



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**SIGNIFICADO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
POR ENFERMERAS DEL ÁREA CLÍNICA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

PRESENTA:

Angelina Rivera Montiel

Tutora: Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

MÉXICO, D.F. Noviembre, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Reconocimientos

Agradezco a:

- La Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la UNAM a través del Programa de Apoyos a la Superación del Personal Académico (PASPA) de la UNAM.
- La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por los apoyos y facilidades otorgadas para la realización de los estudios de maestría.
- La Coordinación del Programa de Maestría por el apoyo proporcionado para la obtención del grado.

Agradecimientos

Al término de esta tesis quiero manifestar mi reconocimiento a todas las personas que a lo largo de su elaboración han colaborado de manera concreta con diferentes aportaciones o me han mostrado su interés y apoyo moral, en especial a:

La Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez por sus sabias orientaciones y consejos en la dirección de la tesis y particularmente por su acompañamiento en tiempos de adversidad.

La Dra. Laura Moran Peña y a la Dra. Elvia Taracena Ruiz por sus enseñanzas y contribuciones durante el desarrollo de la tesis.

Al Mtro. Severino Rubio Domínguez por su comprensión e incondicional apoyo.

A las maestras: María Cristina Müggenburg Rodríguez e Iñiga Pérez Cabrera por creer en mí.

A las maestras: Ana Laura Pacheco Arce, Margarita Cárdenas Jiménez y Sofía Rodríguez Jiménez por enseñarme el sentido de nuestra profesión. Sus reflexiones me han ayudado a crecer.

A ti que llegaste a mi vida dándole un sentido diferente a través del amor y la comprensión.

A Lety, Aly y Jesús, quienes han formado parte de mi vida y me han acompañado y dado palabras de aliento en este arduo proceso.

A las enfermeras y enfermeros que de forma voluntaria, responsable y comprometida participaron como informantes proporcionando los datos que fueron el eje nodal de la tesis.

A Gemma y a Tere quienes con su cordialidad y su alegría muy particular me ayudaron a no sentir las arduas horas de trabajo.

INDICE

Reconocimientos

Agradecimientos

Introducción 7

CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO 9

- 1. Problema a investigar 9
- 2. Importancia del estudio 17
- 3. Pregunta de interés 21
- 4. Objetivos 22

CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL 23

- 1. El cuidado y el proceso de atención de enfermería 23
 - El cuidado, objeto de estudio de la enfermería 23
 - Proceso de Atención de Enfermería y Proceso de Cuidados 27
 - Proceso de Atención de Enfermería 30
 - El Proceso de Atención de Enfermería y el desarrollo de habilidades reflexivas. 44
 - Bases éticas del Proceso de Atención de Enfermería 51
- 2. Revisión de la literatura 56

CAPITULO III. METODOLOGÍA 73

- 1. Propósito 73
- 2. Tipo de estudio 73
- 3. Diseño 73
- 4. Método de investigación 73
- 5. Procedimiento 75
- 6. Codificación y análisis 81
- 7. Consideraciones éticas de la investigación 84

CAPITULO IV. HALLAZGOS 89

- 1. Descripción de los atributos de los informantes entrevistados 89
- 2. Descripción de las categorías y subcategorías 91
 - Categoría 1. Actitud ante el PAE 93
 - Categoría 2. El PAE escolar 95
 - Categoría 3. El PAE en el trabajo 97

| | |
|----------------------------------|-----|
| CAPITULO V. DISCUSIÓN | 104 |
| CAPITULO VI. CONCLUSIONES | 113 |
| RECOMENDACIONES | 115 |
| BIBLIOGRAFÍA | 118 |
| ANEXOS | 134 |

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es un valioso instrumento que contribuye al desempeño del profesional de enfermería, le permite de una forma racional, lógica y sistemática la obtención de información para la identificación de los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar las intervenciones que la enfermera y la persona cuidada tendrán que llevar a cabo para mantener y recuperar la salud o bien para limitar sus daños.

Forma parte del dominio de la disciplina, ya que es un eje básico para el ejercicio de la investigación, educación, gestión y práctica de la enfermería.

A nivel internacional y nacional el proceso de atención de enfermería se ha convertido en un hito, porque es a partir de él que se han generado propuestas y modelos tendientes a mejorar la práctica profesional de enfermería así como la calidad del cuidado.

En nuestro país, los organismos encargados de vigilar la calidad de la educación en enfermería han señalado al proceso como uno de los ejes curriculares que debe de estar presente en los diferentes planes de estudios de las instituciones educativas en las que se forman los recursos humanos de enfermería.

Parece ser que las enfermeras clínicas tienen una visión contraria a estos planteamientos, ya que se ha observado que cuando en las instituciones donde laboran les insinúan que la atención del paciente la harán a partir del proceso de enfermería, ellas muestran una actitud de rechazo e incluso de molestia y enojo.

En este sentido, desde la investigación cuantitativa se han realizado diversos estudios relacionados con los factores que limitan o favorecen la aplicación del proceso en la atención de los pacientes. Los resultados de estos estudios han aportado datos importantes con relación a factores como el nivel de

conocimientos, la antigüedad laboral y el nivel de formación académica entre otros; desde la investigación cualitativa solo se encontró un estudio que se enfocó a indagar acerca de los significados que las enfermeras de un hospital de México atribuyen al proceso de enfermería. Por tal motivo y con el afán de contar con más datos cualitativos que ayuden a comprender éste fenómeno es que se llevó a cabo la presente investigación.

El estudio se encuentra organizado en seis capítulos, el primero se centra en la descripción del fenómeno a investigar, considerando su importancia, la pregunta de interés y los objetivos de la investigación.

El segundo apartado, se refiere al marco referencial en el cual se describe al cuidado como eje central de la enfermería y al proceso de atención de enfermería como un método con diferentes matices, es decir, como un instrumento para la práctica profesional, como una estrategia que coadyuva al desarrollo de habilidades del pensamiento crítico, así como las sus implicaciones éticas.

En el capítulo tres, se presenta la metodología, en la cual se señala el propósito, tipo de estudio, diseño, método de investigación, procedimiento y pasos seguidos para la codificación y análisis de de los datos, así como los alcances éticos del estudio.

En el siguiente capítulo se describen las categorías y subcategorías emergidas a partir de la codificación y del análisis de los datos.

En el apartado cinco se presenta la discusión de los datos y para finalizar, en el apartado seis se presentan las conclusiones y recomendaciones.

I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

1.1. Problema a investigar

Durante mucho tiempo, la enfermería dependió de los valores, creencias y conocimientos de la medicina. Esta visión medicalizada propiciaba en las enfermeras una concepción reduccionista del ser humano circunscrita al ámbito de lo biológico, a ponderar más la acción rutinaria sobre la acción reflexiva y a limitar su actuación profesional a la obediencia de las indicaciones médicas y a la ejecución de los procedimientos requeridos para la atención de los pacientes; asociado a ello, se sumaban las relaciones de género (poder-subordinación) entre lo masculino (médicos) y lo femenino (enfermeras) (Medina, 1999).

Por tanto, durante muchos años la enfermería fue considerada como una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común que no contemplaba el conocimiento científico de la profesión; las enfermeras centraban su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados convirtiéndola en una actividad subordinada y acientífica (Marriner y Tomey, 1999).

Bajo este contexto y en un afán por definir a la enfermería como una disciplina científica y como profesión, las enfermeras teorizadoras iniciaron la construcción de su marco teórico, siendo su mayor desarrollo en la década de los 50's y parte de los 60's dando respuesta así al interés que tenían por definir el núcleo y marco conceptual de la enfermería, resultando en una consecuente redefinición de su sistema de creencias, valores y de su objeto de estudio.

Paralelo a éste desarrollo nace el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)¹, el cual tenía como propósito la promoción del ejercicio autónomo basado en una

¹ Para fines de este documento, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) podrá ser denominado como Proceso, Proceso Enfermero (PE) o Método Enfermero (ME), pero es importante considerar que cada termino tiene implicaciones de aspecto semántico nominal (Ostiguín y Bermúdez, 2008), sino también de tipo epistemológico.

práctica reflexiva y deliberada sustentada en el conocimiento de la propia enfermería y de otras disciplinas. Es necesario aclarar que a través del tiempo este término ha tenido diferentes nominaciones semánticas, tales como: proceso enfermero, método enfermero y proceso de cuidados. Estas denominaciones apuntan a dos momentos de su desarrollo histórico: el primero situado en la década 70's como parte de una forma de "enseñar" procedimiento de enfermería y el segundo, usado a mediados de la década de los 90's cuando se introducen textos españoles que inician un planteamiento del proceso como método, sin ir más allá de eso (Ostiguín y Bermúdez, 2008).

El origen del proceso de atención de enfermería, se ubica en el año de 1955, cuando Lynda Hall utilizó por primera vez el término Proceso de Enfermería, con el paso del tiempo se incorporó al ámbito de la práctica y la enseñanza dando lugar a la investigación, siendo de interés los procesos e instrumentos para la valoración, los diagnósticos y la intervención de enfermería, así como el conocimiento, habilidades y experiencia que las enfermeras necesitaban para su aplicación práctica, así el PAE pasó a formar parte del dominio² de la disciplina de enfermería.

Diversas autoras han descrito al proceso; Yura³ y Walsh, (1982) lo definen como la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería de contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir Phaneuf (1993), ella lo conceptualiza como un instrumento de investigación, de análisis, de interpretación, de planificación y de evaluación de los cuidados de

² El dominio lo integran los conceptos y problemas más importantes del campo de interés; procesos de valoración, diagnóstico e intervención; instrumentos para la valoración; diagnósticos e intervenciones; diseños y metodologías de investigación congruentes con el conocimiento de enfermería (Duran de Villalobos, 2002).

³ Yura (1982), nombra al Proceso de Atención de Enfermería como el Proceso de la Asistencia Sanitaria.

enfermería que propicia el desarrollo lógico y sistemático del trabajo de la enfermera respecto al cliente y le confiere un cierto rigor científico; por último, Alfaro-Lefevre (2005), lo define como un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible; otra autora es

Escritoras como Orlando (1961), Yura (1981) e Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey (1997) coinciden en mencionar que el proceso de atención de enfermería constituye la esencia misma de la práctica en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales y potenciales de la salud; por tanto, se constituye en un puente entre: a) la enfermera y la persona que requiere de sus cuidados; b) el conocimiento disciplinar y la práctica; c) el conocimiento científico –cualitativo/cuantitativo- y la práctica y por último, d) entre la forma de pensar y de hacer de los profesionales de enfermería.

El proceso de enfermería se encuentra organizado en diferentes fases y estas difieren según la autora que se consulte: Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica; por tanto, las fases que actualmente se reconocen son: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planificación, 4) Ejecución y 5) Evaluación. Cabe mencionar que la división de sus fases constituye una separación artificial de acciones que en la práctica real no tienen solución de continuidad; sin embargo, en el ámbito de la formación de enfermeras responde a una necesidad didáctica.

Su aparición en los Estados Unidos data desde la década de los años 60's, se extiende por Europa y América a mediados de los 70's y su llegada a nuestro país se ubica entre los años de 1970 Y 1973 (ANUIES, 1975).

Hoy, a 57 años de su aparición, se ha constituido como el modelo predominante para la práctica de enfermería y su impacto se reconoce en los ámbitos de la administración, la gestión, la investigación, la acreditación y la educación de enfermería (Jiménez de Esquenazi y Gutiérrez de Reales, 1997).

Su utilidad en la administración y gestión del cuidado de enfermería⁴ puede entenderse de dos formas: a) la administración del cuidado directo y b) la administración del servicio para el cuidado. En el primer caso, el Proceso le permite a la enfermera clínica identificar los problemas que están afectando la salud individual, familiar o de grupos, así como planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería dirigidos a resolver esas dificultades. La segunda visión, considera la organización del servicio y sus recursos para garantizar el cuidado de todos los sujetos inscritos en el mismo constituyéndose así en una fuente de información que permite conocer la evolución del paciente, reconocer la complejidad de su cuidado y así determinar personal, recursos materiales, tiempo, espacios, estrategias etcétera (Jiménez de Esquenazi y Gutiérrez de Reales, 1997).

Como ejemplo se describe lo siguiente: En fechas recientes el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁵, ha identificado al proceso de atención de

⁴ La gestión del cuidado se define como un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud (Kérouac, 1996), citada por Zarate (2004).

⁵ El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE), que representan a más de 13 millones de enfermeras del mundo entero. Trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas de salud acertadas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y de unos recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios.

enfermería como una forma de mejorar la práctica profesional⁶ y es a partir de él que crea la iniciativa denominada: Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (ICNP) (CIE, 2011). Esta clasificación proporciona un vocabulario estructurado y definido y un marco unificador en el que pueden incorporarse los vocabularios y clasificaciones existentes para poder comparar los datos de enfermería.

Esta iniciativa marca un hito en enfermería ya que contribuirá a describir la práctica de enfermería y a vigilar las tendencias mundiales de los cuidados de enfermería al permitir documentar los resultados de las intervenciones de enfermería y comparar datos entre distintas poblaciones, contextos y zonas geográficas.

La organización de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería, responde a tres componentes que se insertan en las diferentes fases del Proceso. El primer elemento lo constituye la Taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería-Internacional (NANDA-I) la cual se sitúa en la fase del diagnóstico de enfermería, el segundo componente se refiere a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁷ la cual se ubica en la fase de planificación y por último, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁸, la cual se introduce en la fase de evaluación.

⁶ La práctica de Enfermería puede ser concebida como un campo de experiencia, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada. (Fuerbringer, 1995).

⁷ La Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) utiliza un lenguaje normalizado y global para describir las intervenciones de enfermería que realizan los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes.

⁸ La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la ejecución de las intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones, facilitando la inclusión de indicadores específicos para evaluar y los resultados obtenidos con el paciente.

Como consecuencia esta iniciativa, en nuestro país, la Comisión Permanente de Enfermería⁹ (CPE) dependiente de la Secretaría de Salud, en el años de 2011 crea y publica el Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidado (PLACE). Este documento tiene como objetivo establecer los criterios y la metodología para uniformar la práctica de la enfermería en las instituciones de salud y tiene como propósito el conformar un ejercicio profesional de mayor capacidad que integre las experiencias documentadas de enfermeros y enfermeras en su desempeño clínico.

Para tal efecto, en agosto de 2012, la Comisión, publicados documentos relacionados con la práctica de la Enfermería: El primero se refiere al Lineamiento General para la Documentación y Evaluación de la Implementación de los Cuidados de Enfermería, el cual propone los elementos esenciales para incorporar el plan de cuidados de enfermería; asimismo propone los elementos que deben de incluir los formatos diseñados para los registros clínicos, esto es con la intención de documentar las experiencias de cuidado de las enfermeras y también como una acción de garantía para el paciente, familia y comunidad.

El segundo corresponde al Catalogo Nacional de Planes de Cuidados, este documento reúne los 25 PLACE con los que actualmente se cuenta y pretende ser una herramienta metodológica que guie la práctica de enfermería e impulse al profesional a realizar un cuidado integral, holístico, especializado, individualizado y de alta calidad a la persona sana o enferma, familia y comunidad en cualquiera de los tres niveles de atención a la salud. Se pretende que a partir de su aplicación práctica se logre estandarizar el cuidado de enfermería y que se garantice la calidad de la atención de enfermería como una línea de acción de SICalidad.

En la educación, tanto en los estudios de nivel medio superior como de posgrado, el proceso de atención de enfermería se ha incorporado en los diferentes planes

⁹ La Comisión Permanente de Enfermería es un órgano colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las actividades que se emprenden en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, a su adecuada formación y al desarrollo y superación del personal de enfermería.

de estudios, ya sea como un eje curricular, como una asignatura o bien como una estrategia didáctica. En este sentido, en nuestro país, en octubre de 2011, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, estableció los Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudios de las Carreras de Enfermería. En este documento se incluye como un criterio al método de enfermería el cual debe de ser uno de los ejes curriculares que de manera transversal aporte conocimientos a lo largo de toda la carrera. En el mismo documento, en el rubro perteneciente al Perfil de Egreso, se señala que el egresado deberá de ser capaz de conceptualizar al proceso de atención de enfermería como una herramienta metodológica de trabajo y disciplinar y contar con las habilidades y destreza para su aplicación práctica.

En países, como Colombia y en particular en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, en cada uno de los semestres que integran su Plan de Estudios, el proceso de enfermería es utilizado como una herramienta pedagógica facilitadora del aprendizaje (González y Chavez, 2009).

En el rubro de investigación, el método enfermero ha sido objeto de estudio y sus aportaciones han contribuido tanto en la administración y gestión del cuidado, como en la educación en Enfermería.

En el primer caso, el proceso de atención de enfermería ha sido el eje de diferentes modelos de cuidado, tal es el caso del estudio realizado por Castaño y cols en el 2012, en el cual validaron un modelo para la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental.

El proceso de enfermería, también ha permitido identificar y validar diagnósticos de enfermería, tal es el caso de las investigaciones hechas por Refugio y Rivas en 2009 y por Brito en el mismo año. En el primer estudio se identificaron las etiquetas diagnosticas NANDA que con mayor frecuencia utilizan las enfermeras para describir los problemas relacionados con las lesiones secundarias al Pie

Diabético y en el segundo, Brito identificó los diagnósticos de enfermería que predominan en la atención primaria a la salud.

En el ámbito de la investigación-educación, el proceso de atención de enfermería se ha utilizado para validar modelos pedagógicos y estrategias didácticas para el desarrollo de habilidades del Pensamiento Crítico (PC), tales como el de Benner en 1987, al cual título: *Práctica Progresiva en Enfermería (Expertise In Nursing Practice)* y del cual derivo un libro con el mismo nombre; otro fue el de Morán y Espinosa titulado: *Diseño y Evaluación de un Modelo para el desarrollo de juicio y toma de decisiones clínicas en estudiantes de enfermería.*

Otros estudios muestran la tendencia por investigar al proceso de atención de enfermería como una estrategia didáctica que coadyuva al desarrollo de la aptitud clínica y de las habilidades del razonamiento clínico, entre estos se encuentran los de García y cols (2001) y García y Matus (2002),

Como se ha constatado el Proceso de Atención de Enfermería es un elemento importante para la disciplina de Enfermería; sin embargo, en mi trayectoria como enfermera y como docente he observado que las enfermeras clínicas tienen una percepción contraria a estos planteamientos, incluso cuándo se les insinúa que aplicarán el Método Enfermero en el cuidado de sus pacientes, con frecuencia su reacción es de desacuerdo e incluso de enojo o molestia.

Esta situación es factible de constatar a través de los estudios que han tenido como foco de interés el indagar los factores que se relacionan con la aplicación o no del proceso de enfermería.

Para el primer caso, se mencionan los estudios de Duany y Llorente (2000), Fera y cols (2000), Izquierdo y cols (2002), García y cols (2005), y el de Brito y cols (2011). En ellos se reporta que la mayoría de las enfermeras que participaron en la operación modelos de cuidado institucionalizados, si aplicaron ya sea de forma total o parcial el proceso de atención de enfermería. Son dos los factores asociados con esta

situación: El primero se relaciona con la inclusión del método de enfermería como parte de las líneas institucionales para el trabajo de enfermería y el segundo se vincula con la incorporación normativa del registro computarizado y/o escrito de enfermería, el cual fue estructurado con base a las fases del Proceso e incluso algunos incluyeron la taxonomía NANDA, así como las Intervenciones y los Resultados de enfermería, NIC-NOC respectivamente.

Entre los estudios que indagaron acerca de los factores relacionados con la no aplicación del proceso de atención de enfermería se encuentran el de Castro y cols (2001), Orozco y cols (2002), Alcalá de Haro y cols (2002), Pérez y cols (2006) Morales y Domínguez (2008), Gutiérrez (2008), Aguilar y cols (2008) y Rojas y Pastor (2009). Todos coinciden en señalar que en mayor o menor grado pero que las enfermeras si tienen conocimientos sobre proceso y que el exceso de pacientes y el tiempo insuficiente son factores que limitan la aplicación del método enfermero. Un dato que llama la atención es la formación académica y los estudios de Educación Continua, ya que a mayor grado de formación o acceso de cursos, mayor es la propensión para usar el proceso.

1.2. Importancia del estudio.

Actualmente el proceso de atención de enfermería se ha posicionado como un eje nodal para la mejora de la calidad de la práctica profesional y formación de recursos humanos de enfermería y para la acreditación de las unidades médicas.

Con relación a la mejora de la calidad de la práctica profesional de enfermería, el Consejo Internacional de Enfermeras, en su Plan Estratégico para el periodo 2011-2014, identificó tres campos esenciales para el mejoramiento de la enfermería, uno de ellos se enmarca en el rubro de la práctica profesional, para lo cual propuso el desarrollo de una Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería, en la cual el proceso de atención de enfermería se inserta como un eje esencial para su operación.

En este sentido, cada país ha tomado las decisiones respectivas para operar esta iniciativa, por ejemplo, en el caso de España, el Consejo General de Enfermeras, creó el proyecto denominado: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE) el cual se enmarca en el proyecto de Análisis y Desarrollo de los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Este proyecto como objetivo el desarrollar un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería, con el fin de prestar una mejor asistencia a la población, demostrando su aportación al sistema nacional de salud.

En el caso de México, como consecuencia de las recomendaciones derivadas en la 1ª Jornada Técnica “Plan de Cuidados” (PLACE) realizada el 1 y 2 de Julio de 2008, la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud emitió la instrucción 113/2008-Enfermería, en la cual se menciona que el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)¹⁰ apoyará la implantación del proceso de atención de enfermería en las unidades médicas y promoverá la estandarización de los cuidados mediante la elaboración de Planes de Cuidado de Enfermería (PLACE) para las principales patologías o etiquetas diagnósticas de enfermería, de tal manera que en el año de 2011 la Comisión Permanente de Enfermería publicó el Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidado y tras el trabajo de enfermeras expertas ha propuesto 25 PLACE los cuales se encuentran disponibles en el Catalogo Nacional de Planes de Cuidado publicado durante el año en curso.

Otra instrucción derivada de la Jornada Técnica fue el que se priorizada la estandarización y calidad de los registros clínicos de enfermería que incluyan en la hoja de enfermería de conformidad con la NOM-168-SSA1-1998, como parte sustantiva del expediente clínico, para ello, en este año, se puso a disposición de

¹⁰ Es el instrumento del gobierno federal de México para elevar la calidad de los servicios médicos. Éste programa entra en actividad en 2007 y es implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGECS).

las enfermeras el Lineamiento General para la Documentación y Evaluación e Implementación de los Planes de Cuidados de Enfermería.

En el ámbito de la Educación de Enfermería, en nuestro país, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, en el año de 2011 estableció los Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio de las Carreras de Enfermería; en él se señala al proceso de atención de enfermería como uno de los ejes curriculares del plan de estudios de las diferentes carreras de enfermería que se oferten en el país.

Desde la disciplina de enfermería, el proceso forma parte del dominio de la disciplina de la enfermería ya que se reconoce desde diferentes dimensiones: como un medio que favorece la interacción enfermera-paciente, un instrumento que propicia la práctica autónoma y reflexiva, una herramienta que vincula el conocimiento con la práctica, una estrategia didáctica que promueve habilidades reflexivas, una directriz que contribuye a la mejora de la calidad del cuidado, y por último, como un factor que apoya al conocimiento y la investigación de enfermería.

Por tanto se afirma que el proceso de atención de enfermería representa una fuente de información que junto con la investigación es capaz de generar conocimientos que ayudarían a comprender, describir predecir y explicar los fenómenos inherentes a la práctica de cuidar y en consecuencia contribuirían a enriquecer el conocimiento disciplinar, a generar evidencia científica y por supuesto a mejorar la práctica profesional, la calidad del cuidado y la formación de los profesionales de enfermería.

También representa una oportunidad para hacer objetivo aquello que aun hoy sigue siendo subjetivo e incluso desconocido para muchas enfermeras. La práctica de la enfermería, implica una relación interpersonal entre la enfermera y la persona que cuida; en esa interacción se da un encuentro dialógico (verbal y no verbal) en el que están interactuando, los valores, las creencias, los hábitos, las

emociones y los significados que atribuyen a sus experiencias de vida y es ahí, donde la enfermera no percibe la ayuda comprensiva, emocional y/o espiritual que proporciona al establecer la relación terapéutica de cuidado; por tanto, la confortación, la preocupación por lo que le sucede, la intervención en crisis, la ayuda y el acompañamiento al inicio del proceso de vida, la crianza o ante la pérdida quedan en la subjetividad, la enfermera no lo identifica o bien cuando si lo hace lo concibe como una actividad adicional por la cual no recibe un incentivo o una remuneración extra, dejando a tras el bienestar emocional y espiritual que esa experiencia le dejó.

Aunque el proceso de atención de enfermería, tiene estas dimensiones, a lo largo de mi trayectoria profesional y docente he compartido conversaciones y puntos de vista acerca de él y he encontrado que no todas las enfermeras comparten estas ideas y por el contrario, me atrevería a decir que les causa incomodidad e incluso les enoja el solo pensar el aplicar el proceso en los pacientes que les son asignados para su atención.

Es el conjunto de estas razones que llevaron a la necesidad de hacer la presente investigación.

1.3. Pregunta de Interés

Ante el impacto que en los tiempos actuales tiene el proceso de atención de enfermería y ante las numerosas publicaciones de tipo cuantitativo referentes a los factores vinculados a su nula o poca aplicación, es que surge el interés por conocer si este fenómeno se relaciona con las experiencias que las enfermeras clínicas han tenido con relación a su utilización en el ámbito clínico.

Por tal motivo y con afán de abordar el problema desde las vivencias de las enfermeras clínicas es que se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los significados que atribuyen las enfermeras clínicas en torno al Proceso de Atención de Enfermería?

1.4. Objetivos

Objetivo General:

Mediante la descripción y el análisis del discurso de las enfermeras clínicas identificar los significados que ellas construyen en torno al Proceso de Atención de Enfermería.

