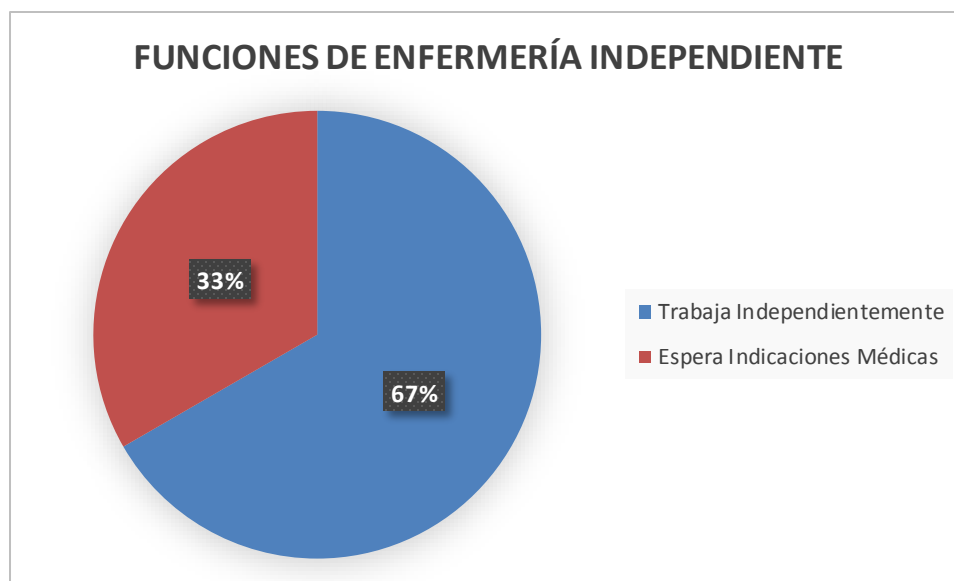
COMENTARIOS: el 63% de los enfermeros consideran que no son reconocidos ni valorados por los otros profesionales.

TABLA N° 16: Enfermeros en estudio según Funciones de enfermería ante el Plan de cuidado de limpieza bucal, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA	FA	FR
Trabaja Independientemente	14	67%
Espera Indicaciones Médicas	7	33%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 16



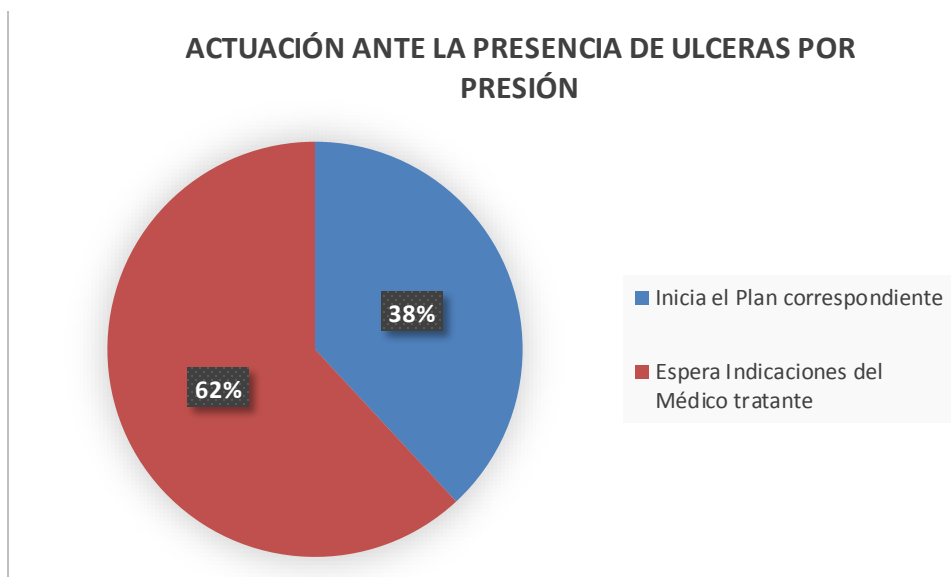
COMENTARIO: el 67% de los enfermeros ante un plan de limpieza bucal actúan independientemente sin indicación médica.

