



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Título del trabajo:

Voces de Enfermeras: Percepción del cuidado con bases científicas en medio hospitalario

T E S I S

Que para Obtener el título de
Licenciada en Enfermería

P R E S E N T A:

Ana Paola Alvarado Chávez

Directora de Tesis:

Dra. Esther Villela Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, Enero 2014



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
1.1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2.-JUSTIFICACIÓN	6
1.3.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.4.-OBJETIVO	7
1.4.1.- General	7
1.4.2.-Específico	7
CAPÍTULO II	
2.1 MARCO CONTEXTUAL	8
2.1.1.-Origen del cuidado	8
2.1.2.-Profesionalización de la Enfermería	13
2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	28
2.2.1.-Epistemología del cuidado	28
2.2.2.-Cuidado Naturalizado femenino perspectiva de género	32
CAPÍTULO III	
3.1 METODOLOGÍA	36
3.1.1.-Diseño	36
3.1.2.-Colectivo	36
3.1.3.-Introducción al campo	36-37
3.1.4.-Recolección de la información	37
3.1.5.- Análisis de la información	37

4.-CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS.....	38
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA	47

INTRODUCCIÓN

El origen del cuidado se disipa en el principio de los tiempos, las practicas más primitivas para, dar cuidados, son ligadas a los aspectos de supervivencia, este conocimiento de la naturaleza favoreciendo la adquisición del “saber hacer” del “saber usar” que elaborándose y desarrollándose constituye un patrimonio de ritos y creencias en el seno del grupo. Cuidar era por lo tanto conservar la vida.

El concepto de cuidado y la aplicación de este , fueron evolucionando, de tal forma que hoy en día es implementado por profesionales de enfermería, las cuales han desarrollaron diferentes factores para que la práctica del cuidado sea diferente en su conceptualización y aplicación, los conocimientos científicos de la disciplina que se han obtenido a partir de las intervenciones, la puesta en práctica de teorías y modelos de enfermería cuando se brinda el cuidado ejercicio con una toma de decisiones, y un pensamiento crítico que le han conducido hacia mayores oportunidades en el área asistencial, la docencia, la industria, entre otros.

La enfermería profesional, desde su origen, ha tratado de crear conceptos propios, específicos del campo de acción, que han servido como instrumentos para construir modelos y teorías de enfermería; que han transformado la práctica del cuidado, esta trasformación ha originado una diferente conceptualización y aplicación.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar sus propios profesionales de organizar y dirigir los servicios de enfermería, y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su campo disciplinar. En el campo asistencial. Los cambios generados han sido muy significativos, de una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado con un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del Proceso Atención de Enfermería y la formulación de diagnósticos de enfermería, desarrollando planes de cuidados normalizados, como una herramienta para dar respuestas de calidad a las necesidades del paciente.

Por ello la importancia de la presente investigación con el objetivo de analizar si el personal de enfermería de una institución de segundo nivel de atención, reflexionan e identifican la implementación del cuidado con base en conocimientos

científicos. Ya que la enfermera actúa como personal fundamental en la atención de las necesidades de los pacientes; al coordinarse con profesionales de la medicina, para planear las intervenciones de enfermería ya sean independientes, dependientes, interdependientes o las derivadas de la colaboración con otras áreas de la institución. Por otra parte actúan como profesionales comprometidas aportando al proceso asistencial funciones propias que han de desarrollar mediante la investigación clínica, demostrando que sus intervenciones resuelven problemas, ayudan a la persona a estar mejor y a superarse, y abren perspectivas de actuación.

La presente tesis consta de cuatro capítulos:

En el primer capítulo consta de cuatro apartados planteamiento del problema, justificación, pregunta de investigación y el objetivo general y específico.

En el segundo capítulo en la primera parte abordamos el marco contextual en el cual aborda el origen de cuidado y profesionalización de enfermería, en un segundo momento abordamos marco teórico conceptual en el que incluimos la epistemología del cuidado y el cuidado naturalizado femenino desde la perspectiva de género.

En el tercer capítulo se abarca la metodología utilizada consta de tres apartados diseño, método utilizado, colectivo seleccionado, recolección de datos y análisis de la información.

En el cuarto capítulo consta de dos apartados resultados, discusión y conclusiones

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del Problema

Hoy en día el núcleo básico del paradigma de enfermería es el cuidado, el concepto de éste ha cambiado de acuerdo al paso de la historia y el avance de la ciencia, alcanza su mayor auge en el siglo pasado, teniendo un enorme alcance, reconociendo el cuidado como un conocimiento o saber científico que sustenta la práctica del profesional de enfermería, otorgando la autonomía para: emitir juicios, es decir diagnosticar necesidades de cuidado; tomar decisiones respecto a cómo y quién debe otorgar el cuidado y asumir la responsabilidad ética.

Sin embargo en el presente, no todas, las profesionales de enfermería, tienen claridad sobre la relevancia del cuidado y sus fundamentos científicos, ya que el personal de enfermería interpreta el cuidado conforme a sus experiencias dándole diferentes significados dentro de la práctica profesional, identificándose en muchas ocasiones un cuidado monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico. De manera tradicional entendido como una ayuda o un complemento dentro de las disciplinas de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte

Por ello, se considera relevante este estudio, que pretende analizar como el cuidado es reconocido e interpretado por el propio personal y reconocer las dimensiones que están presentes en el cuidado

1.2. Justificación

Actualmente enfermería, es considerada una práctica con abordaje científico, desarrollada en conocimientos e impulsada por la investigación. La enfermera debe cumplir con un perfil donde es indispensable, tener capacidad de identificar, reconocer y analizar los datos, signos y síntomas significativos que denoten respuestas individualizadas a problemas de salud reales o de riesgos, que derivan en la construcción de diagnósticos de enfermería- problemas interdependientes y planteamiento de acciones pertinentes, que den respuestas a las necesidades sociales que están relacionadas con el proceso de salud –enfermedad, condiciones y calidad de vida de las personas, familia y comunidades en todos los grupos etarios, es así como el cuidado de la enfermera se ofrece para mejorar la condición humana.

A lo largo de la extensa historia en sus diferentes etapas, se ha conceptualizado de una forma distinta el cuidado, sin embargo el objetivo sigue siendo el mismo, ya que indiscutiblemente las personas necesitan del cuidado para estar saludables, requieren estar sanos para mantenerse vivos, de ahí que el cuidado se manifieste como condición existencial.

La tendencia general en la actualidad es hacia un concepto amplio de la enfermería, es decir hacia la preparación de una enfermera integral capacitada para laborar en áreas sanitario asistenciales y de salud pública.

Con el avance de la ciencia, la profesionalización de la enfermería y las nuevas tecnologías surge una nueva conceptualización del cuidado dando un cambio a la enfermería como disciplina y profesión. Por ello la importancia de analizar si la implementación del cuidado es considerado como un conocimiento científico para el personal de enfermería, ya que la enseñanza a nivel universitario se fundamenta la práctica de los cuidados, con base en modelos y teorías de enfermería que consolidan su formación disciplinar a la construcción de su autonomía dentro de las profesiones de la salud.

1.3. Pregunta de Investigación

¿Las enfermeras del medio hospitalario piensan e identifican la implementación del cuidado con base en conocimientos científicos?

1.4 Objetivos de Estudio

1.4.1 General:

- Analizar si el personal de enfermería de una institución de segundo nivel de atención, reflexionan e identifican que la implementación del cuidado se basa en conocimientos científicos.

1.4.2 Específicos:

- Comprender la percepción del significado de cuidado, para profesionales de Enfermería.
- Interpretar si en su experiencia profesional el cuidado es implementado a través del proceso de atención de Enfermería
- Reflexionar sobre los motivos que llevan a que gran parte del cuidado de Enfermería sea intangible.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO CONTEXTUAL

Origen del cuidado

El origen del cuidado se disipa en el principio de los tiempos. Las actividades más primitivas para “dar cuidados”, era una noción ligada a cualquier forma de vida, cuidar era por lo tanto “conservar la vida” asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, que se manifiesta de diferentes maneras según los grupos y civilizaciones, las actividades de cuidar, supone remontarse derivadas de las necesidades básicas del ser humano.

Los elementos del cuidado han sido una constante histórica ya que desde el comienzo de la humanidad, surgen con carácter propio e independiente, para asegurar la continuidad de la vida, enfrentarse a la enfermedad y la muerte. Las prácticas de cuidado relacionadas con los determinantes espacio-temporales, han sido asumidas de forma preferente por la mujer a lo largo de la historia, primero en el ámbito doméstico y después en otros ámbitos.

Durante el periodo Paleolítico los hombres, fundamentalmente cazadores, habitaban al aire libre o en cuevas. alcanzaron el dominio del fuego, que tuvo una gran influencia sobre elementos básicos, que constituyen la práctica de los cuidados, ya que su uso modifica materia y alimentos, lo que junto al calor y la luz contribuye a la conservación del grupo y la especie objeto de estas actividades, sin olvidar las connotaciones mágico-religiosas que le da la transformación social.

Progresivamente se van incorporando a la práctica de los cuidados elementos psicológicos y culturales deslizados de las practicas meramente intuitivas, los cuidados comenzaron a ejercerse según un plan .utilizando medios conscientemente útiles basados en él, conocimiento de las condiciones naturales del grupo el medio y los fenómenos climatológicos, determinando la participación y el reparto de actividades de cuidar a las características biológicas femeninas relacionado directamente con las actividades de alimentación, lo cual genero un amplio “cuerpo de conocimientos” basado en ´principios activos de las diferentes especies vegetales que podrían ser utilizados de diferentes formas, las plantas constituyen la base de todas las prácticas curativas y cuidadoras, descubiertas por ensayos y errores, este conocimiento de la naturaleza favorece la adquisición del

“saber hacer” del “saber usar” que elaborándose y desarrollándose constituyen un patrimonio de ritos y creencias en el seno del grupo.