Objetivos Específicos:

- Identificar los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería.
- Comprender los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería.
- Conocer si los significados que las enfermeras clínicas construyen en torno al Proceso de Atención de Enfermería representan un factor que favorece o dificulta su aplicación en el ámbito clínico.

II. MARCO REFERENCIAL

2.1. El cuidado y el Proceso de Atención de Enfermería.

2.1.1. El cuidado, objeto de estudio de la Enfermería.

Dentro del ámbito de la Enfermería el hablar acerca del cuidado lleva a pensar en este concepto como el elemento esencial que la distingue de otras disciplinas convirtiéndolo en su objeto particular de estudio.

Se concibe que el cuidado existe desde el comienzo de la vida y que de acuerdo a Collière (1999) su historia se perfila a través de dos grandes orientaciones: la primera se inscribe desde el principio de la historia de la humanidad para asegurar la continuidad de la vida y la segunda se vincula con la lucha contra la muerte.

Pero, desde el ámbito profesional ¿cómo entender este concepto, si a lo largo del proceso histórico de la humanidad el cuidado ha estado presente?

Para dar una respuesta clara a esta pregunta se hará una breve revisión de las aportaciones teóricas que Leininger (1985), Watson (1988), Swanson (1991) y Collière (1999) han dado para la comprensión del cuidado como eje esencial de la Enfermería.

Una de las primeras teorizadoras que contribuyó al esclarecimiento del cuidado como eje fundamental de la enfermería fue Madeleine Leininger, quien gracias a su formación, a sus experiencias clínicas y a sus investigaciones etnográficas identificó que el cuidado tenía como punto de origen la cultura de los individuos, los grupos y las sociedades. Ella observó que las prácticas de cuidado tenían como base las creencias hábitos y costumbres y que estas estaban inmersas dentro del contexto de los valores, visiones del mundo y patrones de vida de las personas que integraban determinado grupo social. Fue así que en el año de

1985, Leininger propuso su Modelo Conceptual/Teórico de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Transcultural.

Este modelo considera que los seres humanos son inseparables de su historia cultural y de sus estructuras sociales, expresa que el cuidado humano es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y patrones varían entre las culturas y tiene dimensiones bio-físicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales que se puedan estudiar y practicar para dar un cuidado holístico a las personas; por tanto, la enfermera debe de reconocer la Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. La salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra. Deben de ser identificadas y comprendidas para ofrecer un cuidado culturalmente congruente.

Otra teorizadora que ha dado aportaciones importantes con relación a la filosofía del cuidado es Jean Watson. Su formación académica, su experiencia como enfermera clínica e investigadora, así como la influencia que recibió de Carl Rogers y de los trabajos de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard y Gadow la llevaron a desarrollar el Modelo del Cuidado Humano.

Ella afirma que el cuidado humano es el ideal moral de la enfermería en donde el fin es la protección, mejoramiento y preservación de la dignidad humana (Watson citada por Cohen, 1991).

Desde la perspectiva de Watson, el cuidado ocurre cuando se da la interacción entre la enfermera y la persona cuidado. En esa interacción interactúan los valores, creencias, hábitos, costumbres, significados y emociones de ambas partes y se establece un acuerdo –no necesariamente verbal- de ayuda, de comprensión, de respeto y de aceptación mutua.

Por tanto, el Cuidado Transpersonal, ocurre cuando la enfermera detecta el mundo subjetivo de la persona cuidada, experimentando una unión con él, y

expresan la unión de tal forma, que ambos experimentan una liberación del aislamiento. Entonces, el cuidado es una unión espiritual entre dos personas que trasciende el ser, tiempo, espacio e historia de vida de cada cual. Esta trascendencia permite que la persona cuidado y la enfermera entren al campo de fenómenos del otro (Watson, citada por Cohen, 1991).

Swanson (1993), define el cuidado como una forma de fomentar las relaciones con otro ser valioso hacia quien uno tiene un sentido personal de compromiso y responsabilidad. En esta definición las palabras claves comprenden: promover (crecimiento y producción de salud); formas de relacionarse (ocurre en las relaciones); con otro valioso (a quien se cuida es importante); hacia quien uno tiene un personal (individualizado e íntimo) sentimiento de compromiso (conexión, compromiso, pasión); y responsabilidad (confianza y deber).

A través de la teoría de los cuidados, Swanson (1993) propone cinco procesos básicos secuenciales: 1) mantener la confianza, 2) conocimiento, 3) estar con, 4) hacer por, y 5) mantener las creencias, en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

Por su parte Collière (1999), menciona que la enfermería tiene como razón de ser la persona cuidada. El punto de partida y el desenlace de los cuidados es el enfermo-persona quien representa el objeto de cuidados, es decir, que los cuidados solo tienen significado por referencia a su realidad, a su forma de vivir – entre otras cosas -, de vivir la enfermedad.

Cuidar, afirma Collière (1999), es un acto de vida que tiene por objetivo en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, o la muerte de la especie. Es un acto individual que se da cuando se adquiere la

autonomía para hacerlo. También es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales: ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de la autonomía está ligada a la edad o en algunos acontecimientos de la vida que requieren de ayuda concreta como es la maternidad o el nacimiento o también cuando un grupo se encuentra con crisis o con obstáculos en su vida, que en algunos casos llegarían hasta la enfermedad o el accidente.

Al examinar cada uno de estos planteamientos, se llega a la conclusión de que el cuidado presenta distintas orientaciones; sin embargo, todas ellas reconocen que es un proceso interpersonal entre la enfermera y la persona cuidada, en la que se da una interacción recíproca y dialógica mediatizada por una transacción en la que interactúan los valores, los intereses, las creencias, los hábitos y las costumbres, bajo un entorno de confianza, de conocimiento y de ayuda mutua con el fin de mantener la vida, preservar la salud, recuperarla cuando esta se ha perdido, o bien de ayudar a la persona en situaciones específicas de la vida como el nacimiento, la crianza o bien en su proceso de agonía y a tener una muerte digna.

Por su naturaleza, Colliere (1999), identifica dos tipos de cuidado: los de costumbre, habituales o de conservación y mantenimiento de la vida (care) y los de curación (cure).

Los cuidados de costumbre, están relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida. Representa el conjunto de cuidados basados en las creencias, costumbres y hábitos de las personas.

Los cuidados del cure o de curación, están relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida y tienen como objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas.

Por su parte Leininger, propone tres tipos de cuidado: los genéricos, los profesionales y los profesionales enfermeros.

Los cuidados genéricos los define como aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación hacia otro individuo o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar una condición humana o vida (Leininger, citada por Cohen, 1991).

El cuidado profesional, lo describe como aquellas conductas, técnicas, procesos o patrones, aprendidos cognitivamente y culturalmente, que permiten o ayudan a que un individuo, familia o comunidad, mejoren o mantengan una condición o estilo de vida saludable.

Por último, los cuidados profesionales enfermeros los refiere como todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios de ayuda personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte (Leininger, citada por Medina, 1999)

2.1.2. Proceso de Atención de Enfermería y Proceso de Cuidados.

Es frecuente que al Proceso de Atención y Proceso de Cuidados se les considere como sinónimos, situación que representa una paradoja ya que cada uno tiene raíces filosóficas y epistemológicas diferentes.

Son dos los principales paradigmas que han influido en la construcción del conocimiento de enfermería, el primero corresponde al lógico positivista o empírico analítico y el segundo al simbólico, interpretativo, histórico y dialéctico.

Hay dos factores que en opinión de la autora de esta tesis fueron los desencadenantes que el proceso de atención de enfermería sentará sus bases en

el positivismo, en la racionalidad técnica y en el enfoque biomédico: el primero se origina a partir de la marcada influencia la perspectiva biomédica ejercía sobre las enfermeras y la segunda se da partir de la necesidad que tenían las enfermeras líderes de hacer de la enfermería una disciplina científica.

La postura positivista, -que a propósito es la que da sustenta al conocimiento médico-, ha tenido una gran influencia en la formación de las enfermeras, ya que esta se basaba en la adquisición de conocimientos derivados de dos campos: la enfermedad y lo relativo a ella y la técnica.

En la décadas de los 50's y parte de los 60's las enfermeras consideraban que si se incorporaba al método científico al proceso de atención de enfermería, éste le daría el carácter de rigurosidad metodológica, de universalidad y por supuesto de aceptación ante la propia enfermería y ante otras disciplinas. Así, diversas autoras, consideran que el proceso de enfermería es la aplicación del método científico a la resolución de los problemas que afectan la salud de los pacientes, e incluso hicieron una traslación de sus etapas a las del proceso de enfermería.

La influencia del método científico se observa en la taxonomía NANDA, la cual en fechas recientes ha incorporado el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) a la estructura del enunciado diagnóstico. En esta estructura se identifica una relación causa-efecto: Estreñimiento (efecto), relacionado con, baja ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra (causa).

También se evidencia en el tipo de datos que se recaban para integrar los diagnósticos. Estos datos deben de reunir dos características: deben de ser medibles y también factibles de comprobar; como ejemplo de ellos se mencionan: la presión arterial, la frecuencia cardiaca y la temperatura entre otros deben de ser medidos para hacerlos objetivos e incluso ha suscitado la necesidad de elaborar escalas para medir datos que son subjetivos como es el caso del dolor.

Entonces se reconoce que el Proceso de Atención de Enfermería se ha desarrollado en un escenario positivista que le ha dado un significado utilitarista y fragmentario que se corrobora o legitima hoy por hoy en la realidad de las instituciones de salud, donde el hombre se descompone en sus “elementos”. (Ostiguín y Bermúdez, 2008).

El enfoque biomédico, propicia la visión de objeto sobre la persona-identificada como paciente, así la mayor actividad profesional de la enfermera depende del diagnóstico y tratamiento que haya establecido el médico para la resolución de la enfermedad; por tanto, la enfermedad es la que le da sentido a la actividad de la enfermera. La elección y planificación de sus “cuidados” o intervenciones están determinadas por el tipo de enfermedad o por el tipo de órgano afectado (Collière, 1999).

Desde la racionalidad técnica, la ejecución de las acciones y de los procedimientos que se necesitan para tratar la enfermedad requiere de la aplicación de técnicas complejas sustentadas y explicadas a partir del conocimiento técnico-científico (enfermedad-técnicas) sin incorporar los de la propia, constituyéndose en la base de lo que Collière (1999) llamó la cultura general de las enfermeras.

Caso opuesto es el Proceso de los cuidados de enfermería el cual procede de una influencia paradigmática contraria a la del proceso de atención de enfermería ya que sus bases se sustentan en la visión de cuidado, en consecuencia su centro de interés es la persona cuidada. Implica una relación interpersonal, dialógica que involucra los valores, las creencias, los hábitos, las costumbres, los significados y las actitudes de los participantes del acto de cuidar, estableciéndose un intercambio de procesos de vida distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte; es decir, significa un encuentro entre el sujeto (enfermera) – sujeto (persona cuidada).

En este sentido el proceso de los cuidados de enfermería rebasa el ámbito de lo biológico e incorpora la dimensión antropológica, social y psicológica del ser humano sentando sus raíces epistemológicas en la perspectiva hermenéutico-interpretativa, ya que el cuidado requiere de la comprensión de la experiencia del sujeto, de los significados que construye en torno al o a los fenómenos que están determinando esa interacción. Por tanto, los conocimientos que la enfermera requiere para ayudar a la persona cuidada rebasan el ámbito de las ciencias naturales e incorpora el de las ciencias sociales y humanidades, por otro lado, además de requerir habilidades procedimentales, demanda de habilidades tales como: las de comunicación, de interacción, de relación y de observación entre otras.

La enfermería tiene como razón de ser la persona cuidada. La referencia, el punto de partida y el desenlace de los cuidados es el enfermo. Ya no se tiene en cuenta como objeto portador de la enfermedad, sino que realmente es la finalidad de los cuidados que solo tienen sentido a partir de él, de lo que es, de lo que representa en el seno de su entorno social. Ya no es el objeto de los cuidados sino que se convierte en objeto de cuidados (Collière, 1999). En este sentido hay una expansión de las competencias de la práctica profesional que sobrepasa a la simple ejecución de las prescripciones médicas.

2.1.3. Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

En el siglo pasado las principales líderes de enfermería comprendieron la necesidad de diferenciar a la enfermería de otras disciplinas y en particular de la medicina, así que en la década de los 50's las enfermeras norteamericanas cuestionaron su dependencia y subordinación hacia el paradigma biomédico de la atención en salud en el cual realizaban los cuidados de enfermería.

Esta situación incitó en ellas el cuestionar ¿qué era la enfermería?; ¿cuál era su razón de ser?; ¿cuál era su centro de interés? y ¿cómo se adquiría la autonomía

profesional? Para dar respuesta a estas interrogantes las teorizadoras enfermeras dieron inicio a la construcción del marco teórico–conceptual de la disciplina y comenzaron a formular sus consideraciones acerca del método de actuación profesional de las enfermeras al cual nombraron Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Aunque se reconoce que su origen se ubica a mediados del siglo XX, algunos autores lo remontan remonta a mediados del siglo XIX, con la figura de Florencia Nightingale al señalar que la observación era un elemento primordial para brinda la atención que necesitaba el paciente. Es así como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, ya que estaba implícito en cada una de las actividades que realizaban las enfermeras para ayudar al soldado herido.

Oficialmente su origen se ubica en el año de 1953 cuando por primera vez Vera Fry habla del Proceso de Atención de Enfermería, dos años más tarde, 1955, en Nueva Jersey, Lydia E. Hall presenta una conferencia relacionada con la calidad de la asistencia de enfermería describiendo la práctica de enfermería como un proceso; posteriormente, a principios de la década de los 60's, Ida Jean Orlando publica su libro: La relación dinámica enfermera-paciente, describiéndola como un proceso de tres fases relacionadas entre sí: 1) El comportamiento del paciente; 2) La reacción de la enfermera y 3) La actuación de la enfermería orientada hacia el beneficio del paciente, es a partir de entonces que las teorizadoras enfermeras consideraron al Proceso de Atención de Enfermería como un componente del dominio¹¹ de la disciplina de enfermería.

En 1966 Lois Knowles citada por Yura y Walsh (1982), resalta la importancia de los procesos cognitivos de las enfermeras al sugerir que el éxito profesional dependía de su maestría para:

¹¹ El dominio, comprende el conjunto de conocimientos que dan autonomía y fundamento a la práctica profesional.

- Descubrir: la enfermera adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente, tal información de contribuir a la contribución de un mejor servicio al paciente.
- Investigar: la enfermera utiliza la información procedente del mayor número de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- Decidir: La enfermera planea el procedimiento a seguir en la asistencia al paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.
- Actuar: la enfermera desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- Discriminar: La enfermera establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.

En idioma inglés, estas fases fueron descritas con el acrónimo de las cinco “D”:

| | | | |
|------------|--------------|---|--------------------|
| D = | Discover | = | Descubrir |
| D = | Delve | = | Investigar |
| D = | Decide | = | Decidir |
| D = | Do | = | Hacer |
| D = | Discriminate | = | Discriminar |

Para 1967, Yura y Walsh publicaron el primer libro relativo al Proceso de Atención de Enfermería, refiriéndolo como un proceso de cuatro fases.

A través de su historia, el proceso enfermería se ha descrito como un proceso de tres, cuatro y hasta cinco fases:

| Año | Teórica | Fases | Nombre de las fases |
|-------------|----------------|--------------|---|
| 1952 | Peplau, H | 4 | 1. Orientación, 2. Identificación, 3. Aprovechamiento y 4. Resolución. |
| 1957 | Kreuter, F.R | 3 | 1. Coordinación, 2. Planificación y 3. Evaluación |
| 1959 | Johnson, D.E | 4 | 1. Valoración de las situaciones, 2. Toma de decisiones, 3. Ejecución de acciones designadas para resolver los problemas de enfermería y 4. Evaluación. |
| 1961 | Orlando, I. J | 3 | 1. Conducta del cliente, 2. Relación de la enfermera y 3. Actividades de enfermería. |
| 1963 | Wiedenbach, E | 3 | 1. Identificar la ayuda necesitada, 2. Administrar la ayuda y 3. verificar que la ayuda fue dada. |
| 1965 | Heidgerken, L | 4 | 1. Evaluación del comportamiento y la situación, identificación de los sistemas físicos, 2. Diagnóstico, 3. Planificación e identificación de las necesidades y 4. Coordinación del régimen del cliente a través de todos los estadios del cuidado. |
| 1963 | Wiedenbch | 3 | 1. Observación, 2. Prestación de ayuda y 3. Validación. |
| 1967 | Yura y Walsh | 4 | 1. Valoración, 2. Planificación, 3. Realización y 4. Evaluación. |

Cuadro descriptivo de las fases que han conformado al Proceso de Atención de Enfermería a la largo de su desarrollo histórico. Elaborado por: Angelina Rivera Montiel. Alumna del Programa de Maestría en Enfermería de la ENEO-UNAM, 2011

Pero fueron Bloch (1974), Roy (1975) y Aspinall (1976) quienes propusieron incluir la fase de diagnóstico de enfermería, constituyendo así un proceso de cinco etapas, cada una es dependiente de las otras y coexisten en una interacción continua, de tal forma que el método enfermero constituye una unidad y su separación solo resulta práctica cuando se aborda su enseñanza.

A lo largo de su desarrollo histórico, el proceso de enfermería adquirió tal impacto que en 1973 la American Nurses's Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso de atención de enfermería,

esta acción se convirtió en el punto de partida para que varios estados de la Unión Americana lo incorporaran al sistema legal del ejercicio profesional de enfermería. El proceso de enfermería se difundió en Estados Unidos se difundió a finales de los 60's y en Europa y América Latina incluyendo México a principio de los 70's. Los 80's y 90's fueron las décadas en las que el método de enfermería tuvo su mayor desarrollo, ya que fue la época en que se publicaron más libros; entre las autoras más destacadas se encuentran: Leslie Atkinson (1983), Rosalinda Alfaro (1986), Margot Phaneuf (1993), Linda Carpenito (1995) y Patricia Iyer (1997) entre otras.

El concepto del Proceso de Atención de Enfermería se ha abordado desde diferentes perspectivas, la primera de ellas alude al Pensamiento Crítico (PC); por ejemplo, Marriner (1983), lo define como la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería; Yura y Walsh (1988) lo describen como la serie de acciones señaladas y pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia proporcionar la cantidad y la calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar; Koziar, et.al (1994), lo definen como un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería; por último, Alfaro (1986), lo describe como un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

La interacción enfermera-paciente ha sido otra forma de abordar el concepto del Proceso de Enfermería; Iyer (1987), señalaba que implicaba la interacción entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo principal era el paciente; Carpenito (1989), lo definió como un instrumento empleado para realizar la interacción mutua entre la enfermera y el cliente; y la Western Interstate Commission on Higher Education (1967), lo describió como la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de

comportamiento y acción del paciente y de la enfermera y de la interacción resultante (Kozier, 1994).

Otras autoras describen al proceso de enfermería en términos de la práctica; por ejemplo, Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey (1997), lo definieron como el sistema de la práctica de enfermería en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 declara al proceso enfermero como un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del usuario/familia o comunidad; en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay que proporcionar, y los recursos con los que se cuenta. Estas acciones implican procesos intelectuales, para tomar decisiones y proporcionar cuidados oportunos, de calidad y calidez.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad y se caracteriza por ser:

- Humanístico: porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad (Alfaro, 1986).
- Sistemático: porque incorpora el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados (Alfaro, 1986).

- Dinámico y flexible: porque responde a un cambio continuo capaz de adaptarse a las necesidades de la persona, familia y comunidad.
- Universal: porque se adapta a la persona, familia y comunidad y a los diferentes ámbitos en los que las enfermeras se desarrollan.
- Interpersonal: debido a que favorece la interacción entre el paciente y la enfermera.
- Continuo: puesto que se adapta a la respuesta del paciente favoreciendo que las enfermeras actualicen y den continuidad a los cuidados de enfermería.

El proceso está constituido por cinco fases: 1) valoración; 2) diagnóstico de enfermería; 3) planificación; 4) evaluación, y 5) ejecución.

Valoración: Corresponde a la primera fase y se describe como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos de distintos tipos y fuentes para analizar el estado de salud de la persona (Iyer, 1997). Su objetivo consiste en recoger los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas (NANDA Internacional, 2010).

Al valorar, se obtienen una gran diversidad de datos que deben de ser analizados. Para ellos estos deben de ser ordenados a partir de un modelo de enfermería en lugar de seguir un modelo médico. Una forma de hacerlo es a través de los 11 patrones funcionales de Gordon o bien a través del modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades. Los datos también deben ser clasificados según el tiempo en el que ocurren (históricos o datos actuales); o por su carácter o grado de comprobación (objetivos o datos subjetivos).

Los tipos de valoración a los que pueden recurrir las enfermeras son dos: La primera se identifica como valoración global, su objetivo consiste en obtener los datos concernientes al paciente y se recomienda su uso cuando la enfermera tiene el primer contacto con la persona sana o enferma, o cuando ingresa a un hospital

o a un programa de cuidados a domicilio (NANDA Internacional, 2010). El segundo tipo es la valoración focalizada, esta se centra en cuestiones concretas, como el dolor, el sueño o el estado respiratorio; su uso se recomienda cuando es preciso explorar más profundamente síntomas específicos (NANDA Internacional, 2010).

Diagnóstico de Enfermería: Constituye la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería. Sus antecedentes datan desde 1950 cuando R. Louise Mcnaus uso por primera vez éste término al situar las funciones profesionales de enfermería dentro del contexto de la identificación de problemas; tres años más tarde Vera Fry señaló la posibilidad de formular diagnósticos a partir de la observación de cinco áreas del paciente: 1) Tratamiento y medicación, 2) Higiene personal, 3) Necesidades ambientales, 4) Guía y enseñanza y 5) Necesidades humanas y personales y es en 1955 cuando Lesnick y Anderson describieron el área de responsabilidad de la enfermera dentro del contexto del diagnóstico de enfermería. En ese mismo año Faye Abdellah propuso un sistema de ordenación para identificar problemas clínicos, éste sistema se aplicó en algunas escuelas para facilitar a los alumnos la identificación de los problemas de los pacientes.

Durante la década de los 60's diversos profesionales de enfermería trabajaron e investigaron acerca de la utilización de los diagnósticos de enfermería y es en 1973 cuando la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) organizó la primera Conferencia Nacional de Clasificación de Diagnósticos de Enfermería en la cual se aprobó la utilización de éste término y se estableció la Asociación Norteamericana de los Diagnósticos de Enfermería hoy conocida por sus siglas como NANDA.

El concepto de diagnóstico de enfermería ha sido descrito en función de la responsabilidad profesional y de las habilidades cognitivas de las enfermeras; por ejemplo, Aspinal citada por Kozier (1993) lo define como un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente, si se hace correcta e inteligentemente, conducirá a la

identificación de las posibles causas de la sintomatología; Carpenito (1998) lo refiere como una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería.

En su novena conferencia celebrada en marzo de 1990, la NANDA definió al diagnóstico de enfermería como un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr a los objetivos de los que la enfermera es responsable (NANDA Internacional, 2010).

Como se puede apreciar, la formulación de los diagnósticos de enfermería demanda a las enfermeras la utilización de las habilidades del pensamiento crítico, a esta forma de pensar se le conoce como Proceso Diagnóstico, el cual se define como una función intelectual altamente compleja que involucra el análisis de los datos y la elaboración de inferencias o hipótesis así como la formulación de los problemas detectados (Luis, Fernández y Navarro, 2005).

Los diagnósticos de enfermería se encuentran contenidos en la taxonomía diagnóstica¹², siendo la de mayor reconocimiento y aceptación la propuesta por la Asociación Norteamericana de los Diagnósticos de Enfermería. Su versión más reciente y actualizada se encuentra en el libro: Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación: 2009-201. En esta publicación, la NANDA presenta

¹² La taxonomía es la ciencia y la práctica de la categorización y de la clasificación. La NANDA la define como la clasificación de acuerdo con relaciones naturales entre los presuntos tipos y sus subtipos. NANDA Internacional (On line).

una nueva organización la cual tiene como base los Patrones Funcionales de Salud propuesto por Gordon.

Esta nueva taxonomía es de tipo multiaxial y está conformada por ejes, dominios y clases; mientras que los ejes facilitan a las enfermeras un marco para formular el diagnóstico específico del cliente, los dominios proporcionan un marco para la estructuración y categorización de los diagnósticos al situar a cada diagnóstico en una clase concreta (Luis Rodrigo, 2006), así la Taxonomía II en su versión 2009-2011 está integrada por siete ejes, trece dominios, 47 clases y 206 diagnósticos (NANDA Internacional, 2010). En opinión del Comité para la Taxonomía, esta nueva estructura ha reducido a casi cero los errores de clasificación y las redundancias (Luis Rodrigo, 2006).

Para facilitar su comunicación y comprensión, el diagnóstico de enfermería debe de escribirse siguiendo una estructura lógica, al respecto la NANDA, ha declarado que los enunciados constan de tres partes: La respuesta humana¹³ o problema; 2) Factor relacionado o contributorio, y 3) los signos y los síntomas (Luis, Fernández y Navarro, 2005).

Planificación: Es la tercera etapa del proceso y consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados (Alfaro, 2003).

La planificación consta de cuatro fases: (Alfaro, 1986): 1) El establecimiento de prioridades; 2) formulación de los objetivos o resultados esperados; 3) determinación de intervenciones y actividades, y 4) registro del plan de cuidados (Luis, Fernández y Navarro, 2005).

¹³ Las respuestas humanas describen los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y el análisis de los datos.

1. El establecimiento de prioridades, permite decidir qué problemas deben de abordarse en primer lugar y cuáles pueden o deben esperar.
2. La formulación de los objetivos o de los resultados deseados se centra en el paciente y se fijan en los resultados deseados del tratamiento y de los beneficios que el paciente puede obtener de las intervenciones de enfermería (Iyer, 1997).
3. La determinación tanto de la intervención como de las actividades de enfermería se hace a partir de que se han identificado los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos y resultados que se desean conseguir, (Luis, Fernández y Navarro, 2005).