TABLA N° 17: Enfermeros en estudio según Ante la presencia de Ulceras por Presión, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA : UPP	FA	FR
Inicia el Plan correspondiente	8	38%
Espera Indicaciones del Médico tratante	13	62%
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRÁFICO N° 17



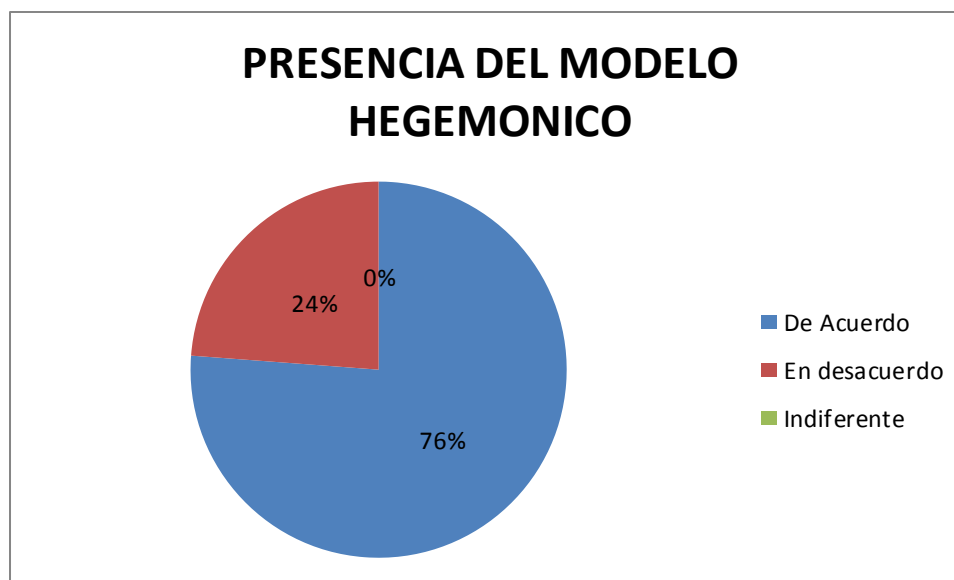
COMENTARIO: el 63% de los enfermeros ante la presencia de úlceras por presión en los pacientes antes de actuar espera la indicación médica.

TABLA N° 18: Enfermeros en estudio según Presencia del Modelo médico hegemónico, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015

PRESENCIA DEL MODELO HEGEMONICO	FA	FR
De Acuerdo	16	76%
En desacuerdo	5	24%
Indiferente	0	0
TOTAL	21	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRAFICO N° 18



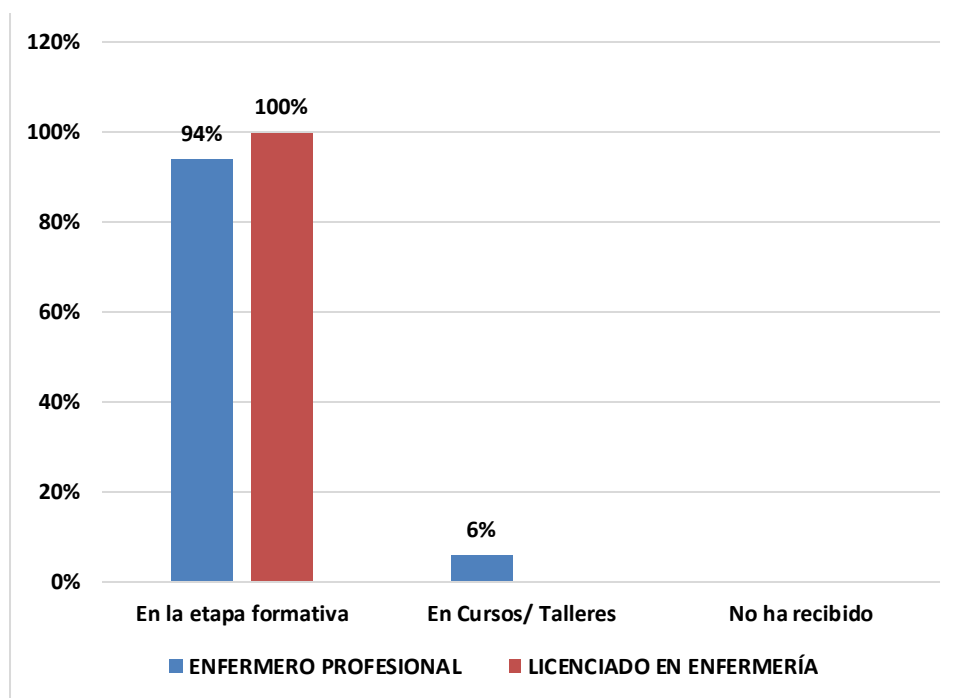
COMENTARIO: el 76% de los enfermeros consideran que en el hospital Gailhac prevalece el modelo médico hegemónico.