Así el saber empírico que se configura mediante la práctica de estas tareas asignadas establece el valor social de los cuidados de supervivencia proporcionados por las mujeres de las primeras comunidades prehistóricas.

Con posterioridad el universo abrió las puertas al mundo espiritual. De esta forma la creencia en espíritus buenos y malos influyó decisivamente en el desarrollo de los conocimientos lo que a su vez fue determinando el campo de actuación de las “prácticas de cuidados femeninos” que se relacionan con la gestación, parto, amamantamiento, protección del grupo, alimentación.

Los cuidados en Mesoamérica no fueron la excepción, los sanadores de la época tenían un amplio conocimiento de la herbolaria y se especializaban en el tratamiento de distintas enfermedades, es decir que los procesos terapéuticos estaban definidos entre lo mágico, religioso y lo empírico,

Las causas de salud y la enfermedad dependían de varios factores como eran: la relación con los dioses, el nacimiento o calendario, los agüeros o hechos furtivos.

La medicina en tiempo de Moctezuma II estaba más adelantada que la medicina europea, habían dos vertientes en el modelo de atención a la salud: el preventivo y el curativo.

El modelo preventivo se aplicaba en obras de sanidad que favorecían para que no se presentaran enfermedades y era practicado de manera empírica.

En el modelo curativo existían, varios hospitales uno de ellos, el Tulhuacán, dedicado a los veteranos e inválidos de guerra, se dedicaban principalmente a albergar a caminantes, dar asilo a niños huérfanos y adultos mayores, además de dar cuidado inmediato a los heridos de guerra, se cuidaba a los pacientes y se aislaban si su enfermedad era contagiosa.

La terapéutica azteca utilizaba más de 1200 plantas medicinales que eran muy bien estudiada y conocidas por los nahuas según sus propiedades laxantes, diuréticas, hemostáticas, antipiréticas, antiespasmódicas, analgésicas, entre otras.

Los servicios de salud entre los aztecas, a la medicina y su enseñanza se llamaban ticiotl, y el dios de la medicina, tzpottleau, El que practicaba la medicina se le llamaba ticitl, esta tarea la llevaron a cabo hombre y mujeres, los cuales daban una bebida de plantas medicinales al enfermo, hacían lavados intestinales, curaciones, masajes, colocaban férula y vigilaban el temascal, era considerado trabajo de esclavos o sirvientes. Existiendo un servicio de enfermería militar en el

cual trasladaban y se daban cuidados inmediatos a los heridos en combates por medio de plantas medicinales, ya sea entre diversos pueblos.

Existían otras especialidades: *Tepatiani*, el que conocía las propiedades de las plantas medicinales, *Teixpatiani*, el oculista, *Teomiquetzani*, arreglaba fracturas y luxaciones, *Payani* utilizaba hongos alucinógenos para interpretar los sueños y recibir mensajes de los Dioses, *Tonalli* restituía el alma.

Tlamatqui-ticitl (partera), figura principal para los aztecas, las mujeres que querían ser parteras buscaban que otras parteras con más experiencia las enseñaran. Se ocupaba de la atención de la madre, desde el momento que se consideraba embarazada y más tarde daba atención a la madre y al hijo no solo durante el parto si no durante los primeros meses del niño, practicaban la embriotomía, mediante pedernales o navajas de obsidiana, cuando el niño estaba ya muerto.

Realizaba también labores de educación para la salud aconsejando alimentación, y cuidados que se llevaban en el embarazo, llevaban a la embarazada al temaxcalli (temascal) en donde palpaban el vientre para corregir la posición del niño si este venía mal colocado, ya en el temascal, la partera invocaba a la diosa Yoalticitl, la cual vigilaba el sueño de los niños, los protegía y robustecía en su salud, Cuando el parto ya estaba cerca, la partera se iba a la casa de la embarazada, le hacía la comida y se la daba, en los momentos previos, la partera bañaba a la embarazada y le lavaba muy bien sus cabellos, posteriormente limpiaba y arreglaba la habitación donde iba a dar a luz..

Cuando se regularizaban los dioses en el periodo de dilatación le daba a beber te de raíz molida de cihuapatli, planta medicinal que ayudaba a empujar al feto hacia afuera y si no daba resultado le daban agua con un pedazo de cola de tlaquatzin. Al mismo tiempo se invocaba a Coatlicoe que era la diosa de la fecundidad. El cordón umbilical se cortaba con un pedazo de obsidiana. Después del parto, se le decía a la madre que se quedara acostada por cuatro días y se fajaba el vientre (Bravo, 1967).

Si la partera se daba cuenta de que el niño estaba muerto en el vientre de la madre, lo cortaba en pedazos con un cuchillo de pedernal. Si la mujer moría en el parto su sufrimiento le valía ser considerada heroína, como si fuera un guerrero muerto en batalla. La partera continuaba acompañando a la familia y se encargaba del funeral. Ella era que se encargaba de la difunta, vestirla con sus mejores ropas y acompañar al esposo a enterrarla.

Era un cuidado holista en que consideraba simultáneamente el cuerpo, las emociones y creencias (la mente) y el espíritu. Las funciones de la partera también

eran una vez nacido el niño, lo bañaban con Octli (pulque) después con agua y se lo dedicaban a los dioses, poniéndole un nombre.

Los aztecas tenían también un cuidado especial con la salud de los niños, cuando enfermaban se pensaba que habían perdido su tonalli (alma), por ello se le pedía a los dioses que le regresaran al niño su alma y su salud

Con la conquista y la evangelización inicia en México una nueva etapa, y con esto una nueva manera de practicar cuidados. Se crearon edificios religiosos que constaban de tres elementos el atrio, la iglesia y el convento dentro de este había una escuela, a lado de la escuela un hospital donde los agustinos y franciscanos brindaban los cuidados.

Surgiendo de esta forma un nuevo concepto de cuidado, con el cristianismo aparece una nueva unidad cultural que basa sus valores a partir de las sagradas escrituras, que confieren a Yahvé el poder sobre la vida, la salud y la muerte, Con el cual los fines principales de los servicios de salud fueron espirituales, una expresión de obras de misericordia, de la virtud de la caridad.

Los cuidados de enfermería eran proporcionados por religiosas y por seculares que les ayudaban. Las listas de personal de la colonia dicen que había una enfermera mayor con tres ayudantes

La atención de los problemas médicos se le confió a aquellos de mayor prestigio en el arte de curar o protomédicos.

Se crearon hospitales el primero de ellos fue el Hospital de la Pura y Limpia Concepción de Nuestra Señora, fundado por Hernán Cortez. En 1529, Fray Pedro de Gante funda el Hospital Real de los Naturales para la atención de los indígenas, En 1531 se fundó el Hospital de Santa fe. Fray Juan de Zumárraga (primer obispo de México) funda el Hospital del Amor a Dios en 1336. En este hospital nos dice Fajardo (1980) se trataban enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis. En 1567 se funda el Hospital de San Hipólito, por Fray Bernardino Álvarez y se lo dedico a los enfermos mentales.

El Dr. Pedro López fundo en 1571 el Hospital de San Lázaro para la atención de los leprosos y en 1582 el Hospital de San Juan de Dios.

En los hospitales para indígenas, eran estos quienes construían con bienes en especie (animales, alimentos) y con trabajo personal. Allí entendían los médicos indígenas que hablan la lengua de los enfermos.

Estos cofrades o enfermeros tenían algunas obligaciones según se desprende de las obra primeras ordenanzas para hospitales por Fray Alonso de Molina en 1552:

Aconsejarse de buenos médicos indígenas y no escuchar a los malos (brujos) ni meterlos en el hospital, atender a los enfermos noche y día turnándose hombres y mujeres, levantándoles su ropa, consolándolos y cuidándolos, conservar la propia salud, sin fatigarse demasiado, las mujeres deben despojarse de gargantillas, pulseras y aretes.

Las parteras continuaban existiendo en la Colonia, pues tenían un prestigio en la época prehispánica. Atendían fundamentalmente a los indígenas y a los mestizos pobres. La clase media y alta recurría al cirujano universitario, que era criollo o español o al cirujano romancista (que había aprendido en la práctica y que era indígena o mestizo), según su clase social Alatorre (1984). Se describe que en esa época había tres posiciones para parir: cuclillas, sentada en una silla de parir y acostada.

En 1750 el Real Protomedicato dispuso que en las parteras fueran examinadas y vigiladas, redactándose cartillas para ellas en las que se les indicaba que en los partos con complicaciones debían llamar a un cirujano. Para ser examinadas, las parteras debían haber estudiado cuatro años con maestro aprobado y prestar testimonio de buena conducta

2.1.2 Profesionalización de la enfermería

Definir que son las profesiones y cuando una ocupación se convierte en profesión, es un proceso social complejo. Santos Calderón, la define como ocupación, vocación que proviene del latín *professio* que significa profesar, es decir ejercer una ciencia o un arte, ejércela con inclinación voluntaria

Unos de los primeros autores que definió una profesión, fue Abraham Flexner desarrollando seis características que diferencian profesión de las ocupaciones:

- Una profesión debe tener base intelectual ejercerse con alta responsabilidad
- Tener que ser aprendida en su esencia, ya que se fundamenta en un cuerpo de conocimientos sistematizados
- Las profesiones son más práctica que teoría
- Las técnicas profesionales pueden ser enseñadas por medio de disciplinas educativas
- Las profesionales son bien organizadas a su interior.

Ellis y Hartley en 1997 propusieron siete características de las profesiones.

- **Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.**

Enfermería desarrollo un conjunto de conocimientos propios, logrando en base a esto establecer un cuerpo de conocimientos, representado en teorías y modelos que sustentan el quehacer diario de la profesion. En 1950 se generalizo la idea de establecer un cuerpo de conocimiento y el desarrollo de una base científica de enfermería así en 1952 Peplau desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería. Posteriormente Orlando en 1961, aporta una teoría de las comunicaciones, más tarde continua la necesidad de contar con teorías y poder desarrollarlas. Surgiendo de este manera varias teorías y modelos conceptuales de diversas autoras.