Las intervenciones se clasifican en: independientes, interdependientes y dependientes. Las primeras se desprenden de las competencias de las enfermeras, las interdependientes son las que se trabajan en colaboración con otros profesionales y por último, las dependientes son aquéllas que proceden del tratamiento médico que requiere el paciente (Alfaro, 1986).

La intervención de enfermería se define como el conjunto de acciones llevadas a cabo por las enfermeras para controlar el estado de salud, reducir los riesgos, resolver, prevenir o manejar un problema, facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria y para promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual (Alfaro, 1986).

Las actividades de enfermería son el conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y que varían en función de las condiciones del usuario, del entorno en que se encuentre, de los recursos de que se disponga, etcétera (Luis, Fernández y Navarro, 2005).

Ejecución: Corresponde a la cuarta fase del proceso de enfermería, se fundamenta en las tres que la preceden y es tan importante como las demás en el

conjunto que constituye el ejercicio profesional (Jiménez de Esquenazi y Gutiérrez de Reales, 1997).

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquéllas intervenciones y acciones de enfermería que ayudarán al paciente a conseguir los objetivos deseados (Alfaro, 2003).

La ejecución del plan de cuidados se organiza en tres pasos simultáneos: 1) preparación para la ejecución; 2) aplicación o ejecución, y 3) registro de las acciones cumplidas y sus efectos (Jiménez de Esquenazi y Gutiérrez de Reales, 1997).

La ejecución de la atención de enfermería se ajusta a alguna de las siguientes categorías: a) refuerzo de las cualidades, b) ayuda en las actividades de la vida diaria, c) supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería, d) comunicación con otros miembros del equipo de atención de sanitaria, e) educación y por último, f) prestación de cuidados para conseguir los objetivos del paciente (Alfaro, 2003).

Los registros se pueden hacer siguiendo diferentes formatos, uno de los más conocidos es el método SOAP derivado del método de solución de problemas el cual fue modificado para enfermería SOIPE:

- S:** Datos subjetivos
- O:** Datos objetivos
- I:** Interpretación o inferencia de los datos
- P:** Plan de atención
- I:** Intervención
- E:** Evaluación de los resultados

Esta adaptación del registro médico incorpora todos los pasos del Proceso de Atención de Enfermería al registro diario que se enfoca a problemas (Jiménez de Esquenazi y Gutiérrez de Reales, 1997).

Evaluación. Es la última fase del Proceso de Enfermería y se entiende como un proceso continuo en el cual se decide y se asignan valores a la situación que sucesivamente se va obteniendo en la valoración, en el diagnóstico, en la planificación y en la ejecución (Jiménez de Esquenazi y Gutiérrez de Reales, 1997).

- La evaluación en la etapa de valoración: Comprende la ponderación de datos respecto de su significado para formular hipótesis diagnósticas posteriormente. También contribuye a reconocer que faltan datos y a mantener el principio de continuidad en la obtención de datos específicos para no fallar en la apreciación.
- La evaluación en la etapa de diagnóstico: En el diagnóstico la evaluación crítica de las categorías utilizadas para rotular un conjunto de signos y síntomas sirve para establecer la corrección del diagnóstico utilizado y para dirigir la selección de las etapas siguientes del proceso de enfermería.
- La evaluación en la etapa de planificación. La evaluación se realiza en dos momentos: el primero durante la planificación, y el segundo cuando ya se han ejecutado las intervenciones de enfermería. El objetivo de la evaluación en esta etapa es el analizar si los planes propuestos son comparables a los estandarizados y además si tales planes se ajustan a la condición particular del paciente.
- Evaluación en la etapa de ejecución. La evaluación de los resultados alcanzados se centra tanto en las acciones como en el proceso. A la enfermera le permite apreciar la efectividad de sus acciones, al comparar los resultados esperados con los resultados obtenidos en términos de las respuestas biológicas, psicológicas etc del paciente a las intervenciones de enfermería.

La evaluación consta de tres pasos:

1. Valoración de la situación actual del paciente: Los datos para la evaluación se reúnen recurriendo a las fuentes primarias y secundarias y aplicando las técnicas que se usan en la valoración, tales como, la entrevista, la observación y la exploración física.
2. Comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio: Tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos tres resultados: 1) los objetivos se han conseguido totalmente, entonces se deberá de avanzar al siguiente paso; 2) se han conseguido parcialmente o bien y 3) no se han conseguido en absoluto. En el primer caso, esto es, cuando los objetivos se han logrado plenamente, se avanzará al siguiente paso. Para cualquiera de estas dos situaciones Alfaro (1988) sugiere que la enfermera se formule las siguientes preguntas: ¿los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiados para esta persona?, ¿se realizaron las actividades de forma coherente, tal como estaban planificadas?, los problemas nuevos o las reacciones adversas ¿se detectaron prontamente y se hicieron los cambios adecuados?, ¿cuál es la opinión del paciente respecto al logro de los objetivos marcados en el plan de cuidados?, ¿cuáles fueron los factores que dificultaron el progreso y cuáles los que lo facilitaron?, por último, ¿se buscaron en la bibliografía estudios de investigación artículos prácticos, aplicables en este caso? Si la respuesta a las tres primeras preguntas es afirmativa, es preciso seguir indagando en esa misma línea.
3. Mantenimiento, modificación o finalización del plan: Finalmente la enfermera debe tomar una decisión sobre la actuación que se deberá de seguir y esta podrá ubicarse en cualquiera de esta tres opciones: a) mantenimiento del plan, b) modificación del plan y c) finalización del plan.

Para finalizar, el proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería, se puede adaptar al ejercicio de

la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades y para su aplicación práctica requiere de la enfermera capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales.

2.1.4. El proceso de atención de enfermería y el desarrollo de habilidades reflexivas.

Las enfermeras viven un proceso a partir del cual especializan sus habilidades para el desarrollo de la pericia profesional. Este proceso se encuentra mediado por dos elementos: el conocimiento teórico y la experiencia práctica.

La teoría es un instrumento de suma utilidad para explicar conceptos y efectuar previsiones, configura los temas y facilita el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos y que la experiencia práctica propicia que las enfermeras desarrollen la pericia profesional (Benner, 1987).

De acuerdo a Benner (1997), el proceso o trayectoria que siguen las enfermeras para el desarrollo de la pericia profesional se divide en cinco categorías:

Primera categoría.

Principiante: Los principiantes no tienen experiencia de las circunstancias en que habrán de desenvolverse. Para facilitar el acceso a las situaciones clínicas y la adquisición de experiencia indispensable para aquilatar sus conocimientos y aptitudes, se les habla de estas situaciones atendiendo a atributos objetivos, como el peso, la ingesta y eliminación; la temperatura, presión arterial, pulso y otros parámetros análogos objetivables y cuantificables, relativos al estado de un paciente; particularidades de la relación de tareas que pueden ser identificadas sin tener experiencia situacional (Benner, 1987).

A los principiantes también se les proporcionan reglas o pautas, no supeditadas a coyunturas, concretas para encauzar su iniciativa en lo que hace a los distintos atributos.

Segunda categoría

Principiante avanzado: Son los que pueden acreditar una ejecución marginalmente aceptable. Se trata de profesionales que han afrontado suficiente número de situaciones prácticas para observar (o reparar en ello, a instancias de un tutor) los componentes situacionales significativos. Está en condiciones de formular principios que orienten las iniciativas en función tanto de los atributos como de los aspectos. Estos principios, que presuponen elementos dotados de significado y basados en la experiencia, se denominan pautas o guías (Benner, 1987).

Tercera categoría

Competente: Está tipificada en la enfermera que lleva de dos a tres años desempeñando una labor en las mismas o análogas circunstancias, se pone de manifiesto cuando la profesional empieza a valorar sus iniciativas en función de objetivos o planes de largo alcance perfectamente asumidos. El plan determina qué atributos y qué aspectos de la situación presente y de la prevista en el futuro deben conceptuarse como más importantes y cuáles pueden omitirse.

A la enfermera competente le falta la rapidez y flexibilidad de la enfermera aventajada, pero tiene la sensación de que conoce el oficio y de que está preparada para afrontar y para salir del paso de las numerosas contingencias de la enfermería clínica (Benner, 1987).

Cuarta categoría

Aventajado: Las enfermeras aventajadas conciben una situación como un todo porque entienden su significado en términos de objetivos a largo plazo. Aprende de la experiencia qué episodios típicos cabe esperar en una coyuntura dada y cómo hay que modificar los planes en función de estos sucesos. Puede identificar

situaciones globales basadas en la experiencia. Esta enfermera ya está en condiciones de apreciar qué casos no se plasma el cuadro previsto. Presta atención a los aspectos según su mayor o menor importancia con respecto a las circunstancias del momento; utiliza las consignas como pauta, pero antes de aplicarlas se precisa un profundo conocimiento de las circunstancias del caso. Las máximas consignas ponen de relieve lo que el profesional principiante o competente le resultarían matices ininteligibles de la situación; unas veces la consigna significaría una cosa y en ocasiones otra distinta. No obstante, desde el momento en que el sujeto está impuesto de la situación, la máxima orienta sobre lo que debe tomarse en consideración. Las consignas reflejan matices de la situación (Benner, 1987).

Quinta categoría:

Para Benner (1987) el experto es una enfermera que posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar lo que sucede sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Al responder por intuición, la enfermera experta no responde sin pensar, ni de manera automática, sino con una respuesta directa que nace de la experiencia.

Como se puede observar, estas categorías se apoyan en el conocimiento obtenido a partir de la experiencia adquirida en la práctica diferenciando diferentes niveles que van desde la enfermera principiante hasta la enfermera experta e identifica lo que caracteriza el juicio clínico del profesional experto:

1. Conocimiento en acción: el conocer qué, por el conocer cómo.
2. Razonamiento en transición: el pensamiento está en la acción de manera continuada.
3. Práctica basada en respuestas: respuestas flexibles que se producen por los cambios y las necesidades de los pacientes.
4. Agudeza perceptual y habilidades de ver el contexto: capacidad implícita de captar la situación y el ambiente.

5. El vínculo entre el razonamiento clínico y ético: disposición hacia lo que es “bueno y correcto”.

En el siguiente ejemplo se tratará de mostrar las diferentes categorías desde la principiante hasta la experta:

En la sala de alojamiento conjunto se encuentra el bebé de la Sra. Pérez, al valorarlo se encuentran los siguientes datos: Recién nacido que cursa sus primeras 3 horas de vida extrauterina, de 37 sdg por capurro, peso: 2, 400 gr, Temperatura: 36.4oC, FR: 68 x min, FC: 160 l x min, el cual hasta el momento no ha sido alimentado al seno materno debido. Entre los cuidados que reciben los recién nacidos en este servicio es la higiene de la piel a través del baño.

La enfermera Muñoz, quien siempre ha trabajado con pacientes adultos y que por ese día fue asignada al área de alojamiento conjunto solicita a la estudiante de enfermería que bañe al recién nacido. La estudiante se prepara para seguir la indicación y proporcionar al neonato baño de artesa; sin embargo, la enfermera Ruiz, quien tiene 6 meses en el área de alojamiento conjunto, le solicita a la estudiante que no lo bañe y que por el contrario lo cubra con unas cobijas y se lo lleve a cargar a la mamá para que recupere calor debido a que presenta hipotermia; la enfermera Juárez quien tiene 8 meses en el área de alojamiento conjunto y que acaba de realizar la especialidad de enfermería neonatal, escucha las indicaciones que la enfermera Ruiz da a la estudiante y agrega que le coloque unas puntas nasales administrando 5 litros por minuto; sin embargo la enfermera Cruz que cuenta con 12 años de experiencia cuidando recién nacidos en estado crítico y que también acaba de terminar la especialidad de enfermería neonatal le pide a la estudiante que coloque al recién nacido en la incubadora que previamente fue calentada.

La enfermera Cruz valora al recién nacido y encuentra datos de dificultad respiratoria leve (Silvermann de 3 puntos: aleteo nasal acentuado y tiraje

intercostal discreto), realiza un destrostix el cual reporta una glucosa de 35 mg/dl. Tras estos datos, la enfermera Cruz decide mantener al recién nacido en la incubadora, medir la temperatura corporal a intervalos de 10 minutos, dar soporte ventilatorio con casco cefálico, medir la saturación de oxígeno con el oxímetro de pulsación y si la saturación es mayor al 95% iniciar la vía oral con fórmula o en caso de ser menor permeabilizar una vena periférica.

Como es posible de apreciar, cada una de las enfermeras toma diferentes decisiones las cuales se relacionan con el grado de pericia que han desarrollado: La enfermera Cruz reúne a la estudiante a la enfermera Muñoz y a la enfermera Ruiz y les explica que:

- a) El recién nacido está presentando datos de dificultad respiratoria, hipoglucemia y que está en riesgo de presentar acidosis respiratoria y acidosis metabólica debido a la hipotermia.
- b) Que los recién nacidos tardan un promedio de 6 a 12 horas en lograr el control térmico.
- c) Qué el recién el bebé de la Sra. Pérez cuenta con factores de riesgo para presentar hipotermia como es su peso al nacer, lo cual lo predisponer a contar con una menor cantidad de grasa magra, parda o café.
- d) Que el mecanismo a través del cual los neonatos producen calor es a partir de “acelerar” su metabolismo, motivo por el cual consumen una mayor cantidad de glucosa y aumentan su frecuencia respiratoria.
- e) Que para evitar que aumente el esfuerzo respiratorio del neonato para captar el oxígeno de la atmosfera es necesario colocarle un casco cefálico el cual le proporcionará una concentración mayor de oxígeno (40%), en comparación con el que se encuentra en la atmosfera (21%).

En cada una de estas categorías las enfermeras van especializando sus habilidades del pensamiento crítico, el cual se define como la habilidad de analizar

hechos, generar y organizar ideas, defender sus opiniones, hacer comparaciones, hacer inferencias, evaluar argumentos y resolver problemas (Chance, 1986).

Mertes (1991), lo define como un proceso consciente y deliberado que se utiliza para interpretar o evaluar información y experiencias con un conjunto de actitudes y habilidades que guían las creencias fundamentadas y las acciones.

Ennis (1992), lo define como el pensamiento reflexivo y razonado enfocado en decidir qué creer o hacer; por último, Facione (2007), lo define como un pensamiento que tiene un propósito (probar un punto, interpretar lo que algo significa, resolver un problema).

Así, el pensamiento crítico se caracteriza por ser un proceso consciente, deliberado, intencionado y razonado que implica actitudes y que requiere del desarrollo de habilidades.

Alfaro (1997), propone que el Pensamiento Crítico en Enfermería:

- Supone un pensamiento deliberado, dirigido a un objetivo.
- Persigue emitir juicios basados en evidencias (hechos) en vez de en conjeturas (suposiciones)
- Se basa en principios de la ciencia y del método científico
- Requiere de estrategias que maximicen el potencial humano y compensen los problemas causados por la naturaleza humana.

Esta autora también refiere que el pensamiento crítico es la clave para la resolución de problemas, de manera que si la enfermera no piensa críticamente no podrá llegar a resolver el problema, es más ella misma se convertirá en parte del problema y que las enfermeras deben de tomar decisiones complejas, adaptarse a nuevas situaciones y actualizar continuamente sus conocimientos y habilidades.

Facione (2007), señala que las habilidades esenciales del Pensamiento Crítico son:

Interpretación: Esta habilidad consiste en comprender y expresar el significado o relevancia de una amplia variedad de experiencias, situaciones, datos, eventos, juicios, convenciones, creencias, reglas, procedimientos criterios. Sus sub-habilidades son: la categorización, la decodificación del resultado y la aclaración del sentido.

Análisis: Identifica las relaciones de inferencia reales y supuestas entre enunciados, preguntas, descripciones u otras formas de representación que tienen el propósito de expresar creencia, juicio, experiencias, razones, información u opiniones. Sus sub-habilidades se enfocan en la exploración de ideas y en el análisis de argumentos.

Evaluación: Es la valoración de la credibilidad de los enunciados o de otras representaciones que recuentan o describen la percepción, la experiencia, situación, juicio, creencia u opinión de una persona.

Inferencia: Significa identificar y asegurar los elementos necesarios para sacar conclusiones razonables o formular conjeturas e hipótesis; considera la información pertinente y sacar las consecuencias que ya se desprenden de los datos, enunciados, principios, evidencia, juicios, creencias, opiniones, conceptos, descripciones, preguntas u otras formas de representación. *Sus sub-habilidades* se dirigen a cuestionar la evidencia, proponer alternativas y sacar conclusiones

Explicación: Es la capacidad de presentar los resultados del razonamiento propio de manera reflexiva y coherente. Esto significa poder presentar a alguien una visión del panorama completo tanto para enunciar y justificar ese razonamiento en términos de las consideraciones de evidencias, conceptuales, metodológicas, de criterio, y contextuales en las que se basaron los resultados obtenidos; como para

presentar el razonamiento en forma de argumentos muy sólidos. Sus sub-habilidades consisten en: describir métodos y resultados, justificar procedimientos, proponer y defender con buenas razones las explicaciones causales de eventos o puntos de vista y presentar argumentos completos y bien razonados en el contexto de buscar la mayor comprensión posible.

Cabe destacar que al igual que las etapas del Proceso de Enfermería están relacionadas entre sí, también las habilidades del pensamiento crítico lo están y más aun todas ellas se aplican en las cinco fases que conforman al proceso.

Por último, es necesario mencionar que el pensamiento crítico propicia el desarrollo de conductas que fomentan las relaciones interpersonales tales como:

| Conductas que fomentan las relaciones interpersonales | Conductas que dificultan las relaciones interpersonales |
|--|---|
| Transmitir una actitud de apertura, aceptación y falta de prejuicios. | Transmitir una actitud de duda, desconfianza o de juicio negativo. |
| Ser sincera | Transmitir información falsa |
| Tener iniciativa y responsabilidad, responder a las preocupaciones de otros. | Transmitir una actitud de “ese no es mi trabajo”. |
| Ser fiable. | Un cumplir con los compromisos o cumplirlos solo de manera parcial. |
| Mostrar humildad | Mostrar soberbia y presunción |
| Mostrar respeto por lo que otros son, fueron o pueden llegar a ser. | Tener actitud de superioridad. |
| Tener una actitud positiva | Tener una actitud negativa |
| Permitir que otros ejerzan el control | Intentar controlar a los demás |

2.1.5. Bases éticas del Proceso de Atención de Enfermería.

El Proceso de Enfermería (PE) es el método a partir del cual las enfermeras profesionales ayudan a las personas a recuperar su salud a través de cuidados o

intervenciones de enfermería; en este sentido, el PE, implica la interacción entre la enfermera y la persona, familia o comunidad.

Tanto la enfermera como la persona tienen un sistema de valores que han integrado a lo largo de su vida según el grupo social al que pertenecen. Este sistema los guía para diferenciar “lo bueno” y lo “malo”. Durante la aplicación práctica del Proceso de Enfermería, la enfermera y la persona interactúan involucrando conocimientos, sentimientos, valores y creencias en un contexto no visible para ambos.

En este sentido, constantemente la enfermera enfrenta situaciones en las que si ella no tiene ese conocimiento ético sobre sí, puede sin darse cuenta violentar los derechos de la persona. Por ejemplo, cuando la enfermera cuida a una mujer que por determinadas circunstancias decide practicarse un aborto, la pregunta es ¿cuáles son las creencias y valores de la enfermera-persona con relación a la vida y con respecto al aborto provocado?; o bien, ¿Qué valores y creencias tiene la enfermera con relación a la homosexualidad?

A ese sistema de valores se le conoce como moral y se refiere a los valores y creencias que integra la persona a través de la socialización, en la que aprende a diferenciar lo bueno y lo mal.

La moralidad se refleja en nuestra vida diaria y expresa nuestras apreciaciones valorativas, lo cual está profundamente fundamentado en la cultura y el carácter. Lo que constituye el comportamiento moral puede variar dependiendo de lo que es importante dentro de una cultura. Cuando las personas se comportan de acuerdo con sus valores, la integridad moral se puede apreciar claramente y, por el contrario, cuando el comportamiento moral se ve afectado por factores situacionales ocurre el dolor moral (Duran de Villalobos, 2005).

Es aquí donde la ética hace aportaciones a la Enfermería. La palabra ética deriva de ethos que significa costumbres cuya expresión en latín es mos, y en plural, mores. Desde el punto de vista etimológico, la ética consiste en el estudio de las costumbres del ser humano.

La ética es la teoría o ciencia o del comportamiento moral de los hombres en la sociedad. O sea, es ciencia de una forma específica de conducta humana (Sánchez, 2005). La ética se ocupa de normas lo que los individuos deben hacer en su interacción social, es decir, indica que es “lo bueno” y “lo malo” de las acciones humanas. Es objeto de la ética estudiar el carácter general de las normas de conducta y de las elecciones morales que el individuo hace en relación con los demás.

La ética de Enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, principios que regulan dichas conductas, motivaciones, valores del ejercicio, cambios y transformaciones a través del tiempo. Es importante considerar los atributos de la fuerza moral de Enfermería como son la relación interpersonal enfermera – persona sana o enferma, la familia y grupos de la comunidad donde esté presente el respeto y la confianza durante la acción dialógica; y que en su que hacer este presente el conocimiento, la inteligencia y dedicación (Rodríguez, 2010). El carácter ético de las acciones humanas puede ser valorado como bueno o malo, desde principios valorativos que determinan si un acto es justo o injusto, permitido o prohibido, honesto o deshonesto, en relación con las demás personas. Porque la esencia valorativa de ese comportamiento trasciende la dimensión personal, adquiriendo relevancia en el contexto social en la medida en que dicha conducta sea asumida y aceptada en el contexto social (Rodríguez, 2010).

Así, la aplicación práctica del Proceso de Enfermería, la enfermera debe de velar por los principios éticos de ambos, como son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

A la luz del Proceso de Enfermería, la autonomía se traduce en la libertad que tiene la persona para tomar aquellas decisiones que afectan su bienestar y su salud sin la coerción o la interferencia de los demás. Torres & Pérez (2002), mencionan que la autonomía es un derecho humano básico, es la libertad de elección o autodeterminación que se experimenta en todas las etapas de la vida humana, al enseñar a las personas se les da la posibilidad del conocimiento para una mejor elección en sus decisiones hacia la preservación de su salud y con ello, fomentar el desarrollo de buenas costumbres de salud; como una dieta balanceada, buenas prácticas de higiene, entre otras.

Por otra parte, cuando la enfermera toma las decisiones y planifica los cuidados, tiene que asegurarse de que esos cuidados no causarán perjuicios o riesgos potenciales a la salud y bienestar de la persona, familia o comunidad; en este sentido, la enfermera estaría cumpliendo con dos principios de la ética, el de beneficencia: hacer el bien y prevenir el daño a los pacientes, condición sine qua non para la profesión de enfermería; y no maleficencia; que dicta que se evite el daño y desaparezcan las situaciones nocivas, es un deber prima facie para las enfermeras (Torres & Pérez, 2002).

Otros valores que deben de ser aplicados por la enfermera son la veracidad, la honestidad, el respeto y la confidencialidad entre otros.

La veracidad se relacionan en función de los datos que la enfermera recoge durante la valoración y la evaluación, por ejemplo, cuando la enfermera registra acciones que no ha realizado o que ya ejecuto pero no de la forma como lo requiere una medicamento que no ha administrado está faltando a la verdad.

La honestidad se refleja cuando la enfermera reconoce limitaciones para la toma de decisiones o para llevar acabo ciertas acciones de cuidado que rebasan sus conocimientos, habilidades o destrezas o bien sus competencias.

La Enfermería, al igual que otras disciplinas no puede ejercerse sin la ética, en ese sentido, las enfermeras también han labrado su espacio, ejemplo de ello es el Código para las Enfermeras, que aprobó el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en 1953 y que ratificó en 1973 y 1989, donde estableció que las responsabilidades fundamentales de la enfermera son procurar la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud perdida y aliviar el sufrimiento.

Por su parte, la enfermería mexicana cuenta con el “Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros Mexicanos”, el cual se puede consultar en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf

Pero lo ético va más allá del conocimiento de los códigos y las normas legales. Incluye todas aquellas acciones voluntarias que son deliberadas y sujetas al juicio de lo bueno o malo, incluyendo juicios de valor moral relacionados con motivos, intenciones o formas de carácter. El cuidado es una acción deliberada, o una serie de acciones planeadas y desarrolladas para lograr metas determinadas; tanto las metas como las acciones conducen a la selección de alternativas que se basan en juicios normativos particulares y generales y en ocasiones, los juicios y las normas están en conflicto, pero aún así el conocimiento ético se comprende y evalúa en relación con la práctica (Duran de Villalobos, 2005).

Teniendo en cuenta todos estos aspectos puede decirse que una de las categorías filosóficas de mayor importancia para la profesión es la categoría Salud la cual se refiere a la existencia y esencia de la vida del hombre; entender su especificidad social requiere comprender la esencia humana, la cual fue definida por Carlos Marx en su obra Tesis sobre Feuerbach: La esencia humana no es algo abstracto, inherente a cada individuo, es en realidad el conjunto de sus realidades sociales (Torres & Pérez, 2002).

Por último, Bárbara Carper citada por Duran de Villalobos (2005), refiere que el conocimiento personal es tal vez el patrón más importante cuando se trata de

entender el significado de salud en términos de bienestar. Si enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere interacciones, relaciones y transacciones entre el paciente y la enfermera, no cabe duda de la necesidad de que la enfermera se conciba como un ser terapéutico y por lo tanto, debe conocerse interiormente.