TABLA N° 19: Enfermeros en estudio según Momento de capacitación del PAE, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015

MOMENTO DE CAPACITACIÓN DEL PAE	NIVEL DE FORMACIÓN			
	ENFERMERO PROFESIONAL		LICENCIADO ENFERMERÍA	
	FA	FR	FA	FR
En la etapa formativa	16	94%	4	100%
En Cursos/ Talleres	1	6%	0	0%
No ha recibido	0	0%	0	0%
TOTAL	17	100%	4	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRAFICO N° 19



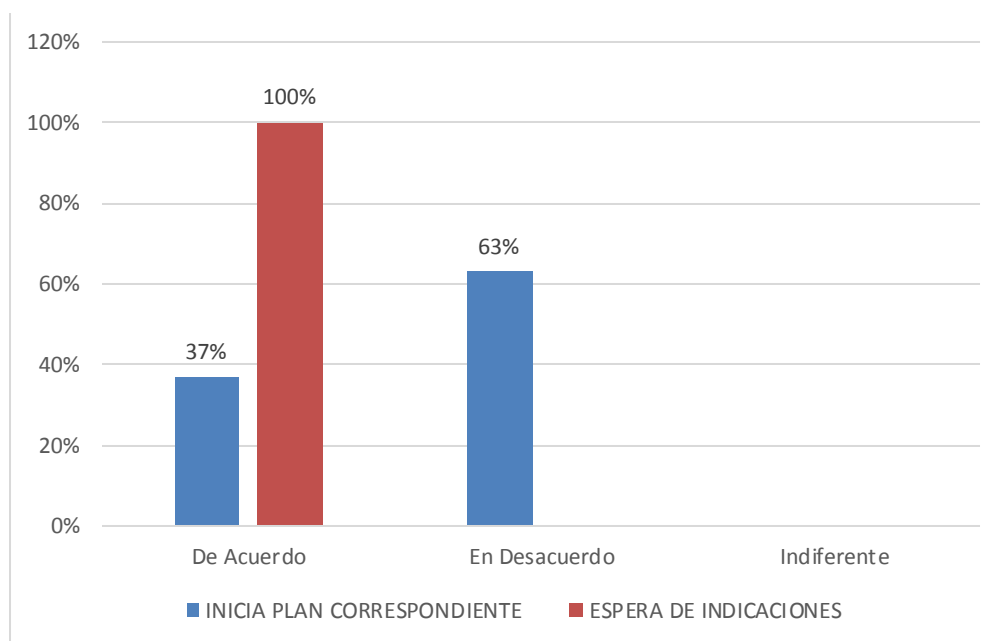
COMENTARIO: el 100% de los licenciados y 94% de los enfermeros profesionales recibieron la capacitación del PAE durante la etapa de formación.