- **Utilización del método científico.**

El proceso de atención de enfermería, consiste en la aplicación del método científico, sistematizado y organizado que proporciona herramientas a los profesionales para desarrollar el razonamiento para suministrar cuidados a las personas, en este proceso se enfatiza la necesidad de una observación

cuidadosa, para identificar, reconocer, analizar y tratar las respuestas humanas ante problemas de salud. .

El proceso de enfermería define el éxito de los cuidados medidos por el grado de eficiencia, satisfacción, progreso del paciente y desarrollo de un juicio clínico: los cuales exigen habilidades de razonamiento crítico y actitud inquisitiva para estudiar los datos de valoración, clasificarlos, agrupar indicios, comparar entre categorías, analizar e interpretar el sentido de los hallazgos y formular diagnósticos de enfermería que reflejen la situación del individuo y guíen el proceso del cuidado, para establecer conclusiones, tomar decisiones, efectuar deducciones y reflexionar sobre su actuación, justificando el cuidado que se le da a la persona enferma.

El proceso de enfermería es un método científico diseñado y desarrollado dentro de la propia disciplina, que fundamenta la práctica cotidiana, permite brindar cuidados humanistas, de forma individualizada y eficiente. Su finalidad es reconocer el estado de salud de un paciente y los problemas o las necesidades reales o potenciales, para resolver problemas o responder a una pregunta centrados en el logro de resultados esperados. Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. Estas cinco etapas, contiene a su vez diversos pasos.

- Valoración

Consta de cuatro pasos; recogida, validación, organización y registro de los datos.

Recogida de datos

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

Antecedentes actuales. Según pertenezcan al pasado o al presente.

Objetivos o Subjetivos: Los primeros son observables, medibles y se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos por el contrario se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.

Generales y focalizados: ya se trate de información básica sobre todo los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del usuario ya de datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concreto.

Las fuentes para obtener los datos son varias, y entre ellas la principal es el propio usuario, al que cabe añadir la familia o las personas allegadas a él. La historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son, básicamente, la entrevista, la observación y el examen físico.

Entrevista

Se trata de un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.

Observación

Consiste en el uso sistemático de los sentidos y de instrumentos para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas, y el entorno, así como sobre las interacciones entre estas tres variables.

Examen físico

La valoración física, ya sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría, etc.

Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Percusión o golpeteo suave con un dedo o dedos o con un instrumento sobre la superficie corporal y análisis acústicos de los sonidos producidos que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo

Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados

Validación de datos

Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos los datos anómalos o incongruentes con el resto de información de que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar la situación.

Organización de datos

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación. Es de suma importancia, ya que hacerlo de una u otra forma influirá:

En el tipo de información que se recoja, puesto que cada modelo se centrará en unos aspectos específicos. Por ejemplo el modelo biológico dirigirá la atención a todo lo referente al funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas corporales, mientras que un modelo de enfermería lo hará hacia las respuestas de la persona ante la situación de salud.

En el tipo de problemas detectados, ya que todas las formas de organizar la información ponen de relieve unos aspectos y omiten otros. Así la recogida de datos según un modelo biológico facilita el diagnóstico de problemas médicos y de colaboración, mientras que la adopción de un modelo de enfermería permite diagnosticar problemas enfermeros.

Registro de datos

Conste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia, para formular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

Al hacer cualquier tipo de anotación es preciso hacer una serie de normas, entre las que se encuentran:

- Escribir con tinta: pluma, bolígrafo, rotulador, etc.
- Hacer anotaciones concretas y concisas con letra clara o de imprenta.
- Utilizar solo la abreviatura que estén consensuadas y que no puedan inducir error.
- No borrar, no usar líquido corrector, ni emborronar lo escrito de forma que se ilegible.
- No dejar líneas en blanco ni escribir entre líneas..

- Diagnóstico

El proceso diagnóstico es una función intelectual altamente compleja, para la que unas personas parecen tener una mayor capacidad que otras, no obstante, no obstante y al igual que sucede con cualquier otra habilidad, es posible acrecentarla y mejorarla mediante el ejercicio repetido y sistemático del juicio diagnóstico o del juicio clínico.

Hay una serie de factores, además del talento innato, que influye en la capacidad de las personas para el razonamiento crítico y, lo consiguiente, para el razonamiento diagnóstico; Alfaro(1997;pag 20) clasifica estos factores en personales (p. ej., la equidad la edad, los desagradados, los prejuicios y sesgos o la confianza en uno mismo) y situación (p. ej., la ansiedad, la tensión o la fatiga, los extremos emocionales o la conciencia de los riesgos implicados) A esto cabe añadir una serie de hábitos que dificultan el razonamiento crítico (p. ej., lo mío es mejor, “elegir solo una”) y otros que facilitan (p. ej., ser proactivos, tener presente el fin que se persigue o poner lo primero en primer lugar).

En esta etapa podemos distinguir dos pasos: el análisis de datos y elaboración de inferencias e hipótesis, y la formulación de los problemas detectados.

Análisis de datos y elaboración de inferencias e hipótesis.

Se empieza por revisar la información recogida a partir de las entrevistas, la observación, la exploración física y las anotaciones de los otros profesionales, diferenciando los datos relevantes de los que no lo son.

A continuación se agrupan los datos relevantes o clave entre los que parece que existe alguna relación, de igual forma que al empezar a montar un rompecabezas agrupamos las piezas por tamaños, formas, colores o cualquier otro criterio, para facilitar su posterior colocación en el conjunto.

Una vez hecho esto se determinan las conexiones existentes entre las claves, es decir, se hacen inferencias, del mismo modo que la comenzar a unir las piezas de un rompecabezas empezamos vislumbrar aspectos parciales de la imagen general aunque no sea posible verla por completo.

Finalmente la interpretación e interrelación de las inferencias conduce la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone, obteniendo así una imagen general en la que se pueden encontrar:

- Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (problemas de colaboración o problemas interdependientes)

- Problemas reales o de riesgo que requieren un abordaje independiente (diagnostico enfermero)
- Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en una situación concreta.

Formulación de problemas detectados

Tal como acabamos de ver en el apartado anterior, podemos identificar dos tipos de problemas de colaboración y diagnósticos enfermeros, según pertenezcan al rol de colaboración o al rol propio.

Problemas de colaboración

Puede definirse como aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por el las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico. Se trata por consiguiente, de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por otro profesional, y con el control tanto de la respuesta a este como de la evolución de la situación patológica.

Aunque los problemas de colaboración estén situados en el punto de intersección entre nuestro trabajo y el de otro profesional, es evidente que el centro de atención no es la situación fisiopatológica ni el profesional con el que colaboramos si no el usuario, específicamente, la ayuda que este requiere para seguir el tratamiento o para controlar su situación fisiopatológica.

En este área de la práctica, que comprende tanto problema reales como de riesgo, la enfermera es plenamente responsable de su actuación, pero la responsabilidad del resultado final, así como el control de la situación y la autoridad para determinar las intervenciones que se han de llevar acabo, recaen sobre el profesional con el que colabora.

Para nombrar esta situación es necesaria insustituible la utilización de la terminología médica, dado que es esta la que mejor describe las alteraciones de la homeostasis biológica. En este apartado pueden tratarse problemas ya existentes o reales, como por ejemplo “infección de la herida quirúrgica”, pero habitualmente se refiere a complicaciones potenciales de la situación fisiopatológica del tratamiento médico o de las pruebas diagnósticas. En este último caso se antepondrá la frase “complicación potencial” para indicar que el problema aún existe.

Diagnósticos de Enfermería

A lo largo del tiempo se han publicado diversas definiciones del diagnóstico de enfermería entre la que destaca la aprobada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Esta asociación lo definió como “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable” NANDA (1999 pág. 144)

A diferencia de los problemas de colaboración, la enfermera es responsable de sus acciones sino también del resultado final y tiene pleno control y autoridad sobre la situación.

Para nominar estos problemas de la práctica independiente no es adecuado el lenguaje médico (que refleja el ámbito de competencia de otro profesional) y se requiere una terminología distinta que identifique claramente la naturaleza de la situación que la enfermera debe tratar. En este punto, cada profesional puede optar por usar sus propias palabras o por una terminología normalizada, opción esta última que conlleva múltiples ventajas.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud.

- Diagnóstico real. Describe respuestas humanas a procesos vitales/ estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, datos objetivos y subjetivos) que se agrupan en patrones o claves relacionadas. Para escribirlos se considera un formato en tres partes, donde el problema se une a las causas o causas mediante la fórmula “relacionado con “ (r/c) y esta a los datos objetivos y subjetivos mediante las frases “manifestado por” (m/p) Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos
- Diagnóstico de riesgo. Describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerable. Se apoya en factores de riesgo que constituyen al aumento. Al escribirlo debe anteponerse la frase “riesgo de” y se aconseja el formato en dos partes. Problema r/c factor de riesgo (causa)
- Diagnóstico de salud. Describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que representan un buen nivel de salud, pero que tiene el potencial para alcanzar un grado superior(NANDA, 1999; pág. 149). Este tipo de diagnóstico tiene un solo componente. Situación de salud a mejorar

En los dos primeros casos los diagnósticos de enfermería es importante identificar las causas que los provoca o contribuye a ellos, ya que en la medida en que esta pueda eliminarse o reducirse, o sus efectos puedan modificarse, el problema desaparecerá, se reducirá o se controlara. No obstante en el diagnóstico de salud no es preciso identificar la causa, dado que esta es irrelevante para nuestro propósito.

- Planificación

Esta etapa consta de diversos pasos consecutivos: fijación de prioridades, formulación de objetivos o resultados esperados, determinación de intervenciones y actividades y registro del plan

Fijación de prioridades

En esta etapa puede detectarse más de un problema que requiere de la intervención enfermera, si bien no siempre es posible o aconsejable abordarlos todos a la vez. Por ello es necesario identificar normas que permitan decidir qué problemas deben abordarse en primer lugar y cuales pueden o deben esperar.