2.2. Revisión de la literatura

La revisión de la literatura tuvo como objetivo el identificar cuál ha sido el foco de interés de las enfermeras investigadores acerca del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). La búsqueda de artículos se realizó en revistas impresas y en revistas electrónicas tales como: la de la revista electrónica de la Universidad de la Sabana (Aquichan) <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan>, al igual que en la revista electrónica de la Universidad de Murcia (Enfermería Global) <http://revistas.um.es/eglobal>.

También se consultaron diversas bases de datos electrónicas como: la biblioteca digital de la Scientific Electronic Library Online (Scielo) <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>, la hemeroteca científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC) <http://redalyc.uaemex.mx/>, la biblioteca digital Lascasas <http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>, en las bases de datos contenidas en la Fundación Index <http://www.index-f.com/index-enfermeria/revista.php> y en los buscadores de google académico <http://scholar.google.com.mx/schhp?hl=es-419>, y altavista <http://www.altavista.com/>.

Otra fuente de información fue el acervo de tesis de pregrado y posgrado de la Biblioteca “Graciela Arroyo de Cordero” de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los temas de búsqueda fueron: proceso de atención de enfermería, proceso de enfermería, método de enfermería, proceso de cuidados, percepción, significado, uso, utilización, aplicación., factores, elementos. Se encontrando un total de 21 artículos: 20 de tipo cuantitativo y 1 de corte cualitativo.

Al revisar los diversos reportes de investigación, se identificaron dos grupos: El primero se relaciona con la indagación de los factores que influyen en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por parte de las enfermeras clínicas en los diferentes niveles de atención y ámbitos en los que se desarrolla y el segundo se enfocó hacia la educación y formación de los estudiantes de enfermería con relación al proceso. A continuación se presenta la síntesis de los estudios revisados:

Estudios relacionados con los factores asociados a la aplicación del proceso de atención de enfermería por parte de las enfermeras clínicas:

Díaz y Nieto (1999), realizaron un estudio de tipo descriptivo prospectivo transversal. La muestra estaba constituida por 100 profesionales de enfermería que laboran en las instituciones 6 instituciones de salud en la que se realizó la investigación. Diseñaron y validaron un instrumento para la recolección de los datos. El instrumento constaba de dos secciones, la primera correspondía a los datos socio-demográficos del informante y la segunda correspondía a los datos relacionados con la importancia y utilidad del Proceso de Atención de Enfermería. Los resultados reportaron que el 100% de la muestra egreso de estudios universitarios, que posterior a la carrera el 24% había realizado estudios de actualización, el 17% de posgrado clínico y el 15% de posgrado administrativo y el 48% restante no contestó.

Al preguntar sobre el concepto del Proceso de Enfermería, el 70% pudo hacer una definición describiéndolo como un método o como un plan de actividades. Con relación a las fases que la integran el 100 de la muestra señaló que si las conoce. También se le preguntaron, el momento de su primer contacto con el método

enfermero (es importante acotar que el proceso de enfermería se incorporó en el Plan de Estudios hasta 1986). La mitad de la muestra (55%) contestó que fue durante la carrera, el 20% en estudios de actualización y el 4% afirmaron que fue a través de la lectura independiente y el 10% restante en cursos, seminarios, congresos.

Con relación a la importancia del proceso en su desempeño profesional, la gran mayoría (87%/0) respondió que el proceso de enfermería es importante para el desempeño, de estos el 25% manifiesta que les permite ordenar su desempeño, el 21% que el proceso establece la diferencia con otras profesiones del área de la salud proporcionando identidad a la enfermería, otro 20% lo relaciona con la calidad del cuidado y un 9% argumenta que es importante porque le sirve para detectar fallas oportunamente durante el desarrollo laboral y así tomar decisiones aplicando las modificaciones adecuadas. El 3% afirma que no es necesario regir su trabajo por una metodología específica, sustentando que la responsabilidad prima ante cualquier situación. Por último un 32% no responde o no relaciona la respuesta, sin embargo, argumentan que toda metodología utilizada en beneficio del paciente, la profesión o el trabajo debe ser practicada.

Se preguntó acerca de la utilidad que este método proporciona de forma individual en el desempeño laboral diario de cada encuestado, encontrando que a un 34% respondió que el proceso le sirve para priorizar, ordenar o mantener la continuidad en la atención de enfermería que se brinda a los usuarios, el 14% como un soporte para evaluar continuamente los cuidados de enfermería, el 10% como complemento en la coordinación de actividades con el personal y formación de protocolos, el 9% le permite afianzar el conocimiento desde la parte teórica y así ponerlo en práctica. El 8% de los encuestados expresa sentir satisfacción personal puesto que le permite identificarse con la profesión. Un 2% opina que esta metodología proporciona los medios para interactuar en forma eficiente con el paciente y la familia.

Con respecto a la pregunta sobre las limitaciones que encuentran para su aplicación, la gran mayoría afirma que la falta de tiempo (36%) es un factor determinante para su aplicación, involucrando la estadía en el servicio como salas de cirugía, urgencias y salas de partos, donde la permanencia del usuario es mínima. El 17%, que corresponde a profesionales que han trabajado con esta metodología, no encuentra ningún tipo de limitación. El 13% manifiesta que si no existe o se mantiene una capacitación permanente del proceso de enfermería, siempre habrá una limitación para su aplicación. Un 6% responde que el no tener como modelo de atención el proceso de enfermería, hace que el interés en su aplicación varíe, se pierda o no exista la continuidad para lograr los resultados que se deseen, así ellos mismos lo formulen. El 5% reporta que la falta de recurso humano y tecnología adecuada limita su ejecución puesto que existen situaciones en la prestación del servicio que demandan la presencia de estos recursos. Adjunto a este punto se suma un 3% que considera como limitación la falta de registros adecuados para consignar la información y así evitar la omisión de detalles para la formulación del proceso. Otro 3% manifiesta que es un método demasiado extenso, complicado y que no es viable su ejecución. El 1% no emite juicios por no haber trabajado nunca el Proceso de Enfermería. Finalmente un 16% no responde porque, aunque estos profesionales han tenido contacto con el proceso en su actividad laboral no lo han ejecutado y se ha olvidado la finalidad del mismo.

A la pregunta de cuál cree usted que es la forma más práctica de utilizar el Proceso de Enfermería, se encontró que el (17%) no contestó posiblemente por no tener un concepto claro sobre el proceso. El 14%, más que considerar la forma práctica de utilizarlo, sugiere que se haga en conjunto la enseñanza y la práctica del mismo. El 13% argumenta situaciones que no hacen relación con la pregunta. Otro 13% considera que si la asignación de pacientes fuera proporcional al número de profesionales o el número de pacientes no excediera a los cálculos en el tiempo de atención que se requiere para un determinado servicio, se pudiera hacer un desarrollo adecuado del proceso. Otro 13% considera que al no existir

registros adecuados que permitan describir la evolución del paciente desde el punto de vista de enfermería deja de ser práctico el proceso. Un 12% determina que si el proceso se realizara por servicios específicos, es decir atención exclusivamente a pacientes cardiovasculares, neurológicos, de ortopedia, entre otros, permitiría una mejor aplicación. El 11% propone que para que sea práctico es necesario simplificarlo según las necesidades del servicio. Un 3% manifiesta, que la presencia de personal especializado en la formulación del proceso sería un apoyo para los servicios. Otro 3% considera que, teniendo como base la epidemiología de cada institución, se puede elaborar una base de datos para ser consultada al ingreso de un paciente con una patología determinada. Un 1% considera que el proceso debería ser utilizado en pacientes más crónicos.

Con relación a si aplica el aplica el proceso de enfermería se observó que la mayoría (42%) ejecuta etapas en forma inconsciente, pero sin formular un diagnóstico de enfermería. El 29% continúa su trabajo con actividades delegadas por el médico, las que están contempladas en la orden médica. Un 16% desarrolla su trabajo de acuerdo con el conocimiento que se tiene sobre la patología y el desarrollo de actividades que la misma requiera por norma general. El 13%, sin olvidar la parte médica, formula y empieza a ejecutar el Proceso de Enfermería en forma total, generando registros correspondientes del mismo.

Feria, Macías y Romero (2000), realizaron su estudio descriptivo, transversal que incluyó una muestra de 391 enfermeras en diversos hospitales que forman parte del Servicio Andaluz de Salud, la recolección de los datos la hicieron a través de un cuestionario autoadministrado. Los resultados indicaron que del total de la muestra estudiada el 62% si utilizaban el proceso, el 30% no lo utilizaba y el 8% restante no contestó.

Entre los factores que se encontraron asociados con la aplicación fueron el nivel de formación académica y el grado de conocimientos, parece ser que a mayor formación y grado de conocimientos mayor es la posibilidad de que las enfermeras

utilicen el PAE. Otro factor que influyó en la aplicación práctica del proceso de enfermería, fue que el mayor porcentaje de la muestra labora en instituciones donde ya se tenían implementados protocolos de cuidado, con base a la metodología del proceso de atención de enfermería.

Como nota importante, las investigadoras reportan que más de la mitad de los hospitales que forman parte del Sistema Andaluz de Salud cuentan con protocolos de cuidado y tienen implementadas de manera obligatoria la valoración y los diagnósticos de enfermería.

Otro estudio fue el de Duanys y Llorente (2000), ellas investigaron sobre el Proceso de Atención de Enfermería en el nivel primario de salud. Ellas realizaron el estudio en el área de salud del policlínico comunitario Alberto Fernández Montes de Oca del municipio de San Luis ubicado en Santiago de Cuba. El objetivo de su estudio consistía en evaluar la aplicación del proceso de enfermería en el nivel primario, para ello integraron una muestra de 14 enfermeras que laboraban en los consultorios médicos de familia. Los datos los obtuvieron a partir de las entrevistas realizadas a este grupo y de la revisión de los datos registrados en las historias clínicas individuales y en la ficha de registro familiar. Del total de la muestra estudiada se menciona que el 100% utilizó el proceso de enfermería y que el 80% elaboraron bien los diagnósticos de enfermería. El estudio no reporta los criterios que utilizaron para considerar la buena o mala calidad del diagnóstico y tampoco reporta si en este centro de atención comunitaria se tiene implementado el proceso de enfermería como método de trabajo.

En México, en Monterrey, Nuevo León, en el 2001, Castro, Montalvo y Ayala indagaron acerca del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), su conocimiento y registro en segundo y tercer nivel de atención médica. Su objetivo consistió en determinar la relación entre el grado de conocimientos del método enfermero y su registro. La muestra estudiada estuvo conformada por 87 enfermeras de hospitales de segundo y tercer nivel de atención, a las cuales se les aplicó un

cuestionario que permitió medir el nivel de conocimientos que tenían sobre el proceso. La escala establecida fue: Excelente: 90-100%, bueno: 80-89%, regular: 70 al 79% y deficiente: 69 o menos. Los datos que arrojó el estudio fueron los siguientes: edad promedio ubicada entre los 43 y 48 años; escolaridad: el mayor porcentaje contaba con estudios hechos en la Secretaría de Educación Pública y solo el 9% era egresada de la licenciatura. En cuanto al nivel de conocimientos que tenían se encontró que predominaba la categoría de regular a deficiente. Con relación a la calidad de los registros, en el artículo no se menciona, ni se presentan datos al respecto.

En España, Izquierdo, Pérez y Ramírez (2002), realizaron un estudio analítico que involucró todo el Estado Español, en donde a través de un muestreo sistemático seleccionaron un total de 500 centros de atención primaria. Del total de estos centros el 43% si utilizan el proceso de atención de enfermería y del total de las enfermeras que laboran en ellos, solo el 33% aplican el proceso en atención de sus pacientes, arrojando un importante porcentaje de enfermeras que no lo utilizan. También se reportó que en aquéllos centros en los que se dan cursos de formación relativos a esta metodología lo usan al doble que en aquéllos donde no se da capacitación.

Orozco, Altamiranda, Camargo y Vásquez (2002), investigaron los Factores que influyen en el conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en Bucaramanga en Colombia. Fue un estudio de corte transversal, con una muestra de 200 enfermeras. Del 100% de la muestra encuestada el 75% cuenta con conocimientos relativos al proceso (concepto y fases), el 70% reconoce utilizar el proceso de atención de enfermería en la atención de sus pacientes. Como obstáculos para su aplicación ellos refieren el tiempo que exige su aplicación y registro y la falta de unificación de criterios en la elaboración del diagnóstico, la falta de compromiso institucional para asumir al proceso de enfermería como método de trabajo y el desconocimiento del mismo.

En Zacatecas, en el Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Alcalá, Gómez, Hernández, Delgadillo y Zavala (2002), realizaron un estudio relacionado con los factores asociados con el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el proceso de enfermería. Aplicaron 109 encuestas a enfermeras que se encontraban adscritas a los servicios de: cirugía y traumatología, medicina interna, ginecología y pediatría del área de hospitalización. La edad promedio de las encuestadas fue de 35 años, la antigüedad de 2.6 años con un rango de 1 a 5 años. El mayor porcentaje de las encuestadas tuvo un bajo nivel de conocimientos sobre el proceso de enfermería.

García, Roncero, Pulido de la Torre, y García-Pliego (2005), estudiaron la Experiencia de implantación del Proceso Enfermero en el área de atención primaria de Ciudad Real, en España. Su objetivo consistió en medir el grado de desarrollo de la implantación de la metodología enfermera tras los dos primeros años de aplicación en pacientes inmovilizados, terminales y niños entre los 0 y 23 meses. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal realizado mediante la auditoria de la historia clínica. Entre los datos más relevantes destacan los siguientes: de 197 profesionales evaluados 123 (62%) han trabajado con alguna fase del proceso de enfermería, de ellos 75 (38%) lo han trabajado completo.

En México, Pérez, Sánchez y Franco (2006), investigaron la aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. El estudio tuvo como objetivo el analizar el conocimiento de las enfermeras sobre el proceso de enfermería y su relación con la aplicación en la práctica profesional. La muestra estuvo conformada por 2268 enfermeras clínicas que laboraban en instituciones públicas y privadas, la información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario con 73 preguntas planteadas en escala de Likert. El nivel de conocimientos que identificaron fue bueno y a diferencia de otros estudios, encontraron correlación positiva entre el nivel de conocimientos y la aplicación del proceso de enfermería. Entre los factores que encontraron como limitantes están: con el 30% la sobre carga de trabajo, con el 21% la falta de

recursos humanos y materiales, el 20% lo adjudica a la falta de conocimientos sobre el tema y el 12% señala que es la falta de interés por parte de la enfermera. Aguilar, López, Bernal, Ponce y Rivas (2008), realizaron un estudio en un hospital privado de la Ciudad de México. La investigación fue de tipo transversal e incluyó a 154 enfermeras y mediante un instrumento autoadministrado se recabó información para identificar el nivel de conocimientos y percepción de autoeficacia para la aplicación del proceso de enfermería. En su estudio, las autoras definen la autoeficacia como la confianza en la habilidad para desarrollar una acción y perseverar en ella. Así mismo señala fortalezas, utiliza persuasión y estímulos, operacionaliza el cambio de comportamientos a través de pequeños pasos, motiva a los individuos a realizar aquellas conductas en las que sobresalen así la percepción acumulativa de eficiencia, determina la predisposición para poder realizar una conducta dada, donde dicho dominio se origina a partir de los conocimientos, la experiencia o habilidades prácticas. Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos es suficiente. Con respecto al nivel de autoeficacia para aplicar el proceso enfermero el 50% de las enfermeras que se encuentran en el área de hospitalización están completamente seguras de poder aplicar el proceso y el 55 de las que se encuentran en áreas críticas están solo seguras de poder hacerlo.

En el 2009, Gutiérrez investigó los factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. Su objetivo consistía en identificar el porcentaje de enfermeras que lo utilizaba y los factores que lo determinaban. Fue un estudio de tipo transversal, descriptivo y exploratorio en el que aplicaron una encuesta a 48 enfermeras. Entre los datos más importantes resalta que solo 3 de cada 10 enfermeras aplican el proceso de enfermería. Los factores que se asocian a ello es la falta de tiempo durante el turno, dedicarse a otras actividades como la administración, la administración de medicamentos. Datos como la escolaridad y la institución de procedencia no mostraron diferencias significativas.

En Medellín, Colombia, Rojas y Pastor, (2009), investigaron la aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. Su objetivo era el describir los factores relacionados con la aplicación del proceso y las taxonomías de diagnósticos, intervenciones y resultados esperados, en Unidades de Cuidados Intensivos. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo constituido por la totalidad de los profesionales de enfermería que laboraban en la unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Medellín-Colombia y la muestra estuvo conformada por 105 enfermeras de 12 unidades de cuidado. La información se obtuvo a través de una encuesta que fue validada y que incluía: lista de actividades en las que se iba a determinar su frecuencia de realización, una prueba de conocimientos para medir la aptitud clínica y una pregunta abierta para explorar la opinión que tenían del proceso de atención de enfermería y de las taxonomías en el desempeño profesional. Otro rubro que incluía la encuesta fue la verificación de la aplicación del proceso de enfermería, para ello, se solicitó a los participantes que indicarán la frecuencia de realización de labores de valoración, formulación de diagnósticos, planeación, ejecución de intervenciones y evaluación; el criterio de cumplimiento que se marco fue del 80% de las actividades mencionadas.

Los resultados que se obtuvieron del estudio fueron los siguientes: La encuesta fue contestada por 65 de las 105 que integraron la muestra, de ellas el 80% fueron mujeres y el 20% restante hombres; el 75% reportó tener menos de 35 años, un poco menos de la mitad (39) laboraban en unidades privadas y el tipo de contratación más frecuente fue la de a término indefinido. En cuanto a los métodos de trabajo empleados se encontró que las enfermeras realizaban la valoración, pero ejecutaban el cuidado empleando otras metodologías como el cumplimiento de órdenes médicas. De las actividades que involucran al proceso de enfermería, el 95% de las encuestadas lleva a cabo la valoración, y el 87% la ejecución de las intervenciones.

Los encuestados también expresaron que el proceso de atención de enfermería era útil porque les permitía llevar a cabo diferentes funciones, les facilitaba la formación profesional y traía beneficios para el cuidado de los pacientes y otorgaba la identidad profesional.

Entre los factores que se reportaron como limitantes para la aplicación del proceso de enfermería se encuentran: el tiempo dedicado a las labores no asistenciales y de apoyo logístico y la inexistencia de registros de enfermería adecuados.

En Tenerife, perteneciente a la Comunidad Autónoma de Canarias (España), Brito, De Armas, Crespo y Aguirre (2011), realizaron un estudio que llama la atención ya que se orientó a investigar los factores asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en Atención Primaria. Fue un estudio analítico retrospectivo. Los sujetos del estudio fueron 609688 pacientes que contaban con historia de salud informatizada. Se llevó a cabo en el periodo del marzo de 2005 a febrero de 2010, sumando un total de 60 meses. Los datos que analizaron de forma mensual fueron: la frecuencia relativa de historias con Patrones funcionales de salud, diagnósticos NANDA, objetivos NOC e intervenciones NIC. Midieron también otras variables como: utilizadores de consultas de enfermería, volumen de cupo, presión asistencial, consultas fuera de agenda prevista, visitas a domicilio, presencia de enfermería de enlace en la Zona Básica de Salud, formación-asesoramiento en metodología enfermera, tiempo de informatización. Los resultados reportaron que al término del estudio se comprobó un mayor porcentaje de historias de salud con metodología enfermera, así como mayor crecimiento mensual: a mayor tiempo de informatización en la zona; a mayor porcentaje de utilizadores de consultas de enfermería; a mayor número de visitas a domicilio; a mayor presión asistencial; a menor volumen de cupo: a menor porcentaje de consultas de otras zonas. También observaron que a mayor porcentaje de historias de salud con metodología enfermera y mayor crecimiento mensual en las zonas básicas de salud formadas con un programa de asesoramiento en metodología enfermera.

Durante el periodo de 1995 a 2002, al acervo de la biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ingresaron ocho tesis de pre-grado que tuvieron como centro de interés conocer el grado o nivel de conocimientos de las enfermeras insertas en el ámbito laboral con relación al Proceso de Atención de Enfermería. De estas la tesis de Martínez (2002) reportó que de 300 enfermeras encuestadas el mayor porcentaje calificó con un nivel que iba de suficiente a bueno. Los datos también mostraron que la mayoría de estas enfermeras presentó dificultades para describir la metodología, las etapas y los beneficios que aportaba el proceso de atención de enfermería a su trabajo cotidiano y al cuidado de los pacientes.

Entre las investigaciones que se centraron en la educación y formación de enfermeras se encuentran:

En la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Vélez y Díez (1999), investigaron el grado de conocimientos que tenían los alumnos con relación al Proceso de Atención de Enfermería y su relación con su aplicación práctica. Los resultados reportaron que los alumnos tenían un buen nivel de conocimientos pero que presentaban dificultades para su aplicación práctica, particularmente en las fases de valoración y en la fase de diagnósticos de enfermería.

Guerra, Pozo y Álvarez (2001), en la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río Cuba, en alumnos del quinto semestre de la carrera de enfermería investigaron el grado de conocimientos adquiridos y su relación con la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería. En el estudio involucraron a los docentes que en el momento de realizar la investigación impartían la asignatura de enfermería correspondiente al semestre que cursaban (Medicina Interna) y a las enfermeras clínicas que tuvieron contacto con los estudiantes durante las prácticas hospitalarias. Los resultados reportaron que a pesar de que los alumnos

tienen un buen nivel de conocimientos, estos mostraron dificultades en la aplicación práctica del PAE; con relación a los docentes su nivel de conocimientos calificó como alto y en lo que respecta al nivel de conocimientos de las enfermeras clínicas su nivel de conocimientos varío de suficiente a alto.

En México, García, González, Viniegra y Jiménez (2001) realizaron un estudio transversal, comparativo titulado: Evaluación de la aptitud clínica a través de la metodología del proceso de enfermería, se realizó en un hospital perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social. La aptitud clínica la definieron como la capacidad de la enfermera para identificar, reconocer, analizar y tratar las respuestas humanas ante problemas de salud. La muestra estuvo conformada por 118 enfermeras; 73 eran pasantes de la carrera de enfermería (32 que iniciaban el servicio social y 41 que estaban por terminarlo) y 45 eran enfermeras generales adscritas al servicio de medicina interna. Para medir la aptitud clínica elaboraron y validaron un instrumento con 150 ítems. Para su interpretación operacional conformaron los siguientes indicadores: signos-síntomas y etiología; integración de juicios clínicos a través de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes y la elección de acciones pertinentes de enfermería. Con relación a los signos-síntomas y etiología las pasantes que iniciaban el servicio social mostraban un menor desarrollo de aptitud clínica en comparación con las pasantes que terminaban y con las enfermeras generales y no encontraron diferencias entre las enfermeras generales y las pasantes que estaban al término del servicio social. Otro dato que reportó la investigación fue que las pasantes que estaban al término del servicio social mostraban mejor análisis e interpretación con respecto a la etiología que las enfermeras generales. Por último, en cuanto a la interpretación y comprensión del diagnóstico y problemas interdependientes no encontraron diferencias significativas entre los tres grupos.

García y Matus (2002), evaluaron la aptitud clínica en estudiantes de enfermería en situaciones clínicas complejas. Su objetivo consistía en evaluar la aptitud clínica de los estudiantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia, antes y

después de iniciar la práctica clínica en el área de pediatría. Para ello crearon y validaron un instrumento con base a casos clínicos obtenidos de situaciones reales. Los resultados reportaron que los estudiantes no habían desarrollado los elementos críticos-reflexivos suficientes para enfrentarse a las situaciones clínicas complejas y que solo se orientaron a las acciones técnico-operativas. A partir de los resultados, las investigadoras infieren que el desarrollo de la aptitud crítica reflexiva, no está lo suficientemente estimulada dentro del ámbito educativo.

Pérez Andrés, Cuesta, Almudena y Albéniz (2002), realizaron un estudio cualitativo titulado: La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. La información se obtuvo mediante cuatro grupos de discusión. El primero estuvo conformado por 10 alumnos del 2do. y 3er semestre de la carrera; el segundo por 10 ex alumnos que hubieran terminado sus estudios en las dos promociones anteriores a la fecha del estudio; el tercero por 10 profesionales de enfermería que trabajaran en el hospital y que tuvieran contacto con los alumno y el cuarto grupo estuvo integrado por 10 profesionales que trabajaran en centros de atención primaria y que fueron tutores de los alumnos.

Los resultados exponen que en los testimonios de los integrantes de los cuatro grupos afirman que la angustia, el estrés, la ansiedad y el miedo son los principales protagonista de su práctica y que el trabajo en el hospital es muy estresante. También reportan que existen diferencias en cuanto a trabajar en atención primaria y en el hospital. Mientras que en atención primaria trabajan en equipo en el hospital no, pero el grupo de ex alumnos al referirse a la atención primaria, hablaban de ella con diminutivos y expresiones que la catalogan en general como algo pequeño, lo que parece indicar cierto desprestigio de la misma entre ellos. En conclusión, tanto los alumnos de enfermería como los profesionales se muestran insatisfechos con la realización de las prácticas clínicas durante la carrera. Esta insatisfacción, está relacionada con tres factores: 1) la falta de reconocimiento social hacia la profesión, 2) que les impide identificarse con ellos

mismo como colectivo y 3) que hace que la angustia, el estrés y la ansiedad sean los principales protagonistas durante su trabajo, que incluye la docencia durante las prácticas.