TABLA N° 20: Enfermeros en estudio según Presencia del modelo Medico hegemónico por funciones de enfermería ante UPP, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015

PRESENCIA DEL MODELO MEDICO HEGEMONICO	FUNCIONES DE ENFERMERÍA: UPP			
	INICIA PLAN CORRESPONDIENTE		ESPERA DE INDICACIONES	
	FA	FR	FA	FR
De Acuerdo	3	37%	13	100%
En Desacuerdo	5	63%	0	0%
Indiferente	0	0%	0	0%
TOTAL	8	100%	13	100%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRAFICO N° 20



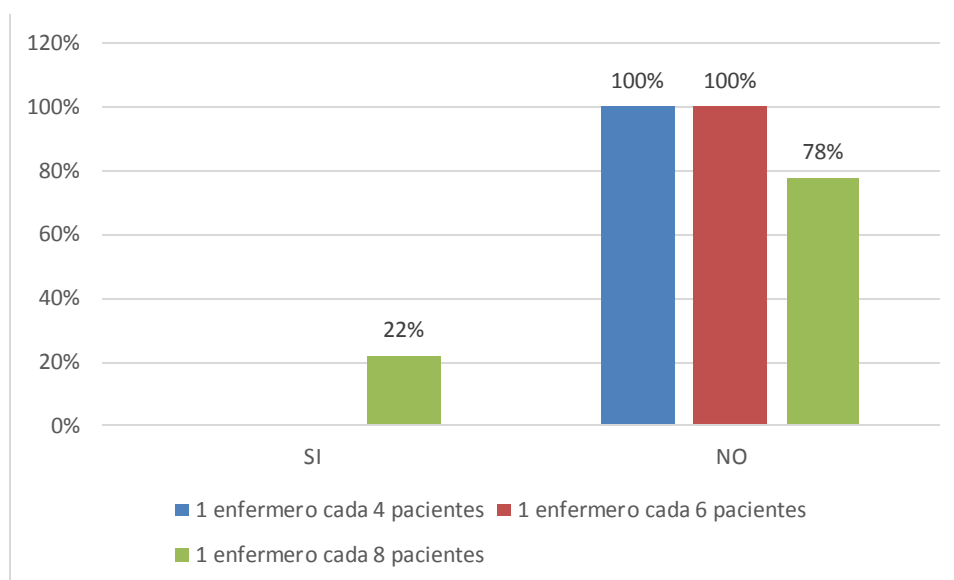
COMENTARIO: el 100% de los enfermeros que están de acuerdo que existe el modelo Medico hegemónico, esperan las indicaciones para actuar ante la presencia de una UPP.

TABLA N° 21: Enfermeros en estudio según Registra cada etapa del PAE por Relación enfermero paciente, Hospital Elías Gailhac, Mendoza, 2015

REGISTRA CADA ETAPA PAE	1 ENFERMERO CADA 4 PACIENTE		1 ENFERMERO CADA 6 PACIENTE		1 ENFERMERO CADA 8 PACIENTE	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI					4	22%
NO	2	100%	1	100%	14	78%

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015

GRAFICO N° 21



COMENTARIO: el 100% de los enfermeros que no registra cada etapa del PAE, tienen a cargo más de 4 pacientes hasta 8 por cada uno

DISCUSIÓN

En la búsqueda de dar respuesta a la hipótesis de trabajo; causas que limiten la correcta aplicación del proceso de atención de enfermería, aprendido durante la formación académica, en los servicios de internación del hospital Héctor Elías Gailhac:

Los datos obtenidos reflejan que las características del personal, son más mujeres, tienen edad promedio de 41 años y más del 80% son enfermeros profesionales. El 48% trabaja más de 40 horas lo que hace presumir que tienen dos trabajos.

En cuanto a las relaciones de trabajo, un porcentaje importante trabajan en turno rotativo, trabajan con más de 8 paciente a cargo por enfermero, razón por lo que centran la atención más en las funciones asistenciales que administrativas, por lo que no registran todas las acciones realizadas a diario.

En cuanto a los límites de la aplicación del PAE, se constató que si tienen capacitación sobre el mismo, no cuentan con recursos suficientes tanto material como humano. En cuanto a las funciones del enfermero no son independientes, ya que esperan que el médico dé la indicación para luego actuar en el caso de la presencia de úlceras por presión. No se consideran valorados por los otros profesionales y, creen que el modelo médico hegemónico es el modelo imperante en el hospital. Por lo que podemos concluir que la hipótesis ha sido confirmada.