Formulación de objetivos

En la formulación de objetivos hay que distinguir entre problemas de colaboración y diagnósticos de enfermería.

Objetivos para los problemas de colaboración

La resolución de estos problemas no depende únicamente de la situación enfermera; por tanto en el momento de formular objetivos, hay que presentar especial atención a no identificar resultados cuya consecución no está a nuestro alcance.

Objetivos para diagnósticos de enfermería.

Es necesario en todos casos marcar objetivos claros que guíen la actuación enfermera y que estén formulados en términos de conducta del usuario, no de la enfermera.

Tipos de Objetivos

Objetivos para los diagnósticos reales y de riesgo

Objetivo final. Deriva directamente de la primera parte de la formación diagnóstica (problema) y describe una conducta observable del usuario.

Objetivos Intermedios o específicos. Derivan directamente de la segunda parte de la formulación diagnóstica y señala la modificación, desaparición o control de los factores causales del problema o de los factores de riesgo.

Objetivos para diagnósticos de salud.

Tan solo se formula un objetivo final, en términos de conducta observable del usuario, que refleje el logro de un mayor nivel de salud y bienestar.

Determinación de actividades

Una vez identificados claramente los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos que se desea conseguir, es preciso planificar tanto la intervención como las actividades más adecuadas para lograrlos, entendiendo como tales:

- Intervención. Modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado y que es común en todos los casos en que se presente dicho problema.
- Actividades. Conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y que variarían en función de las condiciones del usuario, del entorno en que se encuentre, de los recursos de que se dispongan, etc.

Planificación en los problemas de colaboración.

En los problemas de colaboración el responsable del resultado final es el profesional con el que colaboramos (generalmente el médico); es el que tiene la autoridad y el control de la situación, y por consiguiente, es a quien corresponde prescribir la intervención para reducir el problema, controlarlo o solucionarlo.

Nuestro papel en este caso consiste en:

- Planificar y llevar a cabo las actividades de tratamiento y control que el usuario no pueda o no deba realizar por sí mismo.
- Aportar los elementos cognoscitivos psicomotrices y actitudinales necesario (saber, saber hacer) y aplicar el juicio clínico a la hora de ejecutar esas prescripciones y controlar la evolución del enfermo.

La actuación enfermera en los problemas de colaboración consiste en llevar a cabo, de forma inteligente, las prescripciones médicas que el enfermo no puede hacer o no es conveniente que haga.

De acuerdo con esta premisa y con los objetivos fijados, la determinación de actividades para los problemas de colaboración se centrará en:

- Aplicación de los tratamientos prescritos médicos.
- Planificación de los cuidados que se deriven de la ejecución de tales prescripciones.
- Programación de medidas de control y vigilancia del estado del enfermo, tanto en lo que respecta la evolución de su situación patológica como a los efectos de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos.

Planificación en los diagnósticos de enfermería.

La responsabilidad del resultado final es de la enfermera quien, en consecuencia, tiene también el control de la situación y la autonomía necesaria para determinar la actuación que se va a seguir. Si en las etapas anteriores ha identificado el problema y ha marcado los objetivos, en esta ha de seleccionar la intervención y las actividades más convenientes para lograrlos.

Con objeto de determinar la intervención, hay que decir el área sobre la que se actuara que, cuando se utiliza la taxonomía NANDA, corresponde al concepto diagnóstico, y de qué modo se hará.

Actividades derivadas del problema.

Dependerán de los diferentes tipos de diagnósticos.

Diagnósticos reales. Las actividades irán encaminadas a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

Diagnóstico de riesgo. Se dirigirán a la detección temprana de posibles datos objetivos y subjetivos indicadores de que el problema ha pasado ha ser real.

Diagnóstico de salud. Perseguirán el logro de un mayor grado de salud y bienestar, en este caso son las únicas posibles ya que, alno haber una causa que se desee modificar o eliminar.

Registro del plan

- Ejecución

Se pone en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. Según Iyer y cols (1991; pág. 175), la realización del plan de cuidados consta de tres pasos: preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

Preparación para la acción

Se revisan las interacciones y las actividades propuestas en la eta anterior con el fin de:

- Determinar si unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario.
- Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- Prepara el entorno para llevar acabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

Realización de las actividades.

Comprende la ejecución de la actividad prescita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a luz de los nuevos datos.

Registro de la actuación

La enfermera debe anotar en el plan de cuidados del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de este, prestando especial atención a cualquier dato anormal e inesperado.

- Evaluación

La evaluación formal consta de tres pasos:

- valoración de la situación actual del usuario;
- comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio,
- mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.

Valoración de la situación actual del usuario.

Los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas ya explicadas las técnicas en la eta de valoración: entrevista, valoración física y revisión de la historia para complementar la información con los datos aportados por otros profesionales

Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión.

Tras reunir los datos actuales, estos se comparan con los resultados identificados como deseables con los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos

tres resultados: los objetivos se han conseguido totalmente, se han conseguido parcialmente o no se han conseguido en lo absoluto.

- **Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.**

Florence Nightingale desarrollo el primer programa organizado de formación para enfermeras. En América Latina la formación universitaria en enfermería es relativamente reciente comenzó a vincularse a las universidades en la década de los treinta del siglo XX. La preparación de Enfermería a nivel universitario no solo le da al profesional un conocimiento amplio basado en una sustentabilidad científica, con pensamiento crítico, basado en modelos y teorías de enfermería, sino que también incursiona a el profesional un interés en la investigación, buscando nuevos saberes y quehaceres para construir bases teóricas, potencializando la expansión del conocimiento con la perspectiva de reafirmar la profesión como ciencia, arte y tecnología

- **Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales**

La autonomía de enfermería ha sido identificada como una variable que asegura el derecho a la práctica profesional: La autonomía se ha relacionado con la toma de decisiones asertivas, coherentes, con la habilidad para solucionar problemas, con autoridad y responsabilidad en cada una de sus intervenciones; de igual manera, con la libertad de actuar en lo que se sabe hacer y a habilidad para desempeñar funciones en forma independiente.

La marcada dependencia médica desde los inicios de la profesión, ha constituido un factor determinante en el desarrollo de la autonomía de las enfermeras. Dicha formación poseía una marcada dependencia del médico sobre la atención se salud, y la enfermera debía limitarse a cumplir órdenes. Esta situación se evidencia en el quehacer en la falta de autonomía de la enfermera, que veía limitado su actuar a las indicaciones médicas. Esto se comienza a superar con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orientan el quehacer y fundamentan la profesión, emergiendo la autonomía de los cuidados de enfermería en el objeto central de estudios, que es el cuidado del individuo o comunidad. En medida que la enfermera se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, cuenta con argumentos teóricos, es capaz de perfilar un quehacer autónomo e indelegable. La autonomía y su asociada responsabilidad se evidencian en la legislación

- **Desarrollar un código de ética**

El código de conducta en enfermería data desde las escuelas de Nightingale, donde era requisito por las postulantes una conducta y disciplina intachable. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociación Nursing American (ANA) en 1950. El consejo internacional de enfermeras (CIE), adoptó por primera vez un código internacional de ética para enfermeras en 1953. Actualmente el documento que el CIE establece las normas y valores de la actividad profesional de enfermería es el código deontológico. El código tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética: enfermeis y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión, enfermería y sus compañeros de trabajo.

Los aspectos éticos en la atención de la salud se incluyen en forma primordial los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia y equidad para hacer accesibles los servicios de salud y el cuidado de enfermería a todas personas.

El cuidado de enfermería es un derecho; tiene las características individuales propias de la persona que recibe el cuidado, es respetuosa de los derechos de ser humano del valor de su vida, su dignidad y sus valores.

Se fundamenta en el respeto a la integridad del ser humano, por lo tanto considera todas sus características individuales al administrar el cuidado, e cual debe ser libre de riesgos, con mira a mantener y proteger su integridad.

- **Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta.**

Se reconoce desde tiempos de Nightingale la misión humanitaria de las enfermeras. El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un comportamiento social. El compromiso del profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable. La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención. Este compromiso social se ha traducido también en la reconocida participación de enfermeras en problemas que aquejan a la población mundial como son la salud de los indígenas, salud de migrantes, violencia y drogas. Es decir que el trabajo comunitario es una ardua labor para la enfermera

- **Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.**

La enfermería través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión. El CIE en una declaración establece que esta organización tiene firme convicción de que el desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos cuidados de gran calidad a nivel mundial. Por lo tanto, el desarrollo de la carrera profesional debe sustentarse en un sistema de formación articulado, unas estructuras profesionales reconocidas y flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial. Además establece que se deben promover y establecer remuneraciones adecuadas, reconocimientos y ascensos.

Se puede establecer a la luz los antecedentes expuestos que enfermería es una profesión joven, cuyas primeras bases se establecen con Florence Nightingale, esta enfermera reconocida como la “señora de lámpara” , consciente de la necesidad de importar una formación adecuada, estableció un sistema de enseñanza que instauró en esa época a la enfermería como profesión emergente. Hoy con la formación de un cuerpo de conocimiento, la aplicación del método científico. La postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer se fundamentan las bases de la profesión, y emerge la autonomía de los cuidados basados en evidencia científica como su objeto centra de estudios que es el cuidado individual o comunidad.

Durante mucho tiempo la atención de las personas estuvo asociada con una actividad de altruismo mal entendida. Esto se vincula con los primeros cuidados que se otorgaban en forma gratuita, luego como expresión de caridad y salvación del alma cristiana, posteriormente una forma de pago a una falta en la vida e sociedad, posteriormente muchas enfermeras iniciaron su formación en hospitales en donde de tenían que trabajar gratuitamente con el argumento que se encontraban aun en formación, el establecimiento les ofrecía entrenamiento practico y alimentación. Así presentando el gran desafío fue en años posteriores, al establecerse en una profesión de formación formal y por lo tanto esto se debía también traducir en una compensación económica y reconocimiento social.