La investigación hecha por Moran, Espinosa y paredes (2009) se orienta hacia las habilidades de razonamiento clínico en estudiantes de enfermería. Fue un estudio comparativo entre novatos y avanzados. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, comparativo. La muestra estuvo conformada por 907 estudiantes de las carreras de licenciatura en enfermería de la UNAM; 504 de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (369 de 3er semestre y 135 de 7º. Semestre), 157 de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (78 del 3er semestre y 79 del 7º semestre) y 246 de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (154 de 3er semestre y 92 de 7º. Semestre). Para recabar los datos adaptaron un instrumento del OPT Model of clinical reasoning el cual evalúa dos dimensiones: la primera se centra en recordar conceptos y reconocimiento de patrones analizando un caso clínico y aplicando el proceso de atención de enfermería y la segunda valora la aplicación de pensamiento estratégico en el mismo caso clínico que implica secuencia y discriminación entre conceptos y sus sustentos. Los resultados indicaron que las mejores puntuaciones se observaron cuando se demandaban a los alumnos habilidades de razonamiento clínico que implican conocimientos relativos a la identificación y discriminación de los conceptos tales como diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y resultados esperados, ya que casi tres cuartas partes se ubican en un nivel alto. Pero no sucedió así, cuando se les demanda habilidades más complejas que además de lo anterior implican la aplicación del pensamiento estratégico, secuenciación y discriminación de los conceptos y sus sustentos, ya que solo un bajo porcentaje de los estudiantes alcanzaron un nivel alto. También encontraron diferencias significativas entre los alumnos que trabajan y que su actividad está relacionada con el ámbito de la enfermería. Pareciera ser que las actividades laborales retroalimentan las habilidades del razonamiento clínico. De igual manera, encontraron diferencias significativas en relación con las habilidades del

razonamiento clínico entre novatos y expertos. Estos últimos muestran una mejora aunque mínima de los conocimientos declarativos que pueden ser atribuidos a la realización de las prácticas clínicas durante cinco semestres más. Sin embargo esta práctica “acumulada” no le ha dotado de un nivel de experticia que se esperaría por el semestre que cursa. Por último, para el caso de la evaluación del pensamiento estratégico también se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes novatos y avanzados. Estos últimos alcanzaron mayor puntaje, aunque como en la situación anterior, éstas fueron mínimas.

Pecina (2010) investigó la efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero en el área hospitalaria. El estudio tuvo como propósito el determinar los factores que influyen en la efectividad del aprendizaje del proceso de enfermería en las áreas hospitalarias, esto, con el fin de resolver dificultades que los alumnos presentan en esta herramienta metodológica. La investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal e incluyó una muestra de 54 alumnos del VI semestre de la licenciatura. El instrumento utilizado permitió medir el nivel de conocimientos y la percepción de la autoeficacia. Las variables estudiadas fueron: nivel de conocimientos respecto al proceso, percepción de autoeficiencia en su aplicación y el papel del profesor en la enseñanza del proceso de enfermería. Los resultados reportaron que en el 64% de la muestra el nivel de conocimientos fue calificado como suficiente; que 77% de los alumnos si utilizaron el proceso enfermero en su práctica clínico y solo el 16% reportó no haberlo utilizado; de los alumnos que si utilizaron el proceso, el 81% informó que lo realizo en uno a dos pacientes por día, mientras que el 9% lo aplicó en 3 o más pacientes al día. Las etapas que representaron mayor dificultad para los alumnos tanto en la teoría fueron la planeación, la valoración y el diagnóstico de enfermería, y en la práctica clínica fueron la planeación, la ejecución y la evaluación. Los alumnos identifican como factores que dificultan la aplicación del proceso: la falta de tiempo para realizar esta metodología en la práctica clínica, el exceso de pacientes y un pequeño porcentaje menciona la falta de conocimientos. Un factor que facilito el aprendizaje del proceso fue el profesor y que el estudio de caso es una buena estrategia para

favorecer su aprendizaje. Con relación a la autoeficacia, el 50% de la muestra estudiada menciona que se siente seguro para aplicar el proceso de atención de enfermería.

Para finalizar, Ledesma y Rino (2009), realizaron un estudio cualitativo que tuvo como marco metodológico la Teoría Fundamentada. El trabajo se tituló: El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. El estudio tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos al proceso de enfermería por enfermeras de una unidad clínica de un hospital de México. Las estrategias para la recolección de los datos fueron: la entrevista semiestructurada, la observación participante y la consulta documental. Participaron 16 enfermeros de los tres turnos de trabajo, siendo 14 mujeres y dos hombres, con edades entre los 30 y 48 años. Entre ellos había 6 enfermeras con licenciatura y 10 con nivel técnico. El tiempo de experiencia profesional fluctuó entre los 10 y 20 años. El discurso de los informantes permitió la construcción de la categoría central: El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinario. Ésta categoría está constituida por las siguientes subcategorías: diferente de lo aprendido, con pérdida de continuidad en su quehacer; investigación de las necesidades del paciente, indicaciones médicas y rutinas establecidas y registro de las acciones/interacciones del cuidado y de las prescripciones médicas, que permiten entender la vivencia de las enfermeras en el uso del proceso de enfermería. Las enfermeras expresan que en el trabajo cotidiano, el proceso de enfermería utilizado es diferente del aprendido, con pérdida de continuidad en su quehacer, estableciendo comparaciones con sus experiencias en la graduación, cuando fue enseñado con enfoque individual, en pocos pacientes, haciéndolo paso a paso, en situaciones escogidas, diferente de la diversidad que experimentan. Lo que fue enseñado en la escuela es colocado como un saber limitado en su aplicación a la realidad profesional, llegando a idealizar el conocimiento teórico aprendido que subsidiaba la práctica.

III. METODOLOGÍA

3.1. Propósito

Ofrecer a los integrantes del gremio de enfermería una aproximación al significado que las enfermeras clínicas atribuyen al proceso de atención de enfermería con el fin de incitar a la reflexión con relación a su enseñanza, aprendizaje y uso práctico en el ámbito laboral.

3.2. Tipo de Estudio

Cualitativo

3.3. Diseño

Descriptivo

3.4. Método de investigación

Fenomenológico.

a) Descripción del fenómeno. La descripción del fenómeno se realizó a partir de la revisión del estado del arte, ya que permitió visualizar el alcance mundial y nacional que en los tiempos actuales tiene el proceso de atención de enfermería. También ayudó al reconocimiento de su impacto en los ámbitos de la educación, la investigación, la práctica y la gestión del cuidado de enfermería. Además a través de la revisión de la literatura, se pudo explorar las diferentes miradas que las investigadoras de enfermería han tenido con relación al proceso de enfermería.

b) Búsqueda de la esencia y la estructura. Posterior a la entrevista grabada de los informantes, cada una de ellas fue transcrita en su totalidad conservando la integridad del discurso. El escuchar los audios de las entrevistas y la lectura

constante de ellas permitió tener una visión clara de las narraciones de los informantes. El análisis de la información fue línea por línea situación que permitió comparar y contrastar el discurso e identificar los posibles conceptos, significados y relaciones.

c) Constitución de la significación. Durante el proceso de revisión y análisis de la información emergieron preguntas que ayudaron a hacer un análisis más profundo de los datos.

La actividad principal en esta fase fue la elaboración de fichas de análisis las cuales fueron integradas de la siguiente manera:

- La unidad significativa de análisis. En la ficha se registraron las palabras o párrafos textuales más significativos de las narraciones de los informantes.
- Temas. De acuerdo a la unidad de análisis se le dio un nombre a lo dicho por los informantes, el cual a veces fue acompañado por subtemas; por ejemplo: Tema: cultura institucional en enfermería, subtema: las rutinas.
- Código vivo “emic”. De la unidad significativa de análisis se extrajo lo más sobresaliente. Ejemplo: “hacer el PAE, era no dormir durante varios días, era ir a la biblioteca saliendo de la práctica hasta que la cerraban, tenías que leer y leer libros y sacar copias para fundamentar.... Información que a su vez se registraba en un formato que ayudó a realizar el análisis de los datos.
- Código sustantivo “etic”. Este código se refiere a las opiniones y reflexiones que la investigadora hizo con respecto a los datos de cada informante y de cada unidad significativa. Estas reflexiones se anotaban en la parte posterior de la tarjeta y después se registraban en el cuadro de análisis.
- Descripción del fenómeno encontrado. La investigadora, se acerca a hacer una interpretación de lo que el informante refiere en su discurso.
- La literatura. La revisión de la literatura no solo permitió identificar el estado del arte con relación al fenómeno de estudio, también permitió contrastar

los hallazgos con lo referido en las diversas publicaciones científicas y además ayudó a identificar hallazgos “nuevos” o “diferentes” que no se encontraban descritos en los diferentes reportes de investigación.

d) suspensión del enjuiciamiento. Ya encontrados los significados, el siguiente paso fue alejarnos por 20 días de estos resultados preliminares, tiempo considerado como suficiente para confrontar nuestras propias concepciones, hipótesis, predisposiciones y perspectivas relativas al fenómeno de estudio.

El propósito de alejarnos fue e en la medida de lo posible, evitar que nuestras implicación con el fenómeno de estudio “contaminada” los hallazgos encontrados y los llevará por el camino que la investigadora esperaba. La suspensión permitió realizar de manera constante y menos subjetiva la codificación y análisis de la información.

e) Interpretación del fenómeno de estudio. En esta última fase del método, mediante un proceso dialéctico, de avanzar y regresar a la información fue posible identificar los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al proceso de atención de enfermería

3.5. Procedimiento

- Proceso de acceso al campo

La selección de este campo se sustentó en el conocimiento que la investigadora tenía sobre el interés que las autoridades de enfermería de esta institución tenían con relación a establecer protocolos de cuidado siguiendo la metodología del Proceso de Atención de Enfermería.

Esta institución hospitalaria pertenece a la red de hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) del Distrito Federal.

Previa cita con el coordinador de investigación y enseñanza médica, la jefa de enfermeras y la coordinadora de enseñanza de enfermería, se presentó el proyecto de investigación. A petición del coordinador de investigación, el proyecto también fue presentado ante el Comité de Investigación de este H. Institución, después de 4 reuniones de trabajo y habiendo hecho algunas modificaciones al diseño de investigación se acordó formalizar la solicitud de manera escrita mediante; sin embargo, debido a movimientos administrativos al interior de la institución, la solicitud no se concretó y se tuvo que recurrir a otra estrategia.

La estrategia consistió en asistir a diferentes centros hospitalarios tales como el Hospital General de Zona No. 1-A "Venados", el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" y al Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); también se asistió al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y al Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) de la Secretaría de Salud (SS) y fuera de sus instalaciones se abordó a 3 a 4 enfermeras de cada institución, se dialogó con ellas explicando el tipo objetivos y propósito de la investigación, así cuál era el tipo de participación y colaboración que se requería de ellas.

- Proceso de selección de los informantes

La selección de informantes es una estrategia intencional que requiere el desarrollo de un perfil de los atributos esenciales que deben de cumplir los informantes (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Para la selección de informantes tipo se reflexionó acerca de los atributos que deberían de cumplir, para ello se consideraron aspectos revisados en la literatura como: el grado de formación, la experiencia laboral y las áreas clínicas en las que laboran. El perfil de atributos que debieron de cumplir los informantes fue:

- a) Ser enfermera o enfermero
- b) Haber estudiado la carrera ya sea a nivel técnico o a nivel licenciatura
- c) Haber concluido la carrera de Enfermería
- d) No era necesario que estuviera titulada
- e) Estar trabajando como enfermera o enfermero en una institución hospitalaria pública, por lo menos durante seis meses consecutivos.
- f) Contar con experiencia clínica en la atención de los pacientes.
- g) Aceptar participar en la investigación de manera informada y voluntaria (Anexo 1: Formato de consentimiento informado).

Para tener acceso a los informantes se asistió a diversas instituciones de salud y fuera de sus instalaciones se dialogó con 3 o 4 enfermeras de cada institución. Al principio mostraron desconfianza, pero posteriormente cedieron unos minutos de su tiempo para escuchar. La plática incluyó la presentación del investigador, la descripción de la investigación: fenómeno de estudio, propósito, objetivos, metodología y sobre todo cuál sería su participación.

Se tuvo contacto con 19 enfermeras, de ellas diez cumplieron con los atributos pre establecidos, pero además mostraron interés por participar, solicitando de una semana a quince días para tomar una decisión y al cabo de este tiempo, la investigadora acudió nuevamente a sus centros de trabajo para recibir su respuesta a la invitación; solo en dos casos, a petición de los informantes el contacto se hizo vía telefónica. De los diez candidatos a ser informantes solo aceptaron cuatro.

Otras dos informantes fueron invitadas a participar en la Escuela Nacional de de Enfermería, ellas además de desempeñarse como enfermeras clínicas eran docentes de esta institución educativa.

En total se contó con 6 informantes tipo, cuatro fueron mujeres y dos hombres. A continuación se describen los atributos de cada uno de los participantes:

Informante 1. Enfermera con formación de primera instancia de nivel técnico¹⁴ y posteriormente de licenciatura a través del Sistema de Universidad Abierta, con 2 cursos de posttécnicos¹⁵: el primero en Cuidado de Enfermería al Paciente en Estado Crítico y el segundo en Administración de los Servicios de Enfermería. Al momento de la entrevista laboraba en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, contaba con 20 años como enfermera clínica y con un año como enfermera supervisora. Además de trabajar en el hospital, se desenvolvía como docente en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia sumando un total de 10 años de experiencia docente tanto con grupos de posttécnico como con grupos de la licenciatura en el sistema escolarizado.

Informante 2. Enfermera con formación de licenciatura titulada, que contaba con el posttécnico en Administración de los Servicios de Enfermería. Al momento de la entrevista tenía 15 años de experiencia laboral en áreas pediátricas y en áreas Gineco-obstétricas: cunero, unidad de cuidados intensivos neonatales, labor expulsión, alojamiento conjunto y oncología. Trabajaba en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 “Dr. Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). También se desenvolvía como profesora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, con 5 años de experiencia docente frente a grupos de la licenciatura sistema escolarizado.

Informante 3. Enfermero con formación técnica-titulado; en el momento de la entrevista se encontraba estudiando el posttécnico de Administración de los Servicios de Enfermería, laboraba en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS y tenía 15 años de experiencia como enfermero clínico en las áreas de urgencias y hospitalización adultos (cirugía general y medicina interna)

¹⁴ Son estudios que se realizan posterior a los estudios de secundaria y tienen una duración de 3 años.

¹⁵ Son estudios que se realizan posterior a la titulación de la carrera técnica o de la licenciatura. Su objetivo formar a los profesionales de enfermería en un área en particular.

Informante 4. Enfermera con formación técnica-titulada; en el momento de la entrevista se encontraba estudiando el postécnico de Administración de los Servicios de Enfermería, laboraba en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, contaba con 5 años de experiencia como enfermera clínico en las áreas consulta externa y hospitalización adultos (cirugía general y medicina interna).

Informante 5. Enfermero con formación de nivel de licenciatura-no titulado; en el momento de la entrevista, laboraba en el Hospital 1º. De Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y contaba con 1 año de experiencia como enfermero clínico en urgencias y medicina interna.

Informante 6. Enfermera con formación de nivel técnico-titulada; al momento de la entrevista se encontraba estudiando la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia por Sistema de Universidad Abierta, laboraba en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud que contaba con 5 años de experiencia como enfermera clínica en la unidad de cuidados intensivos adultos y en la unidad de choque de urgencias.

- Proceso de recolección de datos.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, sumando un total de seis. Se programaron en el tiempo y en el lugar que las y los informantes solicitaron, siempre vigilando que los espacios físicos ofrecieran la individualidad y privacidad que se requería para tal efecto.

Cuatro de las entrevistas se efectuaron en el lugar de trabajo de los informantes y dos en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Se efectuaron durante el período de setiembre a noviembre de 2002; cada entrevista tuvo una duración promedio de noventa minutos. Previa autorización de los informantes fueron grabadas.

La grabación permitió registrar la integridad del discurso de las informante y favoreció la interacción entre la informante y la investigadora.

- Técnica utilizada para la recolección de datos y proceso de elaboración del instrumento para la recolección de datos.

Para efecto de esta investigación se consideró pertinente recurrir a la entrevista semi-estructurada (ESI).

Sheele y Groeben citados por Bolseguí y Fuguet (2006) refieren que la entrevista semi-estructurada supone que las construcciones se elaboran como conceptos relacionados entre sí y constituyen temas subjetivos que les permiten comportarse de cierta manera.

Para guiar la entrevista se elaboró un instrumento (Anexo 2), para tal caso se reflexionó acerca de los datos que se requerían para identificar los significados que las enfermeras atribuían al proceso de atención de enfermería y estos datos se relacionaban con las experiencias que ellas como enfermeras clínicas habían tenido con respecto al proceso de enfermería.

Así el instrumento estuvo integrado por 6 apartados, el primero se refirió a la identificación institucional, incluyendo los logotipos, el título, el objetivo y el propósito de la tesis

El segundo se nombró: “datos generales del informante”, esta sección se enfocó a recoger los datos socio-demográficos y laborales de los informantes.

El tercer componente se designó como: “Conocimientos sobre el PAE” su objetivo fue el hacer una breve exploración sobre los conocimientos que el informante tenía acerca del proceso de enfermería.

El Apartado cuatro se designó como: “Experiencias relativas al aprendizaje PAE en la escuela”, su objetivo fue el explorar las experiencias que la enfermera clínica tuvo con relación al proceso de enfermería durante su formación escolar.

La sección cinco se identificó como: Percepción de las enfermeras clínicas con relación a la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería en el ámbito laboral. Esta sección tuvo como finalidad el recabar el discurso de los informantes con relación a la percepción que tenían sobre el proceso de atención de enfermería en el ámbito laboral-institucional.

Por último, el sexto componente se denominó: “Descripción de la jornada laboral” su objetivo fue el de recabar datos relacionados con las actividades que habitualmente realizaba la enfermera durante su jornada laboral. Cabe señalar que en la parte final del instrumento se presentó la leyenda que hacía referencia a la confidencialidad.

3.5. Codificación y análisis de los datos.

En la investigación cualitativa la codificación, el análisis y la interpretación son procesos vinculados, su propósito consiste en interpretar el contenido del discurso de los informantes (Bolseguí y Fuguet, 2006).

La codificación es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador (Rubin y Rubin, citados por Fernández, 2006). Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación, son recursos mnemónicos utilizados para identificar o marcar los temas específicos en un texto.

El análisis de datos permite poner al descubierto los temas y conceptos metidos entre los datos recolectados. A medida que se avanza en el análisis de los datos,

esos temas y conceptos se tejen en una explicación más amplia de importancia teórica o práctica, que luego guía el reporte final (Rubin y Rubin citados por Fernández, 2006).

La codificación y análisis se iniciaron desde el primer momento de la entrevista y fue realizado de manera manual. Conforme a Miles y Huberman citados por Amezcua y Gálvez Toro (2002), el proceso se efectuó a través de tres actividades:

1) Reducción de datos. Se refiere a la selección de información para hacerla abarcable y manejable (Rodríguez, Gil y García, 1999).

a) Separación de unidades. Previa a la transcripción de las entrevistas se hizo una revisión primaria del audio y se reflexionó sobre el discurso de los informantes la entrevistas fueron transcritas íntegramente en un procesador de textos. Los párrafos que integraban el total de la entrevista fueron separados con líneas en renglones y cada uno de ellos fue numerado de manera progresiva iniciando por el número 1 y así sucesivamente hasta abarcar la totalidad de los renglones que conformaban la totalidad de la entrevista. Esto facilitó la localización rápida de la información cuando fue necesario.

b) Identificación y clasificación. A través de la lectura fluctuante se identificaron tres unidades: Actitud, escuela y hospital. Al identificar en las entrevistas cada una de estas unidades, la información fue más concreta y clara. A través de la lectura fluctuante de las entrevistas se identificó y seleccionó el discurso de los informantes que daban indicios de estas unidades. Estos se recortaron y pegaron en fichas de trabajo, identificándolas según el informante al que correspondía y los renglones que abarcaba (I1/R, I2/R: etcétera). Para clasificar la información, las fichas que contenían el discurso de los informantes se introdujeron en tres sobres, cada uno de ellos correspondía a una unidad, así, a cada sobre se le

designo por el nombre de la unidad y se le asignó un color: actitud-azul, escuela-amarillo y hospital-rojo.

c) Síntesis y agrupamiento. Una vez reunido el material, se realizó una matriz para facilitar el ordenamiento y análisis de los datos. El cuadro constó de 5 columnas y 7 filas. La primera columna correspondió a los informantes, la segunda, tercera y cuarta columnas se asignaron a las unidades de análisis: Actitud, escuela, hospital respectivamente y la quinta columna se asignó al código sustantivo, es decir, a los comentarios y/o reflexiones del investigador relativos a los datos de cada unidad.

| Informante | Código vivo "emic" | | | Código sustantivo "etic" |
|--------------|-----------------------|---------|----------|------------------------------|
| | Actitud ante el PAE | Escuela | Hospital | Reflexiones del investigador |
| Informante 1 | | | | |
| Informante 2 | | | | |
| Informante 3 | | | | |
| Informante 4 | | | | |
| Informante 5 | | | | |
| Informante 6 | | | | |

Matriz para el análisis. Sugerida por la Dra. Bertha Elvia Taracena Ruiz¹⁶. Mayo de 2011

En la fila que correspondía a cada informante se colocó el discurso o código vivo que correspondía a cada unidad. Esto facilitó el análisis de la información y la identificación de las categorías y subcategorías de las cuales emergieron diversos

¹⁶ Académica de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Tutora del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM y Profesora Investigadora Titular C de Tiempo completo en esta misma entidad académica, con nivel 2 en el Sistema Nacional de Investigadores (SIN)

temas y en la columna correspondiente a las reflexiones del investigador se registró el código sustantivo

2) Disposición y transformación de los datos. Al tener la información reducida, por cada una de las unidades de análisis se identificó una categoría con sus respectivas subcategorías, elaborando 7 mapas de construcción de categorías y subcategorías los cuales frecuentemente fueron modificados como resultado de la revisión, lectura, reducción y reagrupación de las categorías y subcategorías.

3. Obtención y verificación de conclusiones.

Las categorías y subcategorías identificadas fueron el fruto derivado de la recolección, codificación, análisis y reflexión de los datos, resultando en el conocimiento de los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al proceso de atención de enfermería.

3.6. Consideraciones éticas de la investigación.

Toda investigación o experimentación realizada en seres humanos debe hacerse de acuerdo a ciertos principios éticos los cuales fueron definidos en el Informe Belmont creado en 1976 (CENSIDA, 2008).

Respeto a la Persona. El respeto a las personas incorpora dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida. Una persona autónoma es una persona capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones (CENSIDA, 2008).

Beneficencia. Este principio involucra dos reglas generales: no hacer daño y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles (CENSIDA, 2008).

Justicia. Una injusticia ocurre cuando un beneficio al que una persona tiene derecho se niega sin razón válida o cuando se impone una responsabilidad indebidamente. Otra manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad (CENSIDA, 2008).

Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento informado, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación (CENSIDA, 2008).

La investigación también se sustenta en los artículos dispuestos el Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación en Salud (Secretaría de Salud, 2012).

Capítulo I. Disposiciones Comunes:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Desde el ámbito de la disciplina de enfermería, los principios éticos que sustentan la investigación se encuentran contenidos en el Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros Mexicanos.

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2001).

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias (Comisión Interinstitucional de Enfermería 2001).

Declaración de principios:

Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera (Comisión Interinstitucional de Enfermería 2001).

Confiabilidad: Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al

trasmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad (Comisión Interinstitucional de Enfermería 2001).

Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería debido a que en todas las acciones que se realizan para con las personas, se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua (Comisión Interinstitucional de Enfermería 2001).

La investigación también se sustenta en artículos contenidos en el *Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros Mexicanos.*

Artículo primero: El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

Artículo tercero: Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo quinto: Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

IV. HALLAZGOS

A continuación se presentan los datos que emergieron a partir de la interpretación, análisis y comprensión de los discursos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a los informantes tipo.

3. Descripción de los atributos de los informantes entrevistados.

De los seis informantes entrevistados, con relación al **sexo**, el mayor porcentaje fueron mujeres y el resto hombres, este dato es reflejo de la distribución de mujeres y hombres dentro del gremio de enfermería (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. Sexo de los informantes

| Sexo | Mujer | % | Hombre | % | Total | % |
|------|-------|------|--------|------|-------|-----|
| | 4 | 67.0 | 2 | 33.0 | 6 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los informantes en el periodo comprendido de septiembre a octubre del 2004.

En cuanto a la **edad**, cinco de los seis informantes contaba con 31 años o más y solo uno se ubicó en el rango de 25 a 30 años (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Edad de los informantes

| Edad en años | 25 a 30 | % | 31 a 35 | % | 36 o más | % | Total | % |
|--------------|---------|------|---------|------|----------|------|-------|-----|
| | 1 | 17.0 | 4 | 66.0 | 1 | 17.0 | 6 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los informantes en el periodo comprendido de septiembre a octubre del 2004.

En lo que respecta al **grado de formación** académica la distribución fue similar para ambos grupos. Cabe mencionar que no existió la intención de distribuirlos de esta forma; sin embargo se considera que fue conveniente para la investigación puesto que permitió hacer comparaciones entre estos dos grupos (Ver cuadro 3).

Cuadro 3. Grado de formación académica de los informantes.

| Grado de formación académica | Carrera técnica en Enfermería | % | Licenciatura en Enfermería | % | Total | % |
|------------------------------|-------------------------------|----|----------------------------|----|-------|-----|
| | 3 | 50 | 3 | 50 | 6 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los informantes en el periodo comprendido de septiembre a octubre del 2004.

Con relación a la **antigüedad laboral**, se encontró un porcentaje similar entre los informantes que tienen entre 1 a 5 años y de 6 a 10 años; de la misma forma se halló un porcentaje parecido entre los que cuentan con 11 a 15 años y los de 16 o más. Este datos hacen pensar que los informantes han tenido tiempo para desarrollar experiencias como enfermeras clínicas (Ver cuadro 4).

Cuadro 4. Antigüedad laboral de los informantes

| Antigüedad laboral en años | 1 a 5 | % | 6 a 10 | % | 11 a 15 | % | 16 o más | % | Total | % |
|----------------------------|-------|------|--------|------|---------|------|----------|------|-------|-----|
| | 2 | 33.0 | 2 | 33.0 | 1 | 17.0 | 1 | 17.0 | 6 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los informantes en el periodo comprendido de septiembre a octubre del 2004.