RECOMENDACIÓN

La información obtenida, hace necesario que el personal de enfermería del hospital Héctor Elías Gailhac, puedan vencer las limitaciones que impiden aplicar el PAE. Se hace necesario actualizar los conocimientos para poder posesionarse dentro de la institución, ya que contar con un cuerpo de conocimientos que han logrado durante la formación, en cuanto la autonomía como profesión, es responsabilidad de los enfermeros mantenerla y defenderla. La autonomía nos permite un pensamiento crítico en nuestra toma de decisiones, pero esta disminuye cuando el enfermero no puede poner en práctica, toda su preparación, habilidades, entrenamiento, competencias, conocimientos y juicio.

Se cree necesario:

Reuniones de los grupos de enfermeros de manera de que se pueda reflexionar sobre esta realidad y querer cambiarla.

Por ello hay que priorizar la capacitación permanente en servicio. Hay que planificar cursos, talleres sobre la aplicación del PAE.

Coordinar con la jefatura sobre una reorganización del servicio de manera de mejorar la relación enfermero-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Iyer P, Taptich B, Bernocchi B. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª Edición. México: McGraw Hill Interamericana. 1997. 444p. p.6, 7, 9, 11, 16, 17,22.
- 2) Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson. 2003. 274p. p. 4, 5, 11, 22, 23, 25, 26,29 47
- (3) República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia, 1991, por la cual se reforma la Constitución Política de 1886. Bogotá; 1991
- (4) Creación del Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100/1993 de 23 Diciembre. Boletín Oficial de Colombia, no. 41148, (Dic. 23, 1993).
- (5) Gómez A R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Rev. Debates. 2005; 4: 39-40 43-48.
- (6) Castrillón MC, Orrego S, Pérez L, Ceballos M. La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación de la enfermería en Colombia. En: Guevara E, Mendias E. La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de recursos humanos. División de sistemas y servicios de salud. Washington: OPS.OMS; 2001. p.87.
- (7) Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Indicadores básicos 2005. Situación de Salud en Medellín. Medellín; 2006.
- (8) Departamento de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación. Anuario Estadístico de Antioquia 2003 y 2004. [CD ROM]. Medellín. Gobernación de Antioquia; 2004.

(9) Minotas B, Vélez E, Delgado S. Enfermería en cuidados intensivos. En: Gómez M, González M, Restrepo G, Sanín A. Fundamentos de Medicina. El paciente en estado crítico. 2ª. Edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997. 514 p. p. 500-503.

(10) Durán MM. Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería. En: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Dimensiones del cuidado. Bogotá: UNIBIBLOS; 1998. 253 p. p. 92, 93,94-99. 103

(14) Céspedes M, Jaramillo D, Pulido S, Ruiz Y, Uribe M, Gutiérrez M. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en las instituciones de salud de Medellín 1991. Invest Educ Enferm. 1991.12 (2): 87-103.

(15) Orozco L, Camargo A, Vasquez S, Altamiranda L. Factores que influyen en el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería. Bucaramanga, 1997. Escuela de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. Documento inédito suministrado por los autores.

(16) Medina J. La relación entre teoría, práctica e investigación. En: La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Madrid: Laertes; 1999. p.101.

(17) Porras P. La coherencia del concepto de cuidado de enfermería en el currículo. En: Dimensiones del cuidado. Grupo de cuidado Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. 253 p. 225-229.

(18) Duque S. Dimensión del cuidado a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimientos. Invest EducEnferm. 1999; 17(1): p.75-78.

(19) Torralba, RF. Constructos éticos del cuidar. Enferm Intensiva. 2000; 11(3): 136-141.

(20) Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. 3rd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1967. 235 p.