La profesionalización de enfermería, como estrategia y como una proceso de cambio permanente, es una necesidad constátenle para lograr que las metas de enfermería estén acordes con las necesidades de atención a la salud, ante la sociedad en continua transformación.

Los elementos esenciales de la profesionalización de enfermería, enfocados al estudio en el conocimiento del entendimiento y experiencia en la practica el cuidado de la salud.

Distintos factores han intervenido en la profesionalización, como son : los conocimientos de la disciplina que se han obtenido a partir de las investigaciones, la puesta en práctica de teorías y modelos de enfermería cuando se brinda el cuidado ejercicio con una toma de decisiones, y un pensamiento crítico u la han conducido hacia mayores oportunidades en el área asistencial, la docencia, la industria.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar sus propios profesionales, de organizar dirigir los servicios de enfermería, y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su campo disciplinar. En el campo asistencial, los cambios generados han sido muy significativos, de una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha sado a orientar el cuidado con marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del Proceso Atención de Enfermería y la formulación de diagnósticos de enfermería.

Un indicador que caracteriza la profesionalización del personal de enfermería, las competencias el termino tiene distintas aceptaciones y su aplicación varia dependiendo de que se aluda al mundo laboral. En lo relativo a los cuidados de enfermería, por competencias cabria entenderse a las cualidades generales y específicas necesarias para el ejercicio de la profesión. Se definen como las características individuales (conocimiento, habilidades y actitudes) que permiten a una persona ejercer su actividad de forma autónoma, o perfeccionar permanentemente su práctica y adaptarse a un entorno en contaste cambio.

El ejercicio profesional exige que el enfermero o enfermera entre en un proceso de desarrollo permanente, de capacitación y que logre capacidad de evolución a fin de poner adoptar decisiones, e incluso de introducir cambios en el ámbito del ejercicio profesional.

2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Epistemología del cuidado

La evolución del conocimiento de enfermería a partir de la definición del cuidado

El término cuidado deriva del latín, (Congitatus, pensamiento), solicitud y atención para hacer bien algo. Acción de cuidar (asistir, guardar, conservar).

El cuidado de los enfermos, recelo preocupación, temor (diccionario de la lengua española: cuidado 2010)

El término de cuidado deriva del latín –cura- era utilizado en contexto de relaciones de amor y amistad. Expresaba la actitud de cuidado, de desvelo de inquietud y de preocupación de la persona amada o por un objeto con valor sentimental (Boff, 2002).

También es definido como un proceso de interacción sujeto-sujeto, dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales (Duque,2005)

Cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera- cliente y la capacidad de la enfermera para empanizar o “sentir desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales. Benner y Wrubel.

En sentido transaccional y de desarrollo, donde la enfermera obtiene crecimiento personal a partir de su relación con el enfermo, Planner (1981) afirma que:

Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas, y conocimientos.

Por su parte, Mayeroff (1971), desde una perspectiva existencial, trata de determinar los atributos generales del cuidado:

Cuidar es la antítesis de uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una

relación humana momentánea ni tampoco es una cuestión de tener la interacción de cuidar a alguien. El cuidado entendido como ayuda a otra permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interacción que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación.

Desde una perspectiva similar, Rollo May (1969) ofrece algunas ideas acerca del cuidado en sus trabajos sobre el hombre y su relación con el mundo en que vive:

Cuidado es la fuente necesaria de Eros, la fuente de la ternura. En el cuidado el hombre ejecuta acciones en relación a una situación dada, aquí es donde el cuidado implica amor o compromiso

Etimológicamente, el término cuidar implica: pensar, reflexionar (cogitare) respecto a una preocupación por un problema pasado, presente o futuro (por ello no debe interpretarse como algo que no va más allá de la mera acción puntual). En consecuencia, el concepto de "cuidado" constituye una categoría de contenido semántico lo suficiente amplio- capaz de englobar categorías más puntuales- como para que su utilización resulte positiva y rentable en el proceso de ordenación científica.

Conceptualmente la noción de cuidado se ha extraído del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista

El cuidado de la salud, como actividad eminentemente humana que es, debería ser pensado y estudiado desde las ciencias humanas. El estudio de los cuidados de la salud, a diferencia de otras ciencias humanas prácticas, debe ser capaz de mostrar como las ciencias naturales se aplican en el cuidado de la salud pero sin transformarlo reductivamente de una práctica a una técnica

Todas las profesiones tienen una función propia que constituyen el punto de partida de su cuerpo de conocimientos que lo caracteriza como profesión. El cuidar es la esencia de Enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. Esta relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado determina la complejidad estructural del cuidado de enfermería, en el cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distinto, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

La práctica se centra en el cuidado de la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de

salud. Por lo tanto, “la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona” (Dier1986).

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como el elemento técnico, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otro y para quien lo recibe, la interacción y la meta que se persigue. La práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el “que” del cuidado y el “como” de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Un estudio realizado por Wolf (1989) comparo a práctica enfermería con la práctica media con el propósito de delimitar la identidad profesional de cada una. Los resultados de dicho estudio muestra que el medico brinda cierta forma de cuidado cuando realiza una operación quirúrgica y tratamiento medicamentoso, la enfermera, por su parte, crea una serie de intervenciones que marcan una diferencia de vida de las personas mostrando así el cuidado, es decir, permite a las personas dar sentido a su experiencia de salud.

Meleies (198) sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería deben tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar, prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrolla la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería

La noción de cuidado ocupa un lugar central y fundamentalmente en el discurso de la enfermería (Gaut, 1983; Leininger, 1978) Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto del conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

La enfermería es el conocimiento que se genera, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar en respuesta a las necesidades de la práctica profesional, el desarrollo de teorías en enfermería dan sustento al conocimiento de enfermería, pero más que todo aquel conocimiento que permita ser la base de una práctica fundamentada y autónoma indicando, un conocimiento que exprese el tipo de conocimiento que maneja la enfermería.

2.2.2 Cuidado Naturalizado Femenino

Las personas no crecen de forma aislada sino inmersa en una sociedad, su forma de pensar está considerada por el contacto con el grupo. El pensamiento de los seres humanos puede cambiar según las maneras en las que se presentan al universo físico, social y moral, las personas ven lo que quieren ver y su percepción se encuentra determinada por completo por sus antecedentes sociales y culturales.

Las actitudes, los valores y el comportamiento humano se encuentran influenciados por las experiencias durante el proceso de desarrollo, la adaptación humana depende del aprendizaje cultural, por lo que los comportamientos pueden cambiar según la forma de educación.

El concepto manejado por la ciencia para explicar las diferencias entre varón y mujer ha sido el de sexo. Este concepto marca las diferencias orgánicas entre macho y hembra. Diferencias que han constituido de acuerdo con perspectivas investigadoras de carácter androcéntrico, tomando al varón o a lo masculino como referente, y legitimando las relaciones sociales asimétricas de género. Esta diferencia lleva asociada una carga de inferioridad que fue orgánica hasta el siglo XVIII y que partir del siglo XIX se convirtió en inferioridad intelectual.

El género es una construcción cultural que hace referencia a las características psicosociales de rasgos, roles, motivaciones y conductas asignadas a hombres y mujeres dentro de cada cultura.

Los estereotipos de género son muchos y tiene por objeto que parezca “natural” que unas tareas sean realizadas por los varones y otras por las mujeres. Los roles se asignan en función del sexo; los varones y mujeres intentan ser congruentes con aquello que el grupo social espera de ellos. El estereotipo masculino, valorado muy positivamente, nos muestra a los varones abiertos a la sociedad, triunfadores, desarrollando actividades peligrosas y que les confieren poder. El estereotipo femenino muestra el trabajo de la mujer encasa con los hijos, llevándolos al colegio, preparando a comida, lavando la ropa, cuidándolos cuando están enfermos, asignándole una categoría inferior.

La construcción científica y social del cuerpo femenino ha puesto y justificando las relaciones de género y división sexuada del trabajo. La sociedad ha ido creando imágenes y simbolismos que han conformado los distintos roles sociales y las

distintas ocupaciones a las que se les ha atribuido un cuerpo con un determinado sexo, vinculándolo a desigualdades de poder.

Trasladadas estas ideas a la utilización que se ha dado de la imagen femenina de las enfermeras, nos ayuda a comprender como esta profesión arrastra, a pesar de los cambios que ha habido, una carga simbólica que interfiere de forma más o menos consciente en su desarrollo profesional y en la que influyen dos aspectos que se solapan: por una parte la alta feminización del colectivo profesional y por otra, la naturaleza tradicionalmente femenina de su rol central que son los cuidados.

“La división sexual del trabajo constituye el origen de la discriminación que las mujeres sufren por la razón de género. La actividad económica de la mujer se origina en su función específica, en la reproducción de la fuerza de trabajo. En esta función se encuentra la raíz de las diferentes formas que a subordinación de la mujer ha adoptado en las diversas sociedades.” (Beneria, 1981: 55)

Desde los comienzos los cuidados fueron vividos y transmitidos por mujeres, se perpetuo la idea de que el instituto maternal era el que proporcionaba la motivación y el impulso necesario para cuidar a las personas enfermas, desamparadas.

La enfermería como profesión y como ciencia resurge al tiempo que la mujer consigue disminuir las desigualdades y demuestra que los trabajos que la sociedad “asigna” a las mujeres son tan importantes como los de los varones.

Los antecedentes históricos podemos intuir que, mientras la condición social de las mujeres, y con ellas la enfermería, ha sido una condición de reclusión, de invisibilidad, de subordinación, la enfermería como profesional no ha existido.” Durante los periodos e que la mujer estuvo rigurosamente confinada al hogar por imposiciones sociales y sus energías se dirigieron exclusivamente a la vida familiar, la enfermería debió adoptar un carácter de arte doméstico” (Donahue, 1985: 25).