En lo referente a la institución en la que los informantes laboran, en primer lugar se ubican aquellos que trabajan en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) le siguen los del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y por último están los que trabajan en una institución de la Secretaría de Salud. Esta distribución heterogénea permite tener informantes que como enfermeras clínicas se desarrollan en instituciones que cuentan con formas diferentes de organizar el trabajo de enfermería (Ver cuadro 5).

Cuadro 5. Institución de salud en la que laboran los informantes

| Institución de salud en la que laboran | Secretaria de salud | % | IMSS | % | ISSSTE | % | Total | % |
|--|---------------------|------|------|------|--------|------|-------|-----|
| | 2 | 33.0 | 3 | 50.0 | 1 | 17.0 | 6 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los informantes en el periodo comprendido de septiembre a octubre del 2004.

En lo que respecta a los **conocimientos** que las informantes tenían con respecto al proceso de atención de enfermería, el mayor porcentaje de ellas sin dificultad pudo describir el concepto y sus etapas y la mitad del grupo tuvieron dificultades para describir el objetivo de cada fase que integral proceso (Ver cuadro 6)

Cuadro 6. Conocimientos acerca del Proceso de Atención de Enfermería

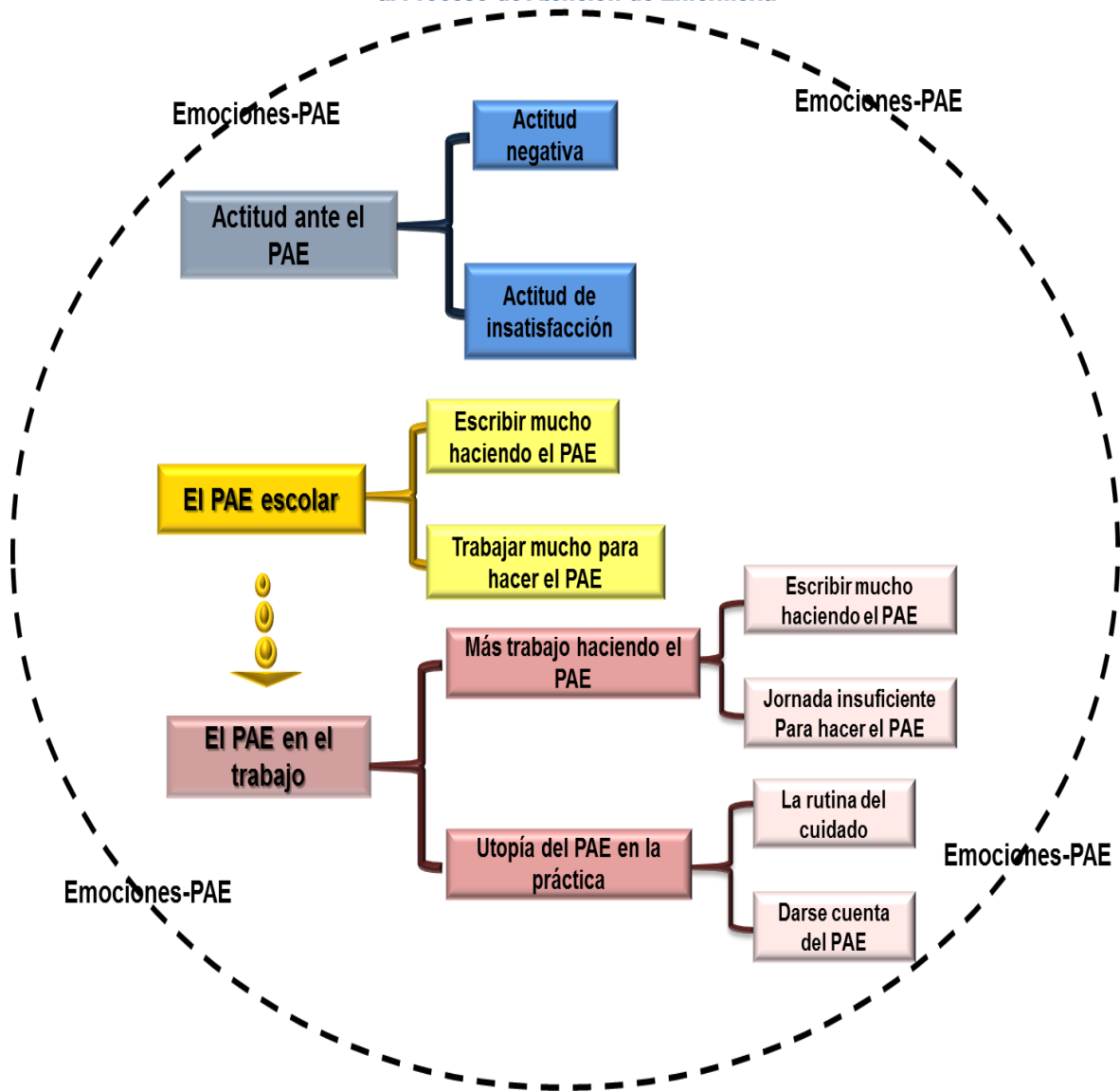
| Aspectos teóricos valorados sobre el PAE | Respuesta correcta | % | Contestaron con dificultad | % | Total | % |
|--|--------------------|------|----------------------------|------|-------|-----|
| Concepto | 4 | 67.0 | 2 | 33.0 | 6 | 100 |
| Etapas | 4 | 66.6 | 2 | 33.0 | 6 | 100 |
| Objetivos de cada etapa | 3 | 50.0 | 3 | 50.0 | 6 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los informantes en el periodo comprendido de septiembre a octubre del 2004.

2. Descripción de las categorías y subcategorías

En cuanto al significado que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería fue posible identificar tres categorías: **1. Actitud ante el PAE**, **2. El PAE escolar** y **3. El PAE en el trabajo** cada una de ellas compuesta por sus respectivas subcategorías (Ver esquema 1).

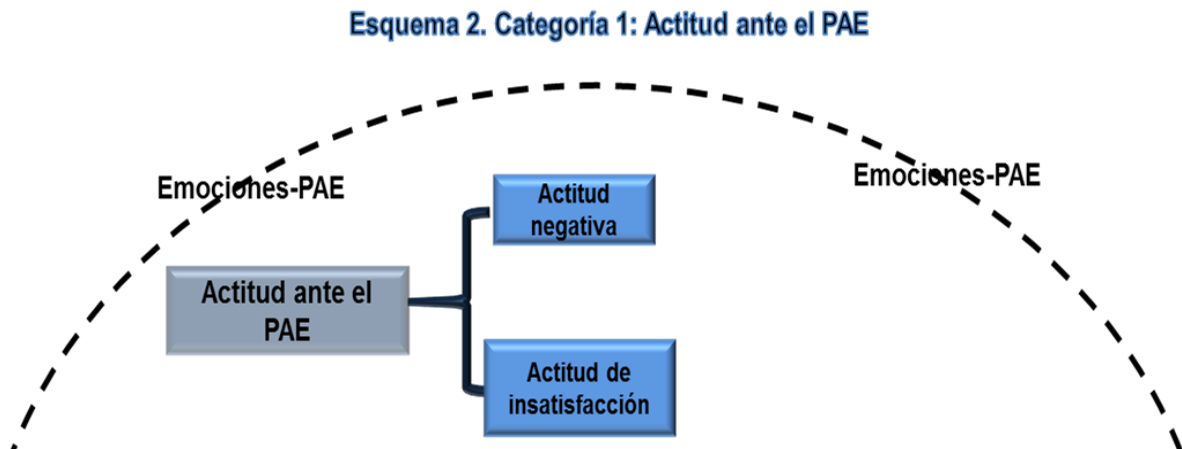
Esquema 1: Aproximación al significado que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería



Cabe mencionar que simultáneo a estas tres categorías, en el discurso de algunos de los informantes se reconoce la emotividad que atraviesa al fenómeno del PAE; sin embargo, los datos existentes no son suficientes para la construcción de una cuarta categoría.

Categoría 1. Actitud ante el PAE

Esta categoría permite reconocer dos subcategorías: **Actitud negativa** y **Actitud de insatisfacción** (Ver esquema 2)



La categoría actitud ante el PAE, describe la postura que asumen las enfermeras clínicas acerca del proceso de atención, esta actitud es resultado de las experiencias vividas tanto en el ámbito escolar, como en el ámbito laboral, así lo expresan los siguientes testimonios:

“hacer el PAE, era no dormir durante varios días, era ir a la biblioteca saliendo de la práctica hasta que la cerraban, tenías que leer y leer libros y sacar copias para fundamentar la fisiopatología, los medicamentos, los procedimientos....no, no! Era un suplicio, no, no quiero saber sobre el PAE” (I6/R: 54 al 56)

“la imagen que lleva uno al llevar a cabo un proceso, de que hay veces de que nada más es por pasar la materia, pero realmente no lo valoramos porque en lugar de disfrutarlo lo sufrimos, cada profesora te pide un PAE diferente y eso a mí me enojaba y me confundía” (I5/R: 198 al 201)

Con relación a la **subcategoría actitud negativa**, las experiencias vividas por las enfermeras clínicas, tanto en el contexto escolar como en el laboral, ha propiciado

pensamientos de rechazo sobre el proceso de enfermería, así lo verifica el discurso de los informantes:

“¡imagina! que un día en el hospital se les ocurra que usemos el proceso en cada paciente que atendemos, eso sería todo un caos, porque no todas las enfermeras tienen experiencias agradables del PAE, yo reconozco que es útil, pero también recuerdo que la forma como lo aprendí no fue la más agradable, era estar muchas horas en la biblioteca, escribir y escribir fisiopatología, llenar los cuadros de los planes de cuidado, era fastidioso y al final muchas veces no le encontrabas mucho sentido solo lo entregas para aprobar la práctica y después ya no te deja nada” (I2/R: 180 al 189)

“pues el proceso solo es trabajo y más trabajo, y en el hospital no te pagan por trabajar más y para que hacerlo si en el hospital no te lo reconocen y no te pagan más por hacerlo” I4/ R: 63-64

En lo que respecta a la **subcategoría actitud de insatisfacción**, las enfermeras clínicas expresan en su discurso una sensación de insatisfacción con relación a lo que pueden obtener del proceso de atención de enfermería:

“cuando uno está estudiando se basa mucho de las experiencias de los compañeros que ya salieron, entonces afecta mucho al estudiantado, a los que están por egresar, porque oímos sobre las cargas de trabajo y ellos te dicen que es tiempo perdido, que para que lo haces si eso lo dejas, eso ya no lo vas a volver a ver, ya no lo vas a hacer, entonces como estudiante te molesta saber que trabajas mucho en el PAE y que nunca más lo vas usar” (I5/R: 188-196)

“pues sí, en la escuela era molesto hacer el PAE, pero sabías que al final ibas a recibir una calificación, pero en el hospital ¿qué recibes?, solo críticas y malos comentarios y por si fuera poco tus compañeras te molestan y te dicen: -si tú haces el PAE a nosotros nos van a exigir que lo hagamos- y sabes que eso te termina de molestar porque entonces piensas ¿para qué tanto trabajo en la escuela?” (I6/R: 92-96)

“era nada más cumplir con un trabajo académico que nosotros teníamos que realizar, pero que al final de cuentas nunca lo llevábamos acabo” (I2/R: 157 al 160)

Categoría 2. El PAE escolar.

Esta categoría se compone de dos subcategorías: **Escribir mucho haciendo el PAE** y **Trabajar mucho para hacer el PAE** (Ver esquema 3)



La categoría el PAE escolar, describe como las enfermeras clínicas aprendieron a hacer el PAE; así lo constatan los siguientes testimonios:

“era lo que en las aulas se aprendía como Proceso Atención de Enfermería, vamos no recuerdo ahorita todos los puntos así en concreto del proceso de atención de cómo lo aprendimos al momento de la práctica, estuvimos en varias clínicas en las que llegue a aplicar el Proceso Atención de Enfermería. De los puntos que me acuerdo bueno fue la introducción, la justificación como en todo trabajo y de ahí ya pasábamos a lo que era el diagnóstico situacional, no recuerdo así completamente el termino de todos estos pasos, nosotros teníamos que entregar una evaluación de que es lo que se había detectado, de que actividades habíamos realizado para satisfacer esas necesidades que se habían encontrado y obviamente en ésta evaluación la respuesta como lo encontramos al principio y como estaba al final y como hincapié te digo yo estudie la carrera en el año de 82, 83 y no teníamos material” (I3/R: 18 al 34)

“yo me iba a algunos procesos que estaban ya hechos en la biblioteca y no los copeaba, pero yo ya sabía que puntos, o sea, siempre se sigue una metodología, entonces yo decía, Proceso de Atención, pensaba en la patología y enseguida desglosarla conforme nos iba pidiendo la metodología, o sea, todos los pasos del proceso, así hacia yo mis procesos” (I4/R: 52 al 57)

La subcategoría **Escribir mucho haciendo el PAE**, describe la significación las experiencias que rescatan las enfermeras con relación a hacer el PAE y la actividad de “escribir mucho”, así lo refieren los siguientes testimonios:

“a ellas [se refiere a las enfermeras clínicas] se les hace mucho escribir como cuando hacían el PAE en la escuela, aquéllas fundamentaciones de hojas y hojas que hacíamos sobre las alteraciones del paciente” (I1/R: 412 al 414)

“y te pedían [se refiere a cuando era estudiante] un proceso que era un libro que tu entregabas” (I1/R: 79 y 80)

“las maestras te pedían la fisiopatología de la enfermedad o de las enfermedades que tuviera el paciente, de los medicamentos y por supuesto de los procedimientos, al final te podrías imaginar que el marco teórico era extenso y de muchas pero muchas hojas” (I4/ R: 29 al 32)

La subcategoría **Trabajar mucho para hacer el PAE**, representa los recuerdos de las experiencias que ellas tuvieron como estudiantes al hacer el PAE y su relación con la actividad de “trabajar mucho”, así lo expresan los siguientes testimonios:

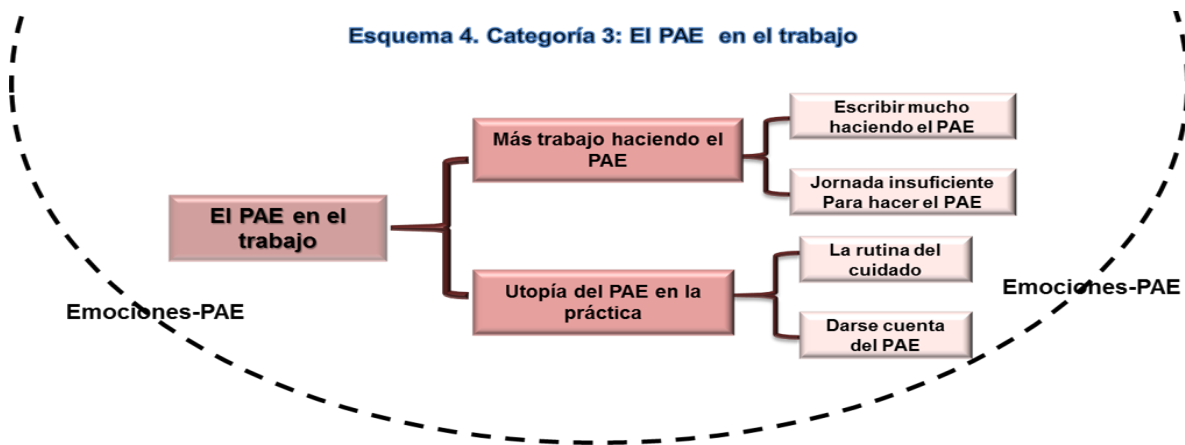
“Pues como te mencionaba era investigar mucho, cargar libros en la práctica, estar en la biblioteca, leer, resumir y transcribir el marco teórico y no sé si tú recuerdes, pero como batallaba para hacer el plan de atención en los formatos que te daba la maestra y cuidado que te salieras de cada columna” (I2/R: 190 al 194)

“recuerdo que hacer el proceso era olvidarte de ir al cine o a fiestas porque era mucho trabajo, a cambio de eso, después de la práctica tenías que ir a la biblioteca y quedarte hasta que la cerraran, buscar libros, de fármaco, de medicina interna, de quirúrgica según la materia que cursaras; además de sacar copias, leer y leer y desvelarte para transcribir, casi integrabas un libro de la enfermedad que

tenía tu paciente, pero sabes yo batallaba mucho con las fundamentaciones y con los famosos formatos del plan de atención” (I6/R: 62 al 66)

Categoría 3. El PAE en el trabajo

Esta categoría consta de dos subcategorías: **Más trabajo haciendo el PAE** y **Utopía del PAE en la práctica**. A su vez, la primera subcategoría está integrada por dos subcategorías: Escribir mucho haciendo el PAE y Jornada insuficiente para hacer el PAE (Ver esquema 4)



El PAE en el trabajo representa la percepción que tienen las enfermeras clínicas con relación a la aplicación del PAE en el ámbito laboral, así lo constatan los siguientes testimonios:

“ya en la cuestión operativa, cuando te encuentras trabajando, una de las cosas que aprendemos mucho nosotros es que no tenemos tiempo para la elaboración de ese proceso, por cargas de trabajo, porque empleas mucho tiempo para un solo paciente, cuando en realidad en tus jornadas, no estas dedicado a 1 a 2 o a 3 pacientes, estamos hablando que después te dedicas a 12 o 13 pacientes o más dependiendo de la institución” (I3/R: 59 al 66)

“lo aplicamos en el sentido estricto del manejo de la hoja clínica del paciente, porque en esa hoja tu vas anotando los datos que te van a hacer posible formular tu plan de atención, tú plan de cuidados, pero te debo de ser honesto eso es relativo porque en realidad no lo aplico al 100% ese plan de cuidado del que te hablo, te podría dar muchas excusas pero bueno no creo que venga al caso ahorita, no lo aplico porque tal vez creo que en la práctica cotidiana ya en el

trabajo, tú haces una rutina, pero en esa rutina no contemplas tú plan de cuidados o un PAE como tal” (I3/R: 67 al 68)

“cuando iba a la escuela por lo menos sabía que por hacer el PAE me iban a dar una calificación; pero no creo que en el hospital me vayan a premiar por hacer el proceso, por el contrario si mis compañeras me vieran haciendo el proceso en un paciente seguramente se enojarían conmigo, ya sabes, siempre te dicen –si tú lo haces al ratito van a querer que todas lo hagamos-” (I4/R: 149 al 153)

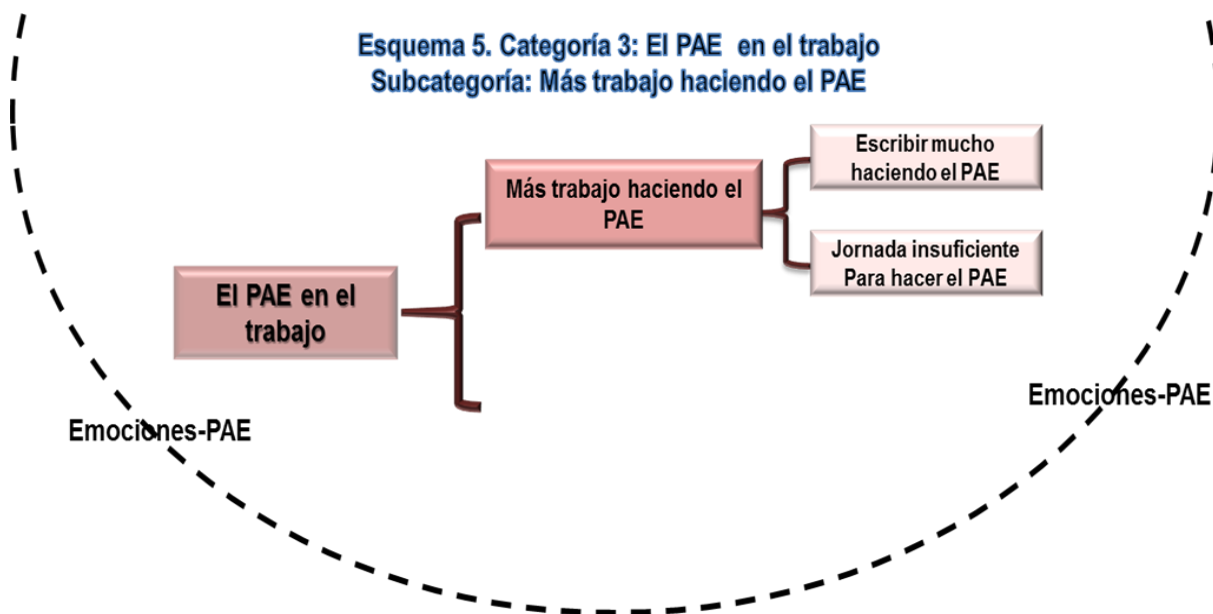
“¡imagínate!, hacer un proceso en cada paciente que te asignan eso sería inalcanzable, sobre todo si lo hacemos como cuando íbamos a la escuela, la verdad ¡nunca acabaríamos! Porque en el caso mío que trabajo en el ISSSTE lamentablemente no se puede llevar un proceso como tal no se dice a voces pero realmente estoy dando cantidad no calidad, entonces si en la jornada nos dejan 9, 10 pacientes cuándo voy a terminar, definitivamente no creo que se pueda hacer el proceso de la misma forma como lo hacíamos en la escuela” (I5/R: 46 al 53)

La subcategoría **Más trabajo haciendo el PAE** describe la asociación que las enfermeras clínicas hace entre la actividad “hacer el “PAE escolar” con la actividad “hacer el PAE en el trabajo”; de tal manera que esta asociación se traduce en trabajar más, así lo constatan los siguientes testimonios:

“es chistoso cuando estas estudiando sabes que en las prácticas de hospitalización vas a tener que tomar un paciente y aplicarle un proceso de atención, en ese momento lo primero que te viene a la mente es trabajo, ahora cuando ya eres trabajador y piensas en el proceso solo viene a tu mente que además del trabajo que ya tienes te suman el proceso que es igual a más trabajo y esto significaría cambiar las hojas de enfermería, tener más tiempo no tanto para tu paciente, sino para escribir tu plan de cuidados y si a alguien se le ocurre diseñarlo como el que hacíamos en la escuela, que fastidio, creo que hacerlo de esta forma no sería una buena idea y por el contrario esto causaría enojo en el personal de enfermería” (I3/R: 44 al 56)

“cuando era estudiante máximo me dejaban un paciente, tu vas a tener tu paciente y a él le vas a hacer tu proceso y es tuyo; pero cuando uno es trabajador puedo llegar a tener hasta siete pacientes, ¡te imaginas hacer siete procesos!” (I4/R: 92 al 95).