- (22) Carper B. patrones fundamentales de conocimiento en enfermería. Avd. Nur Sci. 1978; 1 (1): 13-24. Citado por Durán MM. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 26-34. 104
- (23) Durán MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 76, 98, 112.
- (24) Durán MM. Indagación filosófica y la práctica de la enfermería. En: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Dimensiones del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 1998. 253 p.26-33.
- (25) Diárbora E. Los instrumentos básicos de enfermería: una propuesta para la orientación curricular. Revista de Enfermería del Hospital Italiano. 2003; 7(19): 9-13.
- (26) Castrillón C. Retos para la enfermería en el siglo XXI: el desafío disciplinar. En: Conferencia Introductoria Maestría en Enfermería, primera generación; 2005 Marzo 10. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2005. p.2.
- (27) Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing.3rd edition. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1995. 576 p. p.15-17, 24, 25.
- (28) Schmieding N. Ida Jean Orlando. Teoría del proceso enfermero. En: Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 4ª edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999.p. 401, 402. 555 p.
- (29) Durán MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichán. 2002; 2(2): 7-18.
- (30) Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. 5ª edición. Madrid: 1995.p. 3,5, 6.
- (31) Ibáñez L, Sarmiento L. El proceso de enfermería. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2003. p. 30,35, 37, 192 p.
- (32) Castrillón C. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997. 128 p. p.26, 85,95.96, 97

- (33) North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. 9ª Conferencia. 1990. citado por: Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª edición. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2002. p. 3, 935p.
- (34) Pérez M, Sánchez P, Franco O, Ibarra A. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. Rev. Enferm IMSS. 2006; (1): 47-50.105
- (35) Mena F, Macías A, Romero M. ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? Rol Enferm. 2001; 24(2): 57-59.
- (36) Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative Edition. London: Prentice Hall; 2002.p.1, 2.
- (37) Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. 2ª edición. Barcelona: Grijalbo; 1987. p.31, 32, 48, 49 329 p.
- (38) Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997. p.9 (198p).
- (39) Paul R. Características de los pensadores críticos. En: Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997. p.9 (198p).
- (40) Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación. 2ª edición. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000. p. 24
- (41) Villarraga L. Fundamentos para la formación de actitudes de cuidado en enfermería. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. P.122-123.

APÉNDICES Y ANEXOS

Encuesta

1) **Sexo:** a) M b) F

2) **Edad:**

3) **Nivel de formación:**

a) Enfermero Profesional

b) Licenciado en Enfermería

4) **Cantidad de horas laborales:**

a) 36 hs

b) 40 hs

c) Mas de 40 hs

5) **Turno en que trabaja:**

a) Mañana

b) Tarde

c) Noche

d) Turno rotativo

6) **Relación enfermero/paciente:**

a) 1 enfermero por cada 4 pacientes

b) 1 enfermero por cada 6 pacientes

c) 1 enfermero por cada 8 pacientes o más

7) En qué momento recibió la capacitación del PAE:

- a) En la etapa formativa
- b) En cursos / talleres
- c) No ha realizado

8) Presencia de protocolos en el área de trabajo:

- a) Si:
 - a,1) Están escritos
 - a,2) Son expresos
 - a,3) Otros
- b) No

9) Recursos materiales:

- a) Son suficientes
- b) Son insuficientes

10) Recursos Humanos:

- a) Suficiente
- b) Insuficiente

11) Registros de Enfermería:

a) Se registran las acciones correspondientes a cada una de las etapas del PAE en los formatos ya existentes en los servicios.

- a,1) Si
- a,2) No

b) Los enfermeros dedican mayor tiempo a la labor asistencial que a la administrativa.

b,1) Si

b,2) No

12) **Utilizan escalas de valoración:**

a) Si

b) No

13) **Como se siente identificado el enfermero ante las otras disciplinas:**

a) Reconocido - Valorado

b) No reconocido – No valorado

c) Indiferente

14) **Al momento de realizar un plan de cuidado de limpieza bucal:**

a) Enfermería trabaja independientemente

b) Pide autorización al medico

15) **Ante la presencia de Ulceras por Presión:**

a) Enfermería inicia con plan de cuidados correspondientes

b) Enfermería espera indicaciones del médico tratante

16) En su área de trabajo, ¿Cree que el modelo medico hegemónico está presente?:

a) De acuerdo

b) En desacuerdo

c) Indiferente

CODIFICACIÓN

Sexo

a. M

b. F

Edad

a. Menos de 25 años

b. 25 a 35 años

c. 36 a 45 años

d. 46 a 55 años

e. Más de 55 años

3) Nivel de formación

a. Enfermero profesional

b. Licenciado en enfermería

4) Cantidad de horas de trabajo

a. 36 hs.

b. 40 hs.

c. Más de 40 hs.