La práctica de cuidar se sitúa en la necesidad de conservación de la especie. La alimentación y las prácticas de conservación han sido inherentes a la mujer. Hemos visto como a las mujeres se la ha asociado siempre a su rol reproductor.

“Podemos afirmar que la mujer el rol de madre le corresponde por imperativos biológicos que la sitúan más cerca de la naturaleza, el papel de cuidadora intuitiva, a través de recetas misteriosas repetidas en el más estricto secreto para el hombre, y que proporcionan a las primeras cuidadoras un bagaje de conocimiento sobre esta actividad”(Hernández Conesa, 1995: 81).

Históricamente el cuidado ha sido un trabajo invisible no considerado ni social ni económicamente ya que, al ser catalogado como parte de la propia “naturaleza” de las mujeres no tenían ningún valor social.

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno e incluso el termino ingles “nurse” tiene sus raíces en el vocablo latino “nutriré” (nutrir) que significa madre que cría. Este origen de la enfermera como madre perpetuo la idea de que la enfermera solo podía ser ejercida por mujeres ya que su instituto maternal en el que proporcionaba el fuerte impulso o motivación necesario para cuidar aquello que sufrieran o estaban desamparados

La feminización de la enfermería repercute en la distribución de los puestos de trabajo e interfiere en su desarrollo profesional y en la productividad laboral. Hemos visto como en las organizaciones ámbito de nuestro estudio, prevalecen actitudes que muestran como se le confiere a los cuidados una categoría inferior, y los aleja de lo “científico” para situarlo en lo “domestico”. Esto ha sido proporcionado por una visión sesgada, que históricamente ha categorizado y distribuido los roles sociales en “femeninos” y “masculino” asociado lo segundo a una categoría superior o dominante. Prueba de ello los enfermeros varones buscan puestos de trabajo más acordes con lo que la sociedad categoriza de “masculino, independiente o profesional”, y como aquí el género juega un importante papel en la asignación de roles y valores culturales que se asignan a la distintas tareas.

En general los puestos de trabajo mayoritariamente ocupados por mujeres, se caracterizan por un trabajo con más dependencia de las decisiones médicas y más tareas directas con los pacientes.

En los puestos de hospitalización la enfermera, realiza tareas mayoritariamente delegadas o de colaboración, donde el trabajo y las decisiones se generan a partir de unas ordenes de otros profesionales, que controlan y evalúan sus resultados a través de la respuesta de mejoría o reacción del paciente.

“Ese valor que se le da a la masculinidad de algunas tareas de las enfermeras, perpetua una situación de inferioridad de la enfermera con respecto a los médicos y enfermeros, a quienes cedemos puestos de mayor nivel en la organización, otorgándoles en el trabajo el mismo papel que en la familia: el de jefe, el de experto. Esta es otra de las razones por las que los cuidados han sido históricamente poco valorados; por que han recibido la misma consideración que las tareas de casa.”(Tomas, 1998: 121).

El valor de la masculinidad condiciona de forma importante la vida profesional de las enfermeras, estas tienden a ceder los puestos de responsabilidad, y a

supeditar su formación y participación en el ámbito laboral a las tareas domésticas.

Retomando el trabajo de Ortner (1979) y Rosaldo (1979), se explica que la relación mujer/naturaleza tiene una asociación directa con la relación mujer/espacio doméstico, en clara oposición al espacio público de la vida social. Durante gran parte de la historia de la especie humana, el rol social de las mujeres se ajusta a lo natural y queda reducido a la familia, mientras que el rol social de los varones queda abierto a lo social y cultural. Está claro, pues que los varones se identifican con la sociedad y con aquello que es público, y las mujeres con la familia y lo privado o doméstico. Podemos decir que esto , se mantiene en la actualidad y marca diferencias entre enfermeros de distinto sexo aun que en el discurso de algunos enfermeros no aparece y en e otros, que lo admiten, dicen que esto está cambiando.

La enfermería necesita un reconocimiento institucional que se traduzca en apoyos globales, no solo propiciando nuevas formas de trabajo más autónomas sino también dotándola parcialmente de recursos acordes a la realidad. Pero esta solo se lograra si la propia enfermería mira hacia dentro y asume con fuerza su responsabilidad en el papel que se le ha encomendado sobre la salud de la población, ejerce sus competencias curriculares, y no se quedan solo en propuestas filosóficas y académicas.

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 Diseño

La presente investigación se llevó a cabo a través del diseño cualitativo, utilizando el método de tipo fenomenológico, el cual permitió una mejor comprensión, percepción de las profesionales de enfermería, sobre si el cuidado se fundamenta en conocimiento científico. La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad el estudio de la experiencia vivida como una manera de intentar comprender un fenómeno desde la perspectiva de las personas que están siendo estudiadas. El método busca descubrir el significado del fenómeno experimentado humanamente por medio del describiendo, comprendiendo el análisis de las descripciones.

3.1.2 Colectivo

La elección de las enfermeras a entrevistar, fue por conveniencia, dada la complejidad de la temática, se eligieron ocho enfermeras asistenciales con un mínimo de 10 años de ejercicio profesional pertenecientes al Hospital General de Zona No 57. El perfil estuvo basado en las siguientes características: personal con categorías licenciadas en enfermería, enfermeras generales y enfermeras especialistas, se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada lo que apporto información que facilito el estudio de la presente investigación. La guía de la entrevista, versó sobre el tema central y subtemas de manera flexible pero que deben cubrirse sin ser regidos, pero de acuerdo con los objetivos y preguntas de la investigación.

3.1.3 Introducción al campo

Para poder elegir al personal de Enfermería más idóneo estuve por varios días en el medio hospitalario que hice la investigación, específicamente en los diferentes servicios para identificar al personal que cubría las características del perfil.

En ese sentido fue muy importante la interrelación lograda para sensibilizar a las compañeras enfermeras me proporcionaran un tiempo específico para la realización de las entrevistas que fueron realizadas en diversos espacios, siempre buscando el confort de las participantes

3.1.4 Recolección de la información

La recolección de información se efectuó utilizando la técnica de la entrevista semi-estructurada, se desarrolló de forma abierta, directa e individual, se tuvo en consideración los aspectos éticos solicitando previamente a las enfermeras su autorización para grabar las entrevistas, garantizando la confidencialidad de las mismas y solo utilizarlas con fines académicos.

3.1.5 Análisis de la información

El análisis de las entrevistas se realizó a través del análisis de contenido; comenzando por la escucha y la transcripción de la grabación que resulto un proceso difícil ya que algunas de las grabaciones, las palabras eran poco audibles e intentando ser fiel a lo que las profesionales de enfermería me comentaron, la acción de escuchar las entrevistas se repitió infinitivamente. Para realizar la interpretación de los datos obtenidos a partir de la guía de la entrevista se identificaron temas centrales y conceptos que una vez analizado su sentido y su significado se les asigno códigos que posteriormente se convirtieron en categorías y subcategorías las cuales permitieron agrupar las unidades de análisis en conceptos más abstractos

CAPÍTULO IV

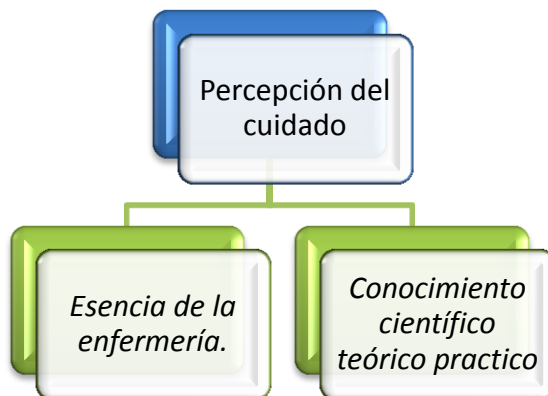
4.1 RESULTADOS

El colectivo profesional de enfermería estuvo representado por ocho mujeres, con el siguiente perfil: el promedio de edad fue de 30 a 50 años, y un rango de diez a veinte seis años de ejercicio profesional. Con nivel académico de Licenciatura en Enfermería, y siguientes categorías: una Subjefa de Enfermeras, tres Enfermeras Jefas de Piso, tres Enfermeras generales, y una Enfermera especialista en administración y cuidados intensivos

Las categorías y subcategorías que surgieron de la información obtenida fueron las siguientes:

La primera categoría es **Percepción del cuidado** la cual defino como el proceso de recogida de la información que tienen las profesionales de enfermería sobre el cuidado.

El siguiente diagrama representa de forma visual las categorías y subcategorías.



Enlazándose a esta categoría la siguiente subcategoría *Esencia de la enfermería* Las profesionales de enfermería identifica, reconoce el cuidado como eje central y objeto de conocimiento de la profesión, desde una perspectiva de forma holística considerando las dimensiones biológica, psicológica y social, llevando principios éticos, expresado en el siguiente comentario:

“El cuidado es la esencia de la enfermería, de hecho nosotros somos enfermería históricamente, somos el cuidem que es cuidar,”E2.

Los cuidados dependerán del estado del paciente, pueden ser totalmente compensatorios, en donde la profesional de enfermería compensa la incapacidad total de un paciente para desempeñar acciones de autocuidado que requieren desplazamiento y movimientos de manipulación. Parcialmente compensatorios en el cual la enfermera y el paciente ejecutan medidas de cuidados u otras acciones que comprenden tareas manipuladoras o desplazamientos. Sistemas de apoyo-educativo para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar o puede y debería aprender a realizar medidas requeridas de autocuidado terapéutico orientadas externa o internamente, pero no puede hacerlas sin asistencia. Expresado en el siguiente comentario

“Ayudar a las personas a sustituir completamente o ayudar a orientar, funciones que normalmente pueden hacer por sí mismos.”E6.

El cuidado esta conformado por una serie de actividades valoradas y organizadas, con una periodicidad, determinada por las necesidades de la persona, expresado en el siguiente comentario

“Atención que se le presta al enfermo durante su estancia, hospitalaria procurando su pronta recuperación”E5.