A su vez la subcategoría **Más trabajo haciendo el PAE**, se encuentra constituida por dos subcategorías: Escribir mucho haciendo el PAE y Jornada insuficiente para hacer el PAE (Ver esquema 5)



Con relación a la subcategoría Escribir mucho haciendo el PAE, esta describe como las enfermeras clínicas trasladan la actividad de escribir mucho cuando hacían el PAE en la escuela, con el escribir mucho al hacer el PAE en el trabajo, así lo afirman los siguientes discursos:

“ese es el problema que yo te digo entre lo teórico y lo práctico, porque tú le hablas del proceso a una enfermera y se imagina ese mamotreto que utilizábamos en la escuela y no las hojas de enfermería que utilizamos ya como trabajadoras” (I1/R: 295 al 301)

“creo que todas tenemos la misma idea, el proceso en la escuela era un chorizote que teníamos que hacer de 60 o más hojas y que verdaderamente nunca lo llegábamos a utilizar, ¿Puedes imaginar hacer un proceso así para cada paciente que te asignan?” (I2/R: 157 al 160)

“¡no, no, no! imagínate hacer un proceso por cada paciente [se refiere a los pacientes que le asignan en el hospital], en la escuela los procesos que entregabas eran el tomo 1 y el tomo 2” (I4/R: 55 al 58)

La subcategoría Jornada insuficiente para hacer el PAE hace referencia a la percepción que tienen las enfermeras clínicas con relación al PAE y al tiempo que se requiere para hacerlo. Ellas consideran que el tiempo de su jornada laboral es insuficiente debido a que durante su formación escolar la estudiante de enfermería contaba con el tiempo que duraba la práctica clínica para hacer el Proceso de Atención de Enfermería, éste tiempo variaba de cuatro a quince semanas según la asignatura, así que cuando la enfermera clínica piensa en “hacer el PAE práctico” tiene la percepción que por cada paciente al que ella le realice el PAE tendrá que invertir el mismo tiempo que dedicaba al “PAE escolar”; es decir, la enfermera clínica multiplica la cantidad de tiempo que dedicaba al “PAE escolar” por el número de pacientes asignados, lo que se traduciría en una jornada laboral insuficiente, así lo afirman los siguientes discursos:

“nosotras nos pasábamos la noche entera, el tiempo que llevábamos la materia, la noche entera en buscar las fundamentaciones tanto de las necesidades, como de las acciones, como de las intervenciones, ¡no! Algo terrible y si ahora nos piden que el hospital hagamos el PAE de dónde vamos a sacar tiempo” (I1/R: 35 al 40)

“ya en la cuestión operativa, cuando te encuentras trabajando, una de las cosas que aprendemos mucho nosotros es que no tenemos tiempo para la elaboración de ese proceso, por cargas de trabajo, porque empleas mucho tiempo para un solo paciente, cuando en realidad en tus jornadas, no estás dedicado a 1 a 2 o a 3 pacientes, estamos hablando que después te dedicas a 12 o 13 pacientes o más dependiendo de la institución” (I3/R: 59 al 66)

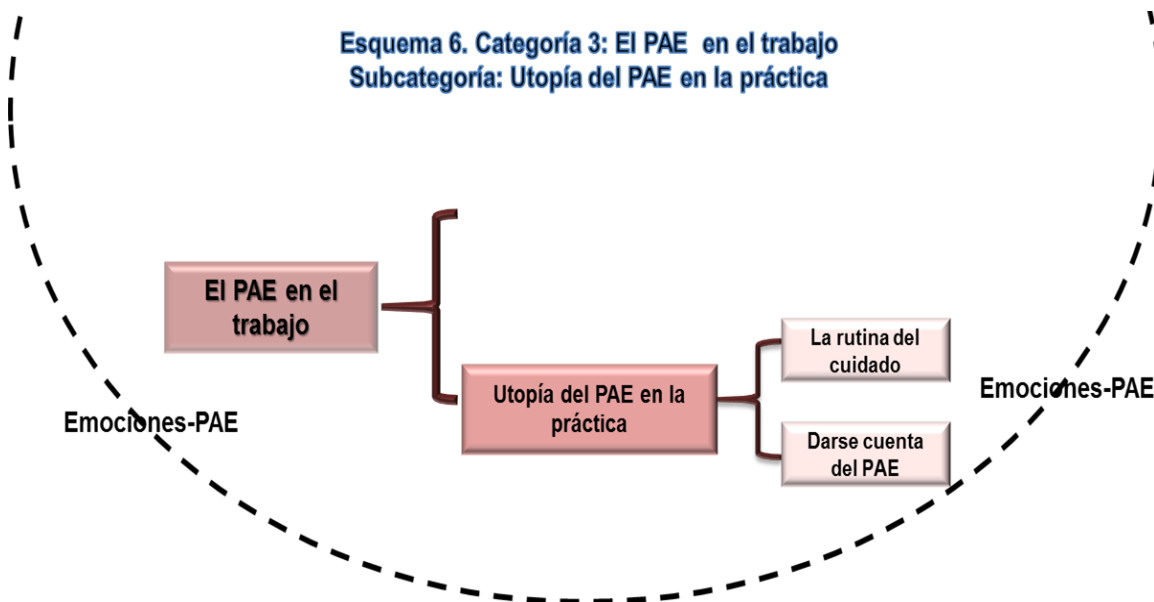
La subcategoría **Utopía del PAE en la práctica**, hace alusión a la desvinculación que existe entre la teoría y la práctica; es decir, mientras que en la escuela se enseña el Proceso como el método propio de la Enfermería para el cuidado de las personas sanas o enfermas *a posteriori* cuando las alumnas pasan a ser enfermeras clínicas no le dan esta connotación, por el contrario, lo perciben como

algo irrealizable, imposible de hacer porque la “forma” en como lo aprendieron en la escuela está muy lejana a las situaciones de cuidado que viven en la realidad hospitalaria asistencial, así lo constatan los siguientes testimonios:

“y lo aprendí [la informante se refiere al PAE] de una manera tosca, muy brusca, muy sin sentido alguno, esa es la palabra era nada más cumplir con un trabajo académico que nosotros teníamos que realizar, pero que al final de cuentas nunca llevábamos acabo, es la verdad, siempre planeábamos o hacíamos, yo hacía procesos para entregarlos y eran procesos ficticios” (I2/R: 80 al 86)

“la verdad nunca le encontré sentido al Proceso de Atención de Enfermería, en la escuela te lo enseñan de una forma que imposibilita su aplicación en los seis o incluso hasta los diez pacientes que te dejan cuando ya eres trabajador” (I6/R: 18 al 22)

A su vez en la subcategoría **Utopía del PAE en la práctica**, se reconocen dos subcategorías: **La rutina del cuidado** y **Darse cuenta del PAE** (Ver esquema 6)



Con relación a la subcategoría **La rutina del cuidado**, desde la percepción de los informantes explica porque las enfermeras clínicas no utiliza el Proceso de

Atención de Enfermería en el cuidado de los pacientes, así lo constatan los siguientes discursos:

“yo tengo 10 años laborando en el área asistencial y muchas veces o siempre hacíamos los cuidados, hacíamos lo que el paciente necesitaba para recuperar su salud o satisfacer sus necesidades que tenía, pero no nos dábamos cuenta o al menos yo no me daba cuenta que lo que estábamos haciendo era el Proceso de Atención de Enfermería (I2/R: 26 al 31).

“yo tengo varios años trabajando y sí, no me daba cuenta que estábamos haciendo una valoración que estábamos haciendo una planeación identificando los cuidados que necesitaba [la informante se refiere al paciente], sino simplemente íbamos a hacer, hacer, hacer, hacer, hacedoras completamente técnica” (I2/R: 39 al 47)

“no lo aplico [el informante se refiere al Proceso de Atención de Enfermería], tal vez porque creo que en la práctica cotidiana, ya en el trabajo tú haces una rutina, pero en esa rutina no contemplas tu plan de cuidados” (I3/R: 72 al 77)

En lo referente a la subcategoría *Darse cuenta del PAE en la práctica*, describe cómo las enfermeras clínicas transitan del “no darse cuenta” de que el Proceso de Atención de Enfermería es útil para el cuidado del paciente al “darse cuenta” de que si es útil para el cuidado de los pacientes. Éste “darse cuenta” está asociado con dos eventos: estudios posteriores al egreso de la carrera y la reflexión sobre la práctica, así lo confirman los siguientes testimonios:

“fue una transición bastante brusca, porque yo tenía que conocer la patología para poder dar un cuidado, para poder hacer un procedimiento, cuando no es así, entonces fue una etapa difícil, fue una etapa de transición que me ha costado y me costó mucho trabajo en su momento, en mi práctica docente, pues igual, porque yo aprendí el proceso de una manera diferente, cuando llego yo a la escuela, me lo empiezan a enseñar otra vez de una manera diferente y fue también una lucha entre los estudiantes y conmigo, de poder visualizar al proceso como una herramienta muy fácil, muy cotidiana, porque además están acostumbrados a como yo a hacer procesos de 30 o 40 hojas y que tenga una bibliografía bastante extensa, cuando lo único que necesitábamos era una hoja

una simple hoja o simplemente las hojas de enfermería que se manejan en las instituciones, eso era el proceso, visualizar el proceso en una sola hoja fue una situación hasta cierto punto difícil, poder ubicar todo lo que era un proceso en una simple hoja” (I2/R: 55 al 71)

“para poder yo hacerlo [la informante se refiere al darse cuenta], tuve que comprender que no necesitaba conocer la patología, necesitaba conocer y saber muy bien cómo hacer una valoración, entonces creo que el factor más, más importante es directamente el conocimiento, la adquisición de un conocimiento a la mejor ya ni siquiera nuevo más bien una actualización de ese conocimiento, uno de los libros que a mí me manejaron como estudiante fue el de Alfaro, que hasta la fecha sigue vigente y creo que no ha tenido modificaciones ese libro y las que ha tenido han sido mínimas, entonces sigue siendo el mismo conocimiento pero desde un ángulo completamente diferente relacionado con el conocimiento disciplinar de la enfermería” (I2/R: 103 al 115)

“actualmente me encuentro realizando el postécnico de administración y a través de mis materias de enfermería me he dado cuenta que sí aplico el PAE” (I4/R: 8 al 10)

V. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación, acerca de los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería indican que las experiencias de aprendizaje que ellas tuvieron durante su formación escolar son la fuente a partir de la cual construyen sus significados; es decir, hacen una traslación de esas experiencias al ámbito laboral.

El estudio de Ledesma y Rino (2009) coincide con este señalamiento, en el sentido de que las condiciones en como las enfermeras clínicas en la escuela aprendieron el proceso de enfermería, son diferentes a las condiciones que enfrentan en la realidad compleja en la que se desenvuelven. A continuación se describen esas condiciones:

En la práctica clínica, el proceso de atención de enfermería se aprende con uno o pocos pacientes; los pacientes son seleccionados por la alumnas y solo en algunos casos es designado por la docente enfermera; el tiempo en que se hace el proceso corresponde al mismo tiempo en que se lleva a cabo la práctica clínica el cual puede variar de dos hasta 10 semanas, a demás, a lo largo de ese tiempo existe un momento en particular para que se realice cada fase del proceso. Para su calificación, el proceso se entrega como un trabajo escrito que tiene una estructura la cual puede variar pero en general incluye: la portada, el índice, la introducción, los objetivos, el marco teórico, la metodología de trabajo, la valoración de enfermería, el plan de cuidados, el plan de alta, conclusiones y bibliografía.

En contraste, en el ámbito laboral, la enfermera no elige a los pacientes por el contrario le son asignados, la cantidad de pacientes que puede tener varía de 6 a 10; el tiempo en el que debe atender al paciente y realizar otras actividades que le son conferidas es el propio de la jornada laboral; por último, el reporte de las intervenciones que llevo a cabo para la atención del paciente las registra en un

documento identificado como “hoja de enfermería”, la cual tiene espacios limitados y cualquier fallo en su llenado obliga a la repetición.

Estas condiciones marcan una paradoja entre la teoría y la práctica, porque mientras que por un lado se busca que los alumnos conciban al proceso como un método reflexivo que guía y organiza la práctica profesional de la enfermera y como un instrumento que favorece la interacción entre la enfermera y la persona cuidada, su aprendizaje solo se limita a “cómo hacer” el proceso; es decir, propicia un aprendizaje lineal, prescriptivo, fragmentario, enciclopédico y acrítico.

Esta forma de aprender el proceso tiene su sustento en la pedagogía tradicional, el conductismo y la racionalidad técnica.

La pedagogía tradicional es una tendencia que tuvo su mayor auge y desarrollo en el siglo XIX, sus ejes centrales lo constituyen el texto y el profesor. Se enfatiza el contenido, en el texto y en la transmisión del conocimiento y de valores a través de la palabra del docente. Se pretende la memorización de un gran volumen de información. Se le exige al profesor una gran preparación académica, con un gran dominio de su materia; en eso estriba fundamentalmente su autoridad ante los estudiantes y ante la sociedad. También se le exige determinadas cualidades personales que le permitan hacer uso de su autoridad y a la vez mantener el orden y la disciplina deseados. Al estudiante le corresponde obedecer, escuchar y ser depositario del conocimiento. Su actividad se limita en cierta medida a la memorización sin una debida reflexión crítica (Ortiz, 2008).

Por tanto, desde esta perspectiva se exige la mecanización de la información, el razonamiento es ajeno a las características de los alumnos, los contenidos se ofrecen aislados y desvinculados de la realidad e interesa el volumen de la información

Las nociones de la pedagogía tradicional, ayudan a explicar en gran medida el carácter lineal del aprendizaje del proceso de enfermería. En el aula, el abordaje de la enseñanza de las fases del proceso se hace de forma separada, pero siguiendo un orden; es decir, primera fase: valoración, segunda fase: diagnóstico, así sucesivamente hasta llegar a la quinta fase restando importancia a la interacción e interrelación que existe entre cada una de las fases negando su característica de ser dinámico. Esta imagen “aprendida” en el aula se traslada a la práctica clínica, en la que la metodología de aplicación del proceso de enfermería se hace en diferentes momentos. Al separar las etapas del proceso de enfermería, de alguna manera se fragmenta el pensamiento reflexivo de los alumnos; es decir, en el momento de la acción de cuidado, el alumno no logra discernir con claridad que para determinar el diagnóstico tuvo que organizar y clasificar la información, analizarla, actividad que en enfermería se le reconoce como proceso diagnóstico.

En la necesidad de dar a la actividad de la enfermera el carácter de científica, las intervenciones que ejecuta la enfermera deben de ser fundamentadas a partir del conocimiento científico particularmente de aquel que se desprende de la perspectiva empírico-analítica, así la docente de enfermería determina que dentro de la estructura escrita del proceso de atención de enfermería el desarrollo de un marco teórico que le dé “sustento científico”, incluyendo temas como: la fisiología del órgano o de los órganos afectados, la fisiopatología de la o de las enfermedades que padece el paciente, la farmacodinamia y farmacocinética de los medicamentos entre otros temas. Así la categoría el PAE escolar y sus subcategorías: escribir mucho haciendo el PAE y trabajar mucho para hacer el PAE se materializan. En este sentido, se da prioridad a la acumulación y memorización de la información restando importancia al pensamiento reflexivo, de esta manera el alumno es concebido como un ser pasivo y depositario del conocimiento existente.

Esta concepción se ve fortalecida por la racionalidad técnica la cual se concibe como una epistemología de la práctica que deriva de la filosofía positivista.

Al recibir enfermería una influencia epistemológica del enfoque biomédico, incorpora el método de las ciencias naturales, o sea, el método científico, propiciando que incorpore a sus procesos de enseñanza-aprendizaje la racionalidad técnica, en la cual la condición de ser humano se reconoce desde sus acciones productivas, desde sus fines y no desde sus procesos, desde lo cuantitativo y no desde lo cualitativo, desde lo biológico y no desde lo cultural, con una concepción sobre la formación condicionada a intereses y a competencias; por lo que interesa más “el cómo enseñar”, que “el cómo aprender”.

La racionalidad técnica defiende la idea de que los profesionales de la práctica solución problemas instrumentales mediante la selección de los medios técnicos más idóneos para determinados propósitos. Los profesionales de la práctica que son rigurosos resuelven problemas instrumentales bien estructurados mediante la aplicación de la teoría y la técnica que se derivan del conocimiento sistemático, preferiblemente científico (Schön, 1992).

En la racionalidad técnica predomina la *tejné*; es decir, la técnica asociada con el hacer: el alumno aprende la aplicación de normas y técnicas derivadas de la investigación científica mediante un modelo deductivo-aplicacionista donde la teoría y la práctica se separan

Esta concepción se materializa en el Proceso de Atención de Enfermería ya que en la metodología marcada por la docente, de cómo hacer y aplicarlo en la práctica clínica, como un criterio para su evaluación-calificación, en la fase de planificación se hace énfasis sobre la “fundamentación científica” de las intervenciones de enfermería, bajo la creencia de que de esta manera las alumnas aprenden a aplicar el conocimiento en la resolución de los problemas que afectan la salud de los pacientes, llevándolas a integrar extensos marcos teóricos los cuales daban el “argumento científico” que permitía fundamentar las intervenciones de enfermería en el plan de atención. Estos dos elementos (marco teórico-plan de atención) eran considerados como elementos para asignarle una

calificación al trabajo escrito nombrado “proceso de atención de enfermería”. Por supuesto, de alguna manera y en algún momento entre los alumnos se configuro la creencia de que mientras más información tuviera el marco teórico mejor sería la calificación.

De esta forma, cuando la enfermera clínica visualiza el PAE en el trabajo, los asocia con el “tener más trabajo”, porque a su memoria se incorpora el recuerdo de que en la etapa escolar hacer el PAE, significaba escribir mucho situación que le requiere tiempo y ahora en la realidad concreta de su trabajo, visualiza que el tiempo de la jornada laboral es insuficiente, porque el mismo trabajo que hacía para entregar un proceso-escolar, ahora lo tiene que replicar para 5, 6,7 o hasta 10 pacientes, así lo validan los resultados de los estudios de Orozco, Altamiranda, Camargo y Vásquez (2002), Pérez, Sánchez, Orozco e Ibarra (2006), Gutiérrez (2009), Rojas y Pastor (2009), Ledesma y Rino (2009) y Pecina (2010)

La falta de vinculación entre la teoría y la práctica está presente en el discurso de las informantes y da paso a la subcategoría Utopía del PAE.

Pérez (2002) afirma que desde el punto de vista docente siempre se debe de procurar que exista una coherencia entre la formación teórica y la formación práctica, para evitar que aparezca lo que Venman (1984) llamó “shock de la realidad”. Este shock, es provocado por la discrepancia entre cómo se cree que deberían de ser las cosas y cómo son en realidad, creando desorientación y angustia en los estudiantes, en este caso, en las enfermeras clínicas y tal vez, este sea uno de los factores responsables de las emociones percibidas en los informantes con relación al PAE en el trabajo.

La falta de vinculación entre la teoría y la práctica se relaciona con las condiciones en que las alumnas aprenden el proceso de enfermería, en contraste con las condiciones que en la realidad ellas experimentan en el desempeño de sus actividades laborales y en la atención de sus pacientes.

La vinculación teoría-práctica en Enfermería es compleja porque en ella participan sectores como el asistencial, el docente y el gestor. Pérez (2000) afirma que esta división en lugar de suponer un enriquecimiento de todo el colectivo de enfermería, provoca más bien un estado de permanente conflicto, ya que cada uno de ellos proyecta una imagen distinta marcada por sus objetivos particulares, los cuales, parecen ir en direcciones distintas.

En el caso de enfermería, las enfermeras clínicas piensan que las docentes enfermeras no preparan a los alumnos para enfrentarse a la realidad; los docentes, a su vez, defienden la idea de que las enfermeras clínicas no asumen su compromiso docente y que son reacios a abrirse a las nuevas tendencias que marcan el desempeño profesional de enfermería.

Estas aseveraciones coinciden con dos subcategorías identificadas en el estudio de Ledesma y Rino (2009): “diferente de la aprendido” y “con pérdida de continuidad en su hacer. En los resultados de este estudio, se reporta que las enfermeras expresaban que en el trabajo cotidiano, el proceso de enfermería utilizado es diferente del aprendido, con pérdida de continuidad en su hacer, estableciendo comparaciones con experiencias en la graduación, cuando fue enseñado con enfoque individual, en pocos pacientes, haciéndolo paso a paso en situaciones escogidas, diferente de la diversidad que experimentan.

Para modificar esta situación y establecer la relación entre la teoría y la práctica, autores como Shôn (1998), Medina (1999), Mendoza (2003) y más recientemente Rodríguez y Cárdenas (2011) han sugerido que los aprendizajes de los alumnos en la clínica sean a partir de la práctica reflexiva, la cual es una visión en la que se propone la reflexión sobre la acción; es decir, se debe de considerar que cada situación o experiencia de cuidado es única y se encuentra inmersa en una realidad determinada y cuya resolución radica en la acción desde la reflexión.

Por otro lado, las enfermeras identifican a la “rutina” como un elemento objetivo y sustancial de su actividad laboral, en la cual no se incluye al Proceso de Atención de Enfermería.

Este dato coincide con el encontrado por Ledesma y Rino (2009), en su investigación, ellas encontraron que las enfermeras identifican al proceso de enfermería como “acciones de cuidado rutinario”, pero que no se daban cuenta de que lo estaban aplicando. Esta coincidencia también se dio en el presente estudio dando paso a la subcategoría “el darse cuenta”.

Al respecto Medina (1999) menciona que las estudiantes de enfermería, a través de la socialización profesional, aprenden a pensar y a actuar en las formas que son definidas por los grupos tradicionalmente dominantes en los sistemas de salud; formas que ellas aceptan como puntos de vista naturales de la realidad social, donde la educación enfermera no es simplemente un proceso de aprendizaje sino que ayuda a crear y legitimar formas de conciencia que refuerzan y legitiman las estructuras hegemónicas.

Esas estructuras hegemónicas a las que se hace referencia descansan en las relaciones de poder entre la Medicina y la Enfermería, lo que ha obligado a las enfermeras a interiorizar una actitud de subordinación y sumisión respecto a la medicina, estatus que se reproduce en las instituciones hospitalarias y se refuerza en las escuelas.

Cohen (1988), define la socialización profesional como el complejo proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión. En ella están en juego la asimilación de los valores y las normas del grupo en el comportamiento y el concepto que la persona tiene de sí. Así el resultado final de la socialización profesional deberá ser que la persona adquiera las competencias técnicas y los valores asimilados que exige la profesión.

Según Cohen (2008) existen dos tipos de condiciones sociológicas que intervienen en el proceso de socialización profesional: las culturales y las estructurales.

El clima cultural de la profesión condiciona las normas de comportamiento y las actitudes, tanto como para los estudiantes como para los profesionales, y puede incluir expectativas manifiestas y encubiertas de si cada grupo alcanzará las normas prescritas.

Las condiciones estructurales, son los factores subyacentes en cualquier situación y las reglas que especifican las relaciones entre esos factores. La estructura del entorno sociológico define la serie de posiciones o roles en que las personas pueden encajar sin tener en cuenta sus características individuales, así como las relaciones prescritas entre estas posiciones, de tal manera que uno de los factores fundamentales para comprender porque las enfermeras cuidan como lo hacen radican según Medina (1999), no tanto en las intenciones explicitas de las organizaciones en las que ejercen, sino en los efectos que la estructura y funcionamiento de la institución hospitalaria tiene en los esquemas de significado que rigen el comportamiento de las enfermeras profesionales. En las instituciones hospitalarias a través de procesos siempre implícitos de socialización o de inducción profesional se producen una serie de aprendizajes sociales, independientes de los aprendizajes formativos y ocupacionales que son explícitamente pretendidos por la institución. Así, el Proceso de Atención de Enfermería se constituye en un aprendizaje formativo no relacionado con los aprendizajes sociales de la profesión siendo sustituido por el concepto de “rutina” el cual no incluye la aplicación práctica del PAE.

El “darse cuenta” se relaciona con el proceso de deconstrucción el cual es entendido como un proceso individual y/o colectivo de búsqueda de nuevos significados y de sentidos innovadores.

La deconstrucción como método reflexivo de cuestionamiento crítico de la realidad ayuda a examinar las estructuras teóricas que cada sujeto ha asimilado, frecuentemente de manera acrítica, durante su trayectoria formativa y profesional. Gracias al desaprendizaje se puede examinar críticamente el horizonte de significados que estructuran nuestra percepción de la realidad y nuestro modo de estar en el mundo. Ese cuestionamiento permite evocar el camino que ha conformado nuestras construcciones personales e identificar las lagunas, los vacíos y las contradicciones de nuestros marcos categoriales (Medina, 2008)

VI. CONCLUSIONES

- Los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería tienen su origen en las experiencias de las enfermeras clínicas durante su proceso de formación escolar. Estos significados son trasladados al ámbito laboral en donde el proceso de enfermería es reconocido de forma diferente a la descrita en la literatura. En las instituciones hospitalarias, las enfermeras lo identifican como un elemento que representa “más trabajo”; es decir, en lugar de ser un instrumento, o herramienta que facilite la organización de su trabajo y que mejore la calidad de la atención del paciente, para ellas representa el tener “más trabajo”.
- Esta forma de aprender y significar el proceso de enfermería se relaciona con las concepciones filosóficas y epistemológicas vinculadas con la educación, el aprendizaje y la enfermería. La pedagogía tradicional, el conductismo, la racionalidad técnica y el enfoque biomédico se confabulan para que el aprendizaje del proceso de atención de enfermería se enseñe y aprenda de manera lineal, prescriptiva, fragmentaria, acrítica y enciclopedista.
- La categoría el PAE escolar y sus subcategorías: Escribir mucho haciendo el PAE y trabajar mucho haciendo el PAE, son consecuencia de los postulados que permean a la pedagogía tradicional la cual en particular se centra en el texto y en el profesor. Así el proceso de atención de enfermería en su visión escrita, introduce como un componente primordial el “marco teórico” que a consideración del profesor, evidencia los aprendizajes de los alumnos y además le garantiza que el hacer del alumno queda sustentado en el conocimiento científico; es decir, que las intervenciones de enfermería planificadas y ejecutadas encuentran su sustento y explicación en el conocimiento científico y justamente es así como el enciclopedismo se convierte en una característica inherente al proceso de enfermería.

- La racionalidad técnica se constituye en un medio que permite a las enfermeras validar bajo un sustento científico su actuar profesional. Así el enciclopedismo vertido en el proceso de atención de enfermería se convierte en el sustento científico que a consideración de la docente enfermera, evidencia los conocimientos que el alumno ha obtenido.
- Las enfermeras clínicas hacen una transferencia de sus experiencias de cómo aprendieron a hacer “el PAE escolar”, al “PAE en el trabajo”: El PAE involucra dos subcategorías: “Escribir mucho haciendo el PAE” y “trabajar mucho haciendo el PAE”, estas dos subcategorías son las que posteriormente van a permear la categoría “el PAE” en el trabajo, propiciando que ellas consideran que hacer el proceso de atención de enfermería en el ámbito laboral significa “más trabajo” y poco tiempo para hacerlo.
- El proceso de enfermería de forma objetiva y evidente no forma parte de las “rutinas” que realizan las enfermeras para la atención de los pacientes; sin embargo, después de ciertos procesos mediatizados por de dialogo con otras enfermeras que si identifican al proceso como parte de la “rutina”, las enfermeras clínicas “se dan cuenta” de que el proceso de atención de enfermería está presente pero de una forma diferente a la aprendida.
- De acuerdo a los datos, este “darse cuenta” también está asociado con la reincorporación a estudios posteriores a la carrera, particularmente aquellos que se relacionan con la educación continua (cursos, diplomados, etc.).

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones parten de las reflexiones que la investigadora ha hecho en torno a los hallazgos encontrados en la tesis:

1. Promover la formación docente inicial y permanente.

La formación docente debe de constituirse en una responsabilidad y compromiso moral del docente. Su importancia radica en que le permite tener una actitud reflexiva ante su práctica docente, además, le ayuda a obtener los conocimientos, y a desarrollar las habilidades y actitudes requeridas para un buen ejercicio.

La formación, debe de proporcionar al docente los conocimientos psicopedagógicos que le ayuden a comprender las perspectivas filosóficas y epistemológicas que permean el Plan de Estudios del cual va a ser participe, a seleccionar las estrategias pedagógicas que faciliten su actuación didáctica, a comprender los procesos y métodos de enseñanza, así como los procesos y métodos de aprendizaje. La formación docente debe de constituirse en un proceso de inducción inicial a la docencia y en un proceso continuo que da la oportunidad y los medios para capacitarse en la delicada y especializada tarea de formar.

2. Propiciar la formación disciplinar en Enfermería.

No es suficiente ser una excelente enfermera clínica para asumir la responsabilidad que implica la docencia en enfermería, la enseñanza de la Enfermería, implica los valores y creencias de la profesión; por tanto la docente enfermera debe de ser conocedora y experta del conocimiento disciplinar de la Enfermería. En la comprensión de la filosofía y epistemología de la enfermería, de su marco conceptual y de su método encontrará las bases que le ayuda en a elegir las mejores estrategias didáctica para el abordaje de la enseñanza de la enfermería.