5) Turno que trabaja

a. Mañana

b. Tarde

c. Noche

d. Rotativo

6) Relación enfermero/ paciente

- a. 1 enfermero por cada 4 pacientes
- b. 1 enfermero por cada 6 pacientes
- c. 1 enfermero por cada 8 pacientes

7) Momento que recibió capacitación del PAE

- a. En la etapa formativa
- b. En cursos/ talleres
- c. No ha realizado

8) Presencia de protocolos en el área de trabajo

- a. SI
 - a.1: están escritos
 - a.2: Son expreso
 - a.3: Otros
- b. No

9) Recursos materiales

- a. Son Suficientes
- b. Son Insuficiente

10) Recursos Humanos

- a. Son Suficientes
- b. Son Insuficiente

11) Registro de enfermería

- a. Registra las acciones de cada una del PAE
 - a.1. Si
 - a.2. No
- b. Dedicar mayor tiempo a la labor asistencial que la administrativa
 - b.1. Si
 - b.2. No

12) Utiliza la escala de valores

- a. Si
- b. No

13) Se siente Identificado ante los otros profesionales

- a. Reconocido- Valorado
 - b. No Reconocido- No Valorado
- 14) Al momento de realizar un plan de cuidados de limpieza bucal
- a. Enfermería Trabaja independientemente
 - b. Pide autorización al médico
- 15) Ante la presencia de úlceras por presión
- a. Enfermería inicia plan de cuidados correspondiente
 - b. Enfermera espera indicaciones del médico tratante
- 16) Presencia del Modelo Médico hegemónico.
- a. De acuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Indiferente.

MATRIZ DE DATOS

ua	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13	14	15	16
1	a	52	a	c	d	b	a	a1	a	a	a2	b1	a	b	b	b	b
2	a	38	a	c	d	c	b	a2	b	b	a2	b2	a	a	b	a	b
3	b	56	a	c	d	c	a	a1	b	b	a2	b1	b	b	a	a	a
4	b	43	a	c	b	a	a	a1	b	b	a1	b1	a	a	a	b	a
5	b	50	a	b	a	c	a	a1	b	b	a2	b1	a	b	a	a	a
6	a	40	a	b	c	c	a	b	b	b	a2	b1	a	a	a	b	a
7	a	35	a	c	d	c	a	a1	b	b	a1	b1	a	b	a	a	b
8	b	42	b	b	b	c	a	b	a	b	a2	b1	b	b	b	b	a
9	b	54	a	a	b	c	a	a1	a	a	a1	b1	b	a	a	a	a
10	b	55	a	c	d	c	a	b	b	b	a2	b2	b	c	a	b	a
11	a	30	a	b	d	c	a	a2	b	b	a2	b1	a	b	a	a	b
12	b	29	a	c	c	c	a	a1	b	b	a2	b1	a	b	a	a	a
13	b	52	b	b	a	a	a	b	b	b	a2	b1	a	b	a	b	a
14	a	34	b	b	d	c	a	a3	b	b	a2	b1	a	b	a	b	a
15	a	29	c	c	a	c	a	b	b	b	a2	b1	a	b	a	b	a
16	a	35	c	c	d	c	a	b	b	b	a2	b1	a	b	b	b	a
17	b	52	b	a	a	c	a	a1	b	b	a2	b1	a	b	b	b	a
18	a	39	a	c	c	c	a	b	b	b	a2	b1	a	b	b	b	a
19	b	40	b	a	a	c	a	a1	b	b	a2	b1	a	a	a	a	b
20	b	24	b	a	a	c	a	a1	b	b	a2	b1	a	a	a	b	a
21	b	32	a	b	b	c	a	b	a	b	a2	b1	a	a	b	b	a

Promedio 41 edad

FUENTE: Datos elaborados por los autores, mediante encuesta, Mendoza 2015