La segunda subcategoría *Conocimiento científico teórico práctico*, enfermería estableció un cuerpo de conocimientos propios, que ha representado en diferentes teorías y modelos las cuales sustentan el quehacer diario de nuestra profesión desarrollando así a una enfermería con un conocimiento que permita ser la base de una práctica fundamentada y autónoma expresado en el siguiente comentario:

“El auge de teóricas, filosofas y modelos de atención”,E2

La segunda categoría es **Falta de apoyo institucional al cuidado profesional**, la cual defino como la poca importancia que tiene la profesión de enfermería para las instituciones de salud pública, ya que a pesar que estas son de tipo tripartitas en donde el gobierno, el patrón y empleado aportan para el costo de este servicio, esto es insuficiente, para dar un servicio de calidad, La baja demanda de contratación de personal de profesionales de enfermería aunado a la sobrepoblación de las instituciones de salud pública ocasiona que los servicios estén saturados, aumentando el índice enfermera paciente, ocasionando la implementación de cuidados con poca calidad, conllevando que los días de estancia de un paciente aumente y con ellos eleve el costo por día hospitalizado.

El siguiente diagrama representa de forma visual las categorías y subcategorías



Enlazando a esta categoría la subcategoría *Déficit índice paciente enfermera*. La sobre población que existe actualmente en nuestro país se ha convertido en un severo problema, y no solo para el país sino también para las instituciones públicas de salud. Las cuales son demandas con un mayor número de personas que necesitan atención, elevando así el número de pacientes que estas atienden día con día. Superando al personal que se encuentra contratado aunado a esto la poca contratación por parte de las instituciones ha formulado un severo problema de atención al paciente, expresado en el siguiente comentario:

“Yo atribuyo directamente es el la sobre población del país, y la sobrepoblación en nuestro instituto, el número de enfermeras no es suficiente para cubrir el índice enfermera paciente”E2

La crisis por la que atraviesan las instituciones de salud pública respecto a la alta demanda de pacientes y el poco personal contratado, ha generado que la atención sea de mala calidad, ya que las profesionales de enfermería deben atender diez pacientes, los cuales la mayoría de ellos son muy demandantes en cuanto a los cuidados que se implementan. Esto permite que los pacientes no se sientan satisfechos con la atención recibida, expresado en el siguiente comentario:

“Los indicadores de satisfacción al usuario son bajos.”E2

La segunda subcategoría es *Imposición saber- poder*, La poca toma de decisiones que se tiene dentro de las instituciones de salud pública, genera una desconfianza en los pacientes ya que ellos ven que al mencionar algún síntoma que ellos tienen el personal de enfermería debe preguntar al médico que se debe hacer, cuando el personal de enfermería tiene el conocimiento para tomar una decisión en cuanto a las intervenciones que se deben implementar, este no puede tomar decisiones sin antes consultar con el medico

“Porque siempre que tenemos algo, nos dirigimos al médico o nosotros mismos, nos refiere algo el paciente, que aunque ya sabemos que intervenciones, les podemos dar, desgraciadamente, no lo debe de indicar el médico”E7

La tercera subcategoría *Desvalorización de enfermería por parte de la institución* dentro las instituciones públicas de salud la profesión de enfermería no se encuentra reconocida, ya que por jerarquía el cuidado de enfermería, se encuentra por debajo del conocimiento médico, a pesar de que hoy en día el cuidado, es aplicado por profesionales de enfermería, las cuales tienen las aptitudes clínicas y los fundamentos científicos para llevar un razonamiento y pensamiento crítico, para implementar diversas intervenciones en beneficio para el paciente sin embargo , deben esperar a que estén las indicaciones médicas, conllevando la práctica de enfermería a una limitación de la toma de decisiones y autonomía.

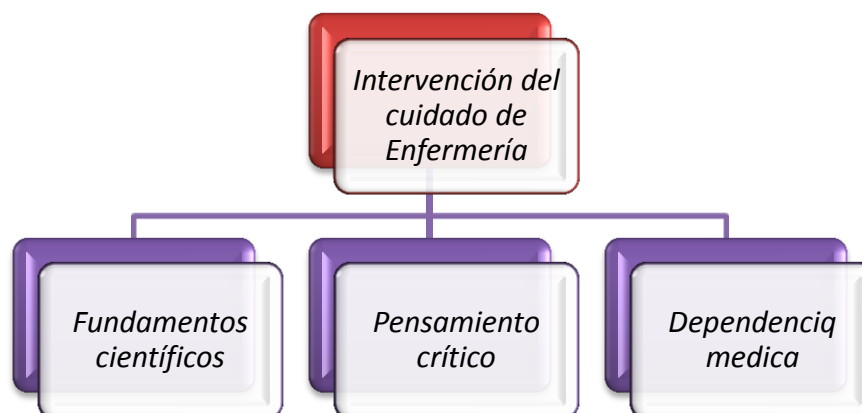
“Desde el propio instituto, si nos dejaran hacer realmente, como tú lo comentaste, como una profesión, esto cambiara mucho”E7.

La sobre población de las instituciones públicas de salud, orilla a que se contrate mano de obra barata, para poder obtener un índice de enfermería más alto, desencadenado así la formación de enfermeras no profesionales que implementan cuidados no fundamentados, que no tiene vocación de servicio ya que no es la carrera que querían, sino que lo hacen por brincar a una categoría donde ganaran más, perdiendo así completamente la importancia de la preparación del personal de enfermería, expresado en el siguiente comentario

“Son los cambios de categoría, las personas de asistente médica o de intendencia, pasan a enfermería con un curso de seis meses”E2.

La tercera categoría **Intervención de enfermería** la cual defino como las acciones que llevamos a cabo de acuerdo a la valoración de problemas que presenta el paciente.

El siguiente diagrama representa de forma visual las categorías y subcategorías.



Enlazándose a esta categoría la subcategoría *Fundamentos científicos*, las profesionales de enfermería tiene una formación académica que les permite el razonamiento crítico para basar los cuidados en conocimiento científico expresado en el siguiente comentario

“Si todos los cuidados, están basados en conocimientos científicos”E1

Enfermería hoy por hoy tiene el conocimiento del porque hace las intervenciones que lleva acabo expresado en el siguiente comentario

“Cuando tengamos que alternar, con medicina o con otras áreas del equipo sepamos fundamentar nuestro trabajo.”E8.

La segunda subcategoría *Pensamiento crítico, Enfermería* como profesión tiene la capacidad de identificar, reconocer y analizar los datos, signos y síntomas significativas, que denoten respuestas individualizadas a problemas de salud reales o de riesgo que derivan en la construcción de diagnósticos de enfermería interdependientes y planteamiento de intervenciones pertinentes en el mantenimiento y restablecimiento del bienestar del individuo expresado en el siguiente comentario:

“Desde intervenciones dependientes e independientes E1”.

El conocimiento en un fundamento científico le permite a enfermería tener un análisis de entendimiento sobre el proceso del paciente lo cual ayuda a la implementación de un cuidado de calidad y el poder alternar con otros profesionales de la salud para saber fundamentar nuestro trabajo expresado en el siguiente comentario:

“Ahora tenemos que saber, porque hacemos las cosas, porque si no entonces nada más nos convertimos en obreros,”E8

La tercera subcategoría *Dependencia medica* La profesión de enfermería a pesar que tiene un conocimiento científico dentro de las instituciones está limitada por parte de su colectivo de trabajo en el cual estipula las funciones que debe llevar acabo, lo cual delimita las actividades que se pueden llevar acabo, lo cual conlleva a un modelo hegemónico biomédico expresado en el siguiente comentario:

“Estamos siempre a la sombra del médico,”E3.

Esto conlleva a una práctica donde la enfermera no desarrolle capacidad de un razonamiento crítico ya que debe esperar a que el medico señale lo que se debe hacer, aunque muchas veces enfermería sabe lo que debe hacer delimitando así la toma de decisiones por parte de enfermería, expresado en el siguiente comentario

“Que no se hacen porque estamos muy esperanzadas a las indicaciones”E4.

Creando una falta de confianza en las fuentes de conocimiento para guiar la práctica expresado en el siguiente comentario

“Deslindáramos un poquito de la protección del médico arriamos lo que realmente nos corresponde”E3.

La cuarta categoría es **Implementación del proceso de enfermería** la cual defino como la instalación y puesta en marcha del método científico con el cual diagnosticamos necesidades del paciente.

El siguiente diagrama representa de forma visual las categorías y subcategorías.



Enlazando a esta categoría la subcategoría *Razonamiento científico* el tener un método que sustente la práctica de los cuidados basado en un conocimiento científico permite al profesional de enfermería llevar una valoración para identificar el problema que presenta el paciente expresado en el siguiente comentario

“Si porque estamos viendo cuál es su problema actual, cual es el que nos puede dar a causa” E1

Muchas de las veces las profesionales de enfermería han tenido que llevar el método científico de una manera cognoscitiva por diversos motivos ya sea por una sobre carga de trabajo o por urgencias, las cuales no permiten que se lleve de una

manera escrita, pero a pesar de ello saben por qué están llevando a cabo las diferentes intervenciones expresado en el siguiente comentario

“Tienes un paciente en paro, en ese momento te pones a razonar, pero antes ya lo aprendiste, a través de un método científico aprendiste hacer las cosas, con fundamento entonces a veces pareciera que se hacen de manera mecánica, pero es porque ya lo aprendiste”E8

La segunda subcategoría es *Responsabilidad profesional*, En las instituciones se lleva una hoja de enfermería en la cual los profesionales de enfermería tienen que anotar todo lo relacionado al paciente, en dicho documento la enfermera debe realizar el método científico, desgraciadamente el personal médico y de enfermería le da poco valor a dicho documento a pesar es un documento legal, las anotaciones de enfermería son muy pobres en donde generalmente dan más importancia al tratamiento que a los cuidados que han realizado expresado en el siguiente comentario

“Llevamos una hoja de registros clínicos, donde anotamos la intervención.”E5.