3. Incorporar al currículo de enfermería propuestas pedagógicas y didácticas congruentes con postulados que plantea el cuidado, como la pedagogía humanista se convierte en una propuesta que debe de constituirse como un eje curricular, así como teorías centradas en el aprendizaje sociocultural sustentadas en el constructivismo.

4. Para la enseñanza del proceso de atención de enfermería se sugiere incorporar estrategias diferentes a las actualmente utilizadas, tales como: el diario reflexivo, el análisis de las narrativas de situaciones de enfermería, estudio de casos, entre otras. Existe evidencia científica de origen español y colombiano que evidencia el efecto de estas estrategias en los aprendizajes de los alumnos.

Bibliografía

- 1 Alfaro, L. Rosalinda (1986). Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Barcelona: Ediciones Doyma.
- 2 Alfaro, L. Rosalinda (1999). Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía paso a paso Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- 3 Alfaro-Lefevre, Rosalinda (1997). El Pensamiento Crítico en Enfermería. Un Enfoque Práctico. México: Masson, S.A.
- 4 Alfaro, L. Rosalinda (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Elsevier Doyma.
- 5 Álvarez-Gayou, J.L. (2005). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- 6 Amezcua, Manuel y Gálvez Toro, Alberto (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexión en voz alta. En: Revista Española de Salud Pública. Septiembre-octubre 2002, Vol. 76 (5): 423-436. ISSN: 1135-5727 [Internet] [Consultado el 13 de noviembre de 2004] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000500005>
- 7 Atkinson Leslie D y Murray Mary Ellen (1985). Proceso de Atención de Enfermería. México: El Manual Moderno, S.A de C.V.
- 8 Benavent, Garcés Ma. Amparo, et.al (2003). Fundamentos de Enfermería. (2ª. ed) Madrid-Valencia: Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
- 9 Benner, P. (1987). Práctica Progresiva en Enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo.

- 10 Bolseguí, Milagros y Fuguet, S. Antonio. Construcción de un modelo conceptual a través de la investigación cualitativa. En. Rev. Sapiens. Año/Vol 7. Junio, Número 007. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas-Venezuela.
- 11 Carpenito, Linda Juall. (1998). Manual de diagnóstico de enfermería. Madrid-España: Interamericana.
- 12 Carpenito, Linda JUall (1983). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Madrid-España: Interamericana MacGrawHill.
- 13 Castillo Parra, Silvana y Medina Moya, José L. La enseñanza de la enfermería como práctica reflexiva. Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC, Brasil. Abril-Junio 2006. Vol. 15 (002): 303-311[Internet] [Consultado el 30 de octubre de 2012] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415215.pdf>
- 14 Collière, Marie Françoise (2009). Promover la Vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill.
- 15 Comisión Interinstitucional de Enfermería (2001). Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. Secretaría de Salud. Subcomisión de Innovación y Calidad.
- 16 Diccionario MOSBY (2003). Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Volumen II. Madrid: Elsevier.
- 17 Dochterman, JM, Bulechek G (2004). Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC). St. Louis, MO: Mosby; 2004.

- 18 Ennis, R. (1992). Critical thinking: What is it? Proceedings of the Forty-Eighth Annual Meeting of the Philosophy of Education Society Denver, Colorado, March 27-30.
- 19 Fernández, Ferrin Carmen y Novel, Marti Gloria (1993). El Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona: Masson-Salvat.
- 20 Fernández Núñez, Lissette (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí LaRecerca. Octubre, 2006. ISSN: 1886-1946. Depósito legal: B.20873-2006. [Internet] [Consultado el 30 de octubre de 2011] Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
- 21 Fuerbringer M, et al (1995). Enfermería, Disciplina Científica. México: Ed. Universitaria Potosina.
- 22 Iyer, Nthan, et.al (1997). Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana.
- 23 Jiménez, de Esquenazi Teresa y Gutiérrez de Reales Edilma (1997). El Proceso de Enfermería. Una Metodología para la Práctica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Santafé de Bogotá-Colombia: Orion Editores.
- 24 Kozier, Barbara y Er, Glenora y Olivieri Rita (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. España: McGraw-Hill. Interamericana.
- 25 Leininger, Madeleine (1994). La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden.

- 26 Luis, R. María Teresa, Fernández F. Carmen y Navarro, G. María Victoria (2005). De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. España: Elsevier-Masson
- 27 Luis, R María Teresa (2003). Los diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. España: Elsevier-Masson
- 28 Medina, José Luis (1999). La pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Barcelona: LaErtes.
- 29 Mertes, L. (1991). Thinking and writing. Middle School Journal, 22, 24-25.
- 30 Marriner Tomey A y Raile Alligood M (1983). Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Harcourt.
- 31 Marriner Tomey A y Raile Alligood M (2007). Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid-España: Elsevier.
- 32 Miller y Keane (1996). Diccionario Enciclopédico de Enfermería. Argentina: Panamericana.
- 33 Meleis, A (1997). Theoretical nursing: Development and progress. Philadelphia, J.B Lippincott.
- 34 Moorhead, S y Johnson, M y Maas M (2005). Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Madrid-España. Elsevier
- 35 Murray, Ellem Mary, Atkinson Leslie D y Atkinson Mark (1996). Proceso de Atención de Enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana.

- 36 McCloskey, J y Bulechek, G (2007). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Madrid-España: Elsevier.
- 37 NANDA-Internacional (2008). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2007-2008. Barcelona-España: Elsevier.
- 38 NANDA-Internacional (2010). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2009-2011. Barcelona-España: Elsevier.
- 39 Newman, M.A; Sime, A.M y Corcoran-Perry, S.A (1991) The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science.
- 40 Ortiz Ocaña, Alexander L (2008). Pedagogía de la Educación Superior y Docencia Universitaria. Colombia: Corporación Universitaria de la Costa (CUC). Departamento de Pedagogía.
- 41 Phaneuf, Margot (1993). Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Orientación dirigida al diagnóstico de enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill
- 42 Rodríguez Jiménez, Sofía y Cárdenas Jiménez, Margarita (2011). La tutoría clínica reflexiva. Un modelo de práctica docente en enfermería. México: Porrúa.
- 43 Rodríguez, G. Gregorio, Gil, F. Javier y García, J. Eduardo (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. México: Ediciones Aljibe.
- 44 Rubio, D. Severino, Zarate, G. Rosa A y Balseiro, A. Lasty (2010). Organización de la Investigación en la ENEO. Grupos, líneas y proyectos. México: Miguel Ángel Porrúa

- 45 Scriven, M., & Paul, R. (1992, Noviembre). Critical thinking defined. Handout given at Critical Thinking Conference, Atlanta, GA.
- 46 Shôn, Donald A (1998). El profesional reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós.
- 47 Yura, H & Walsh, M.b (1982). El Proceso de Enfermería: Valoración, planificación, implementación y evaluación. España: Atalambra.

Referencias electrónicas:

- 1 Abaunza de González, Myriam (2007). ¿El Proceso de Enfermería hace parte de la Calidad del Cuidado. Revista Avances de Enfermería. 2007 XXV (2): 147-147. [Citado el 21 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a13.pdf>
- 2 Aguilera Serrano, Yudith; Zubizarreta, Estévez, Magdalena y Castillo Mayedo, Juan A (2005). Estrategias para fomentar el pensamiento crítico en Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería. En: Revista Educación Medica Superior de la Facultad de Ciencias Médicas “Julio Trigo López” la Habana-Cuba [Internet]. 2003 Vol. 19 (4) [Citado el 22 de enero de 2012]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_4_05/ems05405.pdf
- 3 ANUIES (1975). Proceso de Atención de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Revista de la Educación Superior. Vol. 5. Julio- Septiembre, 1976. [Internet]. [Consultado el 13 de marzo de 2011] Disponible en: <http://publicaciones.anui.es.mx/revista/19/2/1/es/el-proceso-de-atencion-de-enfermeria>
- 4 Brito Brito, Pedro R (2009). Diagnósticos Enfermeros Priorizados en Atención Primaria. Revista Electrónica Enfermería Global. Junio-2009 Vol. 8 No. 2

- (16). ISSN 1695-6141[Internet]. [Consulta el 03 de enero de 2011]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/5951/showToc>
- 5 Castaño Mora, y Cols. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la Atención Domiciliaria de Personas con Enfermedad Mental. Revista Electrónica Enfermería Global. Vol. 11 No. 4 (28): 41-51 [Internet]. [Consultado el 05 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/148321/138541>
 - 6 CENSIDA. Informe Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y de comportamiento. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. CENSIDA, SS, 2008. [Citado el 03 de febrero de 2012.] Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/etica/Informe_Belmont-11-2008.pdf
 - 7 Cohen, J. A (1991). Dos divisiones del cuidado: Una comparación de las artistas Leininger y Watson. Agosto 1991 16(8):899-909. Antología para la asignatura de Epistemología y Enfermería del Programa de Maestría de la Universidad Nacional de Colombia. Sede: Bogotá. Facultad de Enfermería (posgrado), 2012. Disponible en CD
 - 8 Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Comité de Evaluación (2011). Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudios de las Carreras de Enfermería [Internet]. [Consultado el 31 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/
 - 9 Comisión Permanente de Enfermería (2011). Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) [Internet].

- [Citado el 12 de Enero de 2012]. Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remoitory&Itemid=90&func=fileinfo&id=134
- 10 Comisión Permanente de Enfermería (2012). Catalogo Nacional de Planes de Cuidados [Internet]. [Citado el 03 de noviembre de 2012]. Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/
 - 11 Consejo Internacional de Enfermería-CIE (2011). Pilares y Programas. [Citado el 03 de mayo de 2012]. Disponible en:
<http://www.icn.ch/es/pillarsprograms/pillars-and-programmes/>
 - 12 Consejo Internacional de Enfermería-CIE (2011). Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE). [Citado el 03 de mayo de 2012]. Disponible en:
<http://www.icn.ch/es/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>
 - 13 Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Instrucción 113/2008. Enfermería PLACE. [Internet] [Consultado el 13 de julio de 2009) Disponible en:
www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/Instruccion_113.pdf
 - 14 Duran de Villalobos, Ma. Mercedes (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Electrónica Aquichan. Octubre de 2005. Año 5. Vol (1), [Intertet] [Consultado el 28 de septiembre de 2010] Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62>
 - 15 Kise Larson, Norma (2004) The concepts of caring and story from three nursing paradigms. International Journal of Human Caring. 2000 Summer 2000. 4(2): 26 – 31. Traducido por: Edilma de Reales Profesora Honoraria, Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de

Colombia, 2001. Antología para la asignatura de Epistemología y Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede: Bogotá. Facultad de Enfermería (posgrado), 2012. Disponible en CD

- 16 González Ávila, Manuel. Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), Para la Educación la Ciencia y la Cultura [Internet]. [Citado el 03 de Febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.oei.es/salactsi/mgonzalez5.htm>
- 17 González Salcedo, Priscila y Chaves Reyes, Alida Mireya. Proceso de Atención de Enfermería desde la Perspectiva Docente. Revista Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo. Julio-Diciembre 2009. Vol. 11 (2): 47-76. ISSN (Versión impresa): 0124-2059 [Internet]. [Citado el 05 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=145220480004>
- 18 Hernández, C. Abdul y Guardado de la Paz, Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2004, Vol.20, (2): 1-1. ISSN 0864-0319 [Citado el 28 de febrero de 2012] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_2_04/enf07204.htm
- 19 Materias Comunes y Atención Primaria (2003) Manual Para el Diplomado de Enfermería. ATS/DUE. Módulo I. España: MAD, S.L. [Internet]. [Citado el 03 de enero de 2012]. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=Qf6jrrkum7gC&pg=PA104&dq=Proceso+de+Atencion+de+Enfermeria&hl=es&sa=X&ei=jXcOT7PFOqTO2AW7oc3eAg&ved=0CDQQ>
- 20 Mendoza Norelis Josefina. La importancia de la relación teoría-práctica-investigación en la docencia universitaria de Enfermería. Revista Educare21

- 2003; 2. [Internet] [Consultada el 10 de agosto de 2012] Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/ensenando/ensenando3.htm>
- 21 NANDA-Internacional (Internet). [Citado el 13 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.nanda.org/Home.aspx>
- 22 Ostigúin Meléndez, Rosa María y Bermúdez Gonzales, Alfredo (2008). Reflexiones interacadémicas sobre el Proceso de Atención de Enfermería. Revista Enfermería Universitaria. Enero-Marzo 2008, Vol. 5 (1): 41-44 [Internet] [Consultado el 15 de octubre de 2012] Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30274>
- 23 Pérez Hernández, María de Jesús (2002). Operacionalización del Proceso de Atención de Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Mayo-agosto 2002. Vol 10 (2): 62-66 [Internet] [Consultado el 13 de diciembre de 2010] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
- 24 Quintero, Crispín Ana Laura. "Una reflexión sobre el desarrollo de la investigación en enfermería" (2005). Revista Episteme. Enero-Marzo 2005, No.3 Año. [Citado el 12 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero2-05/>
- 25 Rodríguez, Lilia (2010). Valores, ética y práctica de Enfermería. [Internet] [Consultado de 26 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2439/2/Valores,Etica-y-Practica-de-Enfermeriam>
- 26 Rodríguez Campo, V y Valenzuela Suazo, S (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Revista Enfermería Global. Octubre de

2012. (29): 317-322 [Internet] [Consultado el 05 de noviembre de 2012]
Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141391/139041>
- 27 Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. [Citado el: 12 de febrero de 2012].
Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
Swanson, Kristen M (1993). Enfermería como cuidado argumentado para el bienestar. *The Nursing scholarship*. Mayo 1993, Vol. 25 (4): 352-357. Traducción Edilma de Reales 2008. Antología para la asignatura de Epistemología y Enfermería del Programa de Maestría de la Universidad Nacional de Colombia. Sede: Bogotá. Facultad de Enfermería (posgrado), 2012. Disponible en CD.
- Torres Esperón, JuliaM y Pérez Sánchez, América (2002). Aspectos ético-sociales de los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2002 28 (3). [Internet] [Consultado el 30 de septiembre de 2010] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_3_02/spu08302.htm
- 28 Urrua M, Eugenia y cols (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Revista Ciencia y Enfermería*. XVII (3): 11-22, 2011 ISSN 0717-207 [Internet] [Consultado el 05 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
- 29 Watson, Jean (1988). Enfermería: Ciencia Humana y Cuidado Humano en Enfermería. Una teoría de Enfermería. *National League for Nursing*. (1988): 9-31. Adaptación y traducción: Beatriz Sánchez
- 30 Zarate, G. Rosa A (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enfermería* [Internet]. 2004, Vol.13, No.44-45, pp. 42-46. ISSN 1132-1296. [Citado el 22 de abril de 2012]. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113212962004000100009&script=sci_ar
ttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113212962004000100009&script=sci_ar
ttext)

Reportes de Investigación revisados:

- 1 Alcalá de Haro, Norma Angélica, Gómez Baéz, Ma. Socorro, Hernández Lara, Jesús A, Delgadillo Legaspi, Luz María y Zavala Gamez, Evelia. Factores asociados con el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el Proceso de Atención de Enfermería. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (RESPYN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León [Internet]. Edición Especial. 2002, No. 5 [Consultado el 20 de febrero de 2004] Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/fororegional/045.htm>
- 2 Aguilar Serrano, Leonor, López Valdez, Margarita, Bernal Becerril, Martha Lilia, Ponce Gómez, Gandhy y Rivas Espinosa, Juan Gabriel. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación (2008). Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2008, Vol 8. No. 16 (1): 3-6 [Consultado el 12 de marzo de 2011] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim081b.pdf>
- 3 Brito Brito, PR, DE Armas Felipe, JM, Crespo Gómez, A y Aguirre Jaime, A. Factores Asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en Atención Primaria. Revista Electrónica Enfermería Global. Octubre de 2011 Vol.10 No. 4 (24): 189-199. ISSN 1695-6141[Internet]. [Consultado el 03 de diciembre de 2011] Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137451/124771>
- 4 Castro Duran, Francisca, Montalvo Córdova, Elda Y, y Ayala Atrian, Sara. Proceso de Atención de Enfermería (PAE), su conocimiento y registro en

- segundo y tercer nivel de Atención Médica (2001). Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (RESPYN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León. 2001. Edición Especial No. 1 [Internet]. [Consultado el 05 de noviembre de 2006] Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imss_v/59.htm
- 5 Díaz Zamora W, Nieto Galvis C. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. [En línea] <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-utilizacion.htm>
- 6 Duanys Neyra, Norvelis y Llorente Yasell B. Proceso de Atención de Enfermería en el nivel primario de salud. Revista Cubana de Enfermería. 2000, Vol.16 (3): 180-184 [Internet] [Consultada el 14 de octubre de 2004] Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/fororegional/045.htm>
- 7 Feria Lorenzo, Diego José; Macías Rodríguez, Ana Carmen; Romero Corchero, Marina; Mena Navarro, Francisco J y Valderrama Martín; Antonia. Valoración del método de trabajo que utilizan los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario del Servicio Andaluz de Salud. Revista Metas de Enfermería. Julio-Agosto 2000. III (21): 41-48.
- 8 Izquierdo Carrasco, Juan Miguel, Pérez Badia, María Belén, Ramírez Rodríguez, Francisco J y Torres Montero, Inmaculada. Implantación del proceso enfermero. Revista Rol de Enfermería. Vol.25 (7-8): 488-493.
- 9 García Juárez, González Cobos, Roberto, Viniestra Velásquez, Leonardo y Jiménez Vázquez, Maricela. Evaluación de la Aptitud Clínica a través de la Metodología del Proceso de Enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2001. Vol. 9 (3): 127-131 [Internet] [Consultado el 24 de julio de 2004] Disponible en:

http://imss.mx/publicaciones/salud/enfermeria/Documents/2001/3_127-131.pdf

- 10 García Núñez, Mónica G y Matus Miranda, Reyna. Aptitud clínica en estudiantes ante situaciones clínicas complejas. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002. Vol. 10. (3): 31-136. [Internet] [Consultado el 24 de julio de 2004] Disponible en: http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/Documents/2002/3_131-136.pdf
- 11 García Sánchez Francisco J, Roncero Roncero, Antonia, Pulido de la Torre María Dolores García-Pliego González-Mohino Agustina. Experiencia de implementación del Proceso Enfermero en el área de atención primaria de Ciudad Real. Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria. 2005. Vol. 1 (2): 32-36 [internet] [Consultado el 23 de julio de 2007] Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/2/r32-36.php>
- 12 Guerra Cabrera, Emérida, Pozo Madera, Esperanza; Álvarez Miranda, Liduvina y Llano Lazo, Mayda R. El Proceso de Atención de Enfermería y la Formación de Profesionales. Revista Cubana de Educación Media Superior. 2001.Vol. 15 (1): 30-38 [Internet] [Consultado el 23 de octubre de 2004] Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=5365&id_seccion=570&id_ejemplar=585&id_revista=61
- 13 Gutiérrez Lesmes, Oscar. Factores que determinan la aplicación del Proceso de Enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio-Colombia. Revista Avances en Enfermería. 2009. Vol. XXVII (1): 60-68 [Internet] [Consultado el 13 de octubre de 2010] Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_7.pdf

- 14 Moran Peña, Laura, Espinosa Olivares, Artemisa y Paredes Breña Lourdes. Habilidades de Razonamiento Clínico en Estudiantes de Enfermería. Un estudio comparativo entre novatos y avanzados. Presentado en el X Congreso de Investigación Educativa/ Área 1: aprendizaje y desarrollo humanos. Veracruz, Veracruz del 21 al 25 de septiembre de 2009 [Internet]. [Consultado el 06 de enero de 2010] Disponible en: http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_01/ponencias/1887-F.pdf
- 15 Morales Martínez, Nerina y Domínguez Flores, Eric Fernando. Conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención. Tesis de pregrado. Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería. [Consultada el 20 de diciembre de 2009] Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/620/2/ConyAplicProcEnferHospitalSegNiv.pdf>
- 16 Orozco Vargas, Luis Carlos, Altamiranda Martínez, Loida M, Camargo Cáceres, Alexandra y Vásquez Ramírez, Sandra. Factores que influyen en el conocimiento y aplicación del proceso de enfermería. Bucaramanga. Revista Salud Universidad Industrial de Santander (UIS). 2002. Vol. 34 (2) [Internet] [Consultado el 23 de junio de 2004] Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/1077>
- 17 Pecina Leyva, Rosa María. Efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero en el área hospitalaria. Revista Enfermera Neurológica. Del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, SS, México. 2010, Vol. 9 (2): 61-66. [Internet] [Consultado el 11 de marzo de 2011] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102b.pdf>
- 18 Pecina Leyva, Rosa María y Gaytan Hernández, Darío. Factores que influyen en la eficiencia del Proceso de Enfermería en el área hospitalaria. Revista

- Desarrollo Científico de Enfermería. Mayo, 2001. Vol. 19 (4): 129-133. [Internet] [Consultado el 14 de diciembre de 2011] Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19/r19-129.php>
- 19 Pérez Andrés, Cristina; Alameda Cuesta, Almudena y Albéniz Lizarraga, Carmen. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Revista Especializada en Salud Pública. Septiembre-Octubre, 2002. 76: 517-530.
 - 20 Pérez Rodríguez, Ma. Teresa; Sánchez Piña Sofía y Franco-Orozco, Magdalena. Aplicación del Proceso de Enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 14 (1): 47-50 2006. [Internet] [Consultado el 29 de noviembre de 2007] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim061i.pdf>
 - 21 Refugio Santiago, Marisol y Rivas Espinosa, Juan Gabriel. Etiquetas diagnósticas NANDA identificadas en pacientes hospitalizados con pie diabético en una Unidad de Salud de 20. Nivel. Revista de la Comisión (CONAMED: Suplemento de Enfermería. 2009, Vol. 14 Suplemento 1. ISSN 1405-6704 [Internet]. [Consultado el 22 enero de 2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCTDIC_2009_su pl1.pdf
 - 22 Rojas, Juan Guillermo y Pastor Durango, Pilar. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en cuidados intensivos. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 28 (3):323-325. [Internet]. [Consultado el 21 de febrero de 2011] Disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/7587/7022>

- 23 Vélez Peláez, Margarita María; Díez de Álvarez, Bertha Ligia. Análisis de los planes de atención de enfermería realizados por un grupo de estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia (1999). Revista Investigación y Educación en Enfermería. Septiembre-Noviembre 1993. Vol. 17 (2): 13-22.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Significado que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería

En este documento se le explicarán los fines y propósitos de la investigación así como el tipo de participación que de usted se requiere. Es importante que lo lea cuidadosamente y que luego decida si desea participar de manera, voluntaria, libre e informada.

El propósito de esta investigación es el conocer el o los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería. Su participación en el presente estudio será la de informante tipo, el cual se entiende como la persona que cumple con los atributos que previamente se establecieron y que son idóneos para el tipo de datos que se requieren.

A partir de la entrevista proporcionaré los datos que serán la base para el análisis e identificación de los significados relativos al Proceso de Atención de Enfermería.

El compromiso que adquiero con usted como investigador, es el asegurarle que el estudio está sustentado en principios éticos y que la información suministrada y los hallazgos encontrados serán de carácter confidencial.

Es preciso informarle que los resultados del estudio, podrán ser publicados o presentados en reuniones sin revelar su nombre o identidad y mantenerlo atento sobre los avances y resultados finales de la investigación.

Yo _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado y he podido hacer preguntas sobre el estudio, recibiendo la información sobre el mismo.

He hablado con: **Angelina Rivera Montiel** quien es la investigadora a cargo del proyecto y comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin repercusiones hacia mi persona.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del participante

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
MAESTRIA EN ENFERMERIA-Con orientación en Docencia
INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA**

(Anexo 2)

Tesis: “Significado que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería.

Responsable: Angelina Rivera Montiel

Directora de tesis: Candidata a Dra. Laura Moran Peña

La presenta entrevista tiene como fin el recoger el discurso de los informantes con el fin de identificar los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de enfermería.

Objetivo:

A través de la interacción verbal entre el entrevistador (investigador) y el entrevistado (informante tipo), recoger los datos que a través de su codificación y análisis permitan los significados que las enfermeras clínicas atribuyen al Proceso de Atención de Enfermería.

Sección 2. Datos Generales del Informante:

- a) Nombre completo:**
- b) Edad:**
- c) Sexo:**
- d) Nivel de formación académica:**
- e) Otro tipo de estudios:**
- f) Institución en la que labora:**
- g) Experiencia como enfermera(o) clínica (o):**
- h) Servicios o áreas en los que se ha desempeñado como enfermera clínica:**

Sección 3. Conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería

¿Recuerdas algún concepto que describa al Proceso de Atención de Enfermería?
(En caso de recordar, pedir que lo describa)

¿Sabes cuántas y cuáles son las etapas que integran al Proceso de Atención de Enfermería

Sección 4. Experiencias de formación académicas relativas al Proceso de Atención de Enfermería en la escuela.

¿Recuerdas cómo aprendiste el PAE en el aula?

¿Recuerdas cómo fue el aprendizaje del PAE en la práctica clínica?

¿Recuerdas el proceso a seguir para elaborar el Proceso de Atención de Enfermería en la escuela?

Sección 5. Percepción de las enfermeras clínicas con relación a la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería en el ámbito laboral.

¿Consideras que el Proceso de Atención de Enfermería, es importante para la práctica laboral y/o profesional?

¿En tu práctica laboral, utilizas o aplicas el proceso de enfermería para el cuidado de los?, ¿Por qué?

¿De la respuesta anterior que factores crees que participan?

¿Consideras que la idea que tú tenías del Proceso de Atención de Enfermería cuando eras estudiante se vio modificada o se conservó a partir de que te incorporaste al ámbito laboral y durante tu desarrollo como enfermera clínica?

¿Qué opinión te merece el Proceso de Atención de Enfermería?

¿Tiene para ti algún significado el Proceso de Atención de Enfermería?

Sección 6. Contextualización de la actividad laboral del informante.

Por favor describe las actividades que realizas en un día de trabajo. Desde que llegas al servicio hasta que te retiras.