Es poco el personal que le da la *importancia que este documento representa expresado en el siguiente comentario*

“Siempre lo he aplicado, y de hecho incluso he propuesto algunos formatos, en algunas instituciones, he sido parte del cambio de la hoja de enfermería, lo que era antes registro clínicos”E2

La quinta categoría es **Visualización de enfermería en el medio hospitalario**, la cual defino, como la profesión de enfermería es vista desde la perspectiva de las profesionales de enfermería.

El siguiente diagrama representa de forma visual las categorías y subcategorías.



Enlazándose a esta categoría la subcategoría, *Profesión con conocimientos científicos*, de acuerdo a la percepción de enfermería, la profesión ha cambiado y progresado, donde actualmente el personal de enfermería busca la actualización del conocimiento y está en constante preparación para desarrollar competencias, no solo en el ámbito laboral asistencial sino que en cualquier ámbito que esta se desempeña, Enfermería ha crecido de forma lenta pero concreta, Las profesionales buscan llevar un cuidado de calidad que este fundamentado expresado en el siguiente comentario:

“Enfermería tiene no solo capacidades, sino que demuestra que es una profesión y es personal con capacidad para el desarrollo de su trabajo”E8.

Manifestando que la época del empirismo ya paso a la historia, que ahora existen teorías y modelos en enfermería, que sustentan la práctica, desarrollando un método científico que nos permite diagnosticar las necesidades de los pacientes, para la implementación de diversas intervenciones, las cuales están basadas en conocimiento científico. Expresado en el siguiente comentario:

“En realidad tenemos que darle a conocer al paciente y al médico que entiendan que nosotras también tenemos esa parte objetiva, y fundamentada con conocimiento científicos.”E4

La segunda subcategoría *Falta de reconocimiento*, históricamente la enfermería inicia como un oficio en el cual, las personas que llevaban a cabo los cuidados no tenían fundamentos para la aplicación de estos, ya que solo eran aprendidos de manera empírica. Hoy en día es considerada como profesión con fundamentos científicos. A pesar que enfermería ha evolucionado como profesión la sociedad la sigue percibiendo como algo técnico expresado en el siguiente comentario:

Mucha gente; dice que enfermería únicamente son empíricas”E4.

El crecimiento y evolución de las profesiones están bajo la influencia de variables económicas, políticas y culturales, la cual en nuestro país, la profesión de enfermería ha tenido un lento desarrollo, ya que aún hay poco reconocimiento de tipo social, a pesar que es una profesión que cuenta con amplios conocimientos para desempeñarse en el ámbito laboral, y que se encuentra sustentada en teorías y modelos indicado en el siguiente comentario:

“la educación que existe en el país no es reconocido como profesión” E5.

DISCUSIÓN

Al comparar los resultados encontrados en la presente investigación con otras realizadas en los últimos cinco años, se encontró que existen autores que encuentran resultados similares a los de este estudio, refiriéndose a las diferencias significativas de percepción del cuidado. Rosita Daza de Caballero (2010). Busco el Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá, Colombia.. Este trabajo tuvo como objetivo describir e interpretar el significado sobre el cuidado de enfermería que tienen los profesionales de una institución de tercer nivel de atención. Se utilizó un método cualitativo de tipo fenomenológico Obteniendo como conclusiones que los profesionales asumen la enfermería, como profesión la cual exige una formación basada en conocimiento y habilidades técnico-científicas. No se obtiene un concepto único de cuidado. Una tendencia está orientada hacia la búsqueda de bienestar y otra hacia la resolución de problemas. El cuidado se centra en el proceso de enfermería.

Una segunda investigación encontrada fue, El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Francisco Javier Báez Hernández (2010). Esta investigación presenta el objetivo de comprender como representan las profesionales de enfermería su quehacer profesional, se realiza un estudio cualitativo de tipo descriptivo interpretativo, Encontrándose como resultados seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado: factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes, concluyendo el cuidado de enfermería envuelve y comparte la experiencia humana a través de relación transpersonal y de respeto. Encontrando similitud con la categoría de percepción del cuidado en el cual las profesionales de enfermería externaron que este es la esencia de enfermería, el cual es una relación directa con acciones orientadas a la recuperación y satisfacción de necesidades con un valor de la persona fundamental en respeto y dignidad

CONCLUSIONES

El personal de enfermería de una institución de segundo nivel de atención identifica la implementación del cuidado como un conocimiento científico aunque ha representado un reto para profesionales de esta disciplina avanzar de un conocimiento práctico-técnico hacia un conocimiento científico.

Las profesionales de enfermería han identificado el cuidado como la parte esencial de la profesión, fundamentado en conocimientos científicos mediante la implementación del proceso de Atención de Enfermería, llevando a cabo un cuidado de calidad con pensamiento crítico y razonamiento, para contribuir a las personas a satisfacer sus necesidades para que restablezca la salud, cuando la han perdido, o bien llevando educación para la salud para que las personas se mantengan en esta condición

Se identifican diferentes funciones de cuidado las cuales pueden ser independientes o dependientes, siendo estas últimas las que más prevalecen en la institución, ya que dentro de esta hay un marcado poder hegemónico por parte del médico, en su mayoría las profesionales de enfermería espera a que estén por escrito las indicaciones para poder actuar.

Reconocen que dentro de la institución aún no están consideradas como una profesión, desvalorizando los cuidados y limitando el quehacer profesional de estas. No obstante las barreras que afrontan manifiestan que Enfermería está preparada para tomar decisiones ya que son las que están más presente durante la evolución del paciente, con un mayor contacto y responsablemente en intervenciones independientes de cuidado

Hoy la profesión que a pesar que ha tenido un gran avance y que está fundamentada en conocimientos científicos y sustentada por diversos Modelos y Teorías de Enfermería, aun dentro de las instituciones está sujeta por otros profesionales de la salud, que limita el crecimiento de la profesión

Con la de formación universitaria se abren otros panoramas en donde la Enfermera no solo desempeña el rol asistencial dentro de una institución sino que también puede emprender proyectos donde ella pueda ser líder. Considero que deberíamos dar mayor auge a este rol de enfermería para que ella misma empiece a valorarse del papel que desempeña

BIBLIOGRAFÍA

Cutcliffe Jhon. Modelos de Enfermería aplicación a la Practica. (2ª.ed), Manual Moderno: 2011; .

Proceso de Enfermería Modelo Sobre Interacción Terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE, CRE. Morlan Aguilar Victoria. Trillas. Segunda Edición. 2006

La percepción del cuidado en profesionales de enfermería M.Sc. Hernández Vergel Lázaro Luis.. Revista Cubana de Enfermería [Revista de internet]. Marzo 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192010000100007&script=sci_arttext&lng=pt.

Percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. Pavan Bison Rosa Aparecida.. Revista Granada primavera. [Revista de internet] 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100007.

Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafe de Bogotá. Daza de Caballero Rosita. Colombia .Revista Cultura de los Cuidados. [Revista de internet] 2006, N.19. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/968>.

Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de las disciplina. Siles González José. Revista Enfermería Clínica. [Revista de internet] Vol. 7 Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?q=epistemologia+y+enfermeria+por+una+fundamentacion+cientifica+y+profesional+de+la+disciplina&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5.

Cuidado y práctica de enfermería. Daza de Caballeros Rosita.. Revista Granada [Revista de internet] 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000200012&script=sci_arttext.

Gestión de cuidados con calidad desde la formulación del profesional de Enfermería. Msc. González Pérez Alejandra. Revista Cubana de Enfermería. [Revista de internet] 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400009

Necesidad social de formación de recursos no profesionales para el cuidado: Una disyuntiva para la enfermería profesional. Cruz Ortiz Maribel. Revista Granada [Revista de internet] 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300008&script=sci_arttext

La profesionalización del recurso humano de enfermería y calidad del servicio público de salud. Córdova Jaimes Edgar. Observatorio Laboral Revista Venezolana. [Revista de internet] 2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=219016846002>

Ética profesional y teorías de enfermería. Garzón Alarcón Nelly. Revista Arquichán Bogotá. [Revista de internet] 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972005000100007&script=sci_arttext&tlng=pt.

El desarrollo de la profesionalización en Enfermería en México. Oviedo Zúñiga. Revista Universitario. [Revista por internet] 2010. Disponible en: http://paraninfouniversitario.com/doc/13/Ensayos/Ensayo_83.pdf.

Estudio Cualitativo y Cuantitativo de la profesionalización de la enfermería desde una perspectiva antropológica. Faccia Karina. Revista Argentina de Salud Pública. [Revista por internet] 2009. Disponible en: <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen1/RASP102-Faccia-ProfesionalizaciondeEnfermeriades.pdf> .

Orgullo de ser enfermeros, de ser profesionales. Lic. Ulloa Reyes Luis. Revista Cubana de Enfermería [Revista de internet]. 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000100001&script=sci_arttext&tlng=en

La autonomía en la práctica de enfermería. Tapp Dianne. Revista Aquichán [Revista por internet]. 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100012&script=sci_arttext&tlng=en.

Visibilidad de la disciplina enfermera: factor mediático de la investigación. Ibarra Mendoza Teresa Ximena. Revista Granada. [Revista por internet] 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000300009&script=sci_arttext&tlng=esja.org.

Cultura organizacional de enfermería dominante en un hospital de la secretaria de salud de Morelos, México. Ortega Altamirano Doris Verónica. Revista Salud Publica Cuernavaca. [Revista por internet] 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000100003&script=sci_arttext.

Evaluación de la aptitud clínica a través de la metodología del proceso de enfermería. García Juárez Alicia. Revista Imss. [Revista por Internet]. 2010. Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A560.pdf

Enfermería como profesión. Burgos Moreno Mónica. Revista Cubana de Enfermería. [Revista por internet] 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192009000100010&script=sci_arttext.

