



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

***APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
MÉXICO: UN ANÁLISIS EPISTEMOLÓGICO***

TRABAJO TERMINAL

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA CON OPCIÓN TERMINAL EN ONCOLOGÍA**

PRESENTA:

LIC. ENF. EDITH FUENTES ESTRADA

TUTORA ACADÉMICA:

DRA. EN EDUCACIÓN LUCILA CÁRDENAS BECERRIL

REVISORAS:

DRA. ENF. BEATRIZ ARANA GÓMEZ

DRA. EN C.S. MARÍA DE LOURDES GARCÍA HERNÁNDEZ



TOLUCA, MÉXICO; MARZO DE 2014.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por iluminar y guiar mi caminar, por la fortaleza que me ha dado siempre, porque en los momentos más difíciles, me ha permitido ver todo con más claridad, comprender que las experiencias vividas, me ayudan a bien y me ha permitido concluir otra meta profesional en mi vida.

¡Gracias Dios!

Al Centro Oncológico Estatal del ISSEMyM, por el apoyo brindado para seguir superándome.

Al COMECyT, que a través de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM, me proporcionaron los medios económicos para cumplir mi sueño.

A las Dras.: Lucy, Lulú y Bety por la oportunidad de trabajar juntas y guiarme, para hacer aportaciones a la ciencia de la enfermería.

A mis Maestros por su paciencia, por transmitir y enseñarme a buscar el conocimiento.

A mis amigas con las cuales se gestó este sueño académico, la maestría de enfermería con opción terminal en oncología.

A mis compañeras, por su apoyo y por los momentos que compartimos en esta aventura.

DEDICATORIAS

A Gabriel, por el gusto de caminar juntos, por tu amor y apoyo incondicional, para lograr este sueño profesional.

A la herencia que Dios me ha dado, quienes con su chispa le dan alegría a mi vida Héli y Asher.

A mi madre Angelita con admiración y respeto, por su amor incondicional, por su dedicación a mis hijas, su gozo es haberme convertido en alguien de provecho.

A mis hermanos Misa-Anita, Fátí, Tom, José y Dani, por su apoyo incondicional y confianza, gracias por su compañía y apoyo.

A toda mi gran familia Gutiérrez.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
<i>CAPÍTULO I DISEÑO Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS</i>	14
Razones para la investigación: Contexto.....	15
ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.....	23
El camino seguido.	24
ETAPA PREPARATORIA.....	25
ETAPA DE TRABAJO DE CAMPO.....	32
ETAPA ANALÍTICA.....	34
<i>CAPÍTULO II CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, COMO CUERPO DE SABERES DE LA PROFESIÓN</i>	37
1. NECESIDAD DE UN CUERPO DE SABERES: Visión desde la sociología de las profesiones.....	38
2. EPISTEMOLOGÍA DE ENFERMERÍA:.....	45
3. CUERPO DE SABERES.....	57
a. Concepto.....	57
b. Contribución del Proceso Atención de Enfermería al cuerpo de saberes.....	63
4. CUIDADO PROFESIONAL.....	69
a. Concepto de cuidado profesional.....	69
b. Evolución histórica del paradigma del cuidado.....	78
c. El proceso de cuidar.....	84
d. Modelo de organización de las actividades de enfermería.....	87
e. La enseñanza del cuidado y el Proceso Atención de Enfermería.....	89
5. TEORÍAS Y MODELOS	92
a. Teoría aplicada a la práctica.....	92
b. El Proceso Atención de Enfermería como herramienta para aplicar las teorías y modelos de enfermería.....	96

c. Teorías de Enfermería y marcos de referencia más aplicadas como sustento, del Proceso Atención de Enfermería.....	98
d. Marcos referenciales aplicados a través del Proceso Atención de Enfermería en México.....	104
<i>CAPÍTULO III EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO MÉTODO PARA CUIDAR</i>	106
ANTECEDENTES	107
a. Antecedentes históricos.....	107
b. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el contexto mundial.....	108
c. Desarrollo del Proceso de Enfermería en Estados Unidos de Norteamérica.....	110
ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	114
a. Valoración y registro.....	117
b. Diagnóstico y registro.....	120
c. Planeación y registro.....	123
d. Ejecución y registro.....	125
e. Evaluación y registro.....	126
EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN EN MÉXICO	127
a. Antecedentes históricos del Proceso de Atención de Enfermería en México.....	127
b. La regulación del Proceso de Atención de Enfermería en México.....	128
c. El registro del Proceso de Atención de Enfermería en el expediente clínico.....	130
d. Impacto del Proceso Atención de Enfermería en la calidad del cuidado.....	131
e. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería en el Centro Oncológico Estatal ISSEMyM: replicando la aplicación de un	

modelo ecléctico.....	132
<i>CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.</i>	140
CUIDADO PROFESIONAL.....	144
CUERPO DE SABERES.....	155
MODELO DE CUIDADO: Un elemento gerencial para aplicar el Proceso Atención de Enfermería.....	186
CONSIDERACIONES FINALES.....	190
SUGERENCIAS.....	194
SUGERENCIAS PARA EL CENTRO ONCOLÓGICO ESTATAL ISSEMyM.....	195
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	196
ANEXOS.....	205

INTRODUCCIÓN

La enfermería a partir de mediados del siglo pasado ha sido reconocida como una profesión e incluso ciencia que se apropia y asume, como su objeto epistémico de estudio al cuidado. Por lo tanto posee un cuerpo de saberes propio, generado de las experiencias prácticas (técnicas) y teóricas, que sustentan sus principios y objetivos. De la misma forma, la construcción de dichos saberes a partir de la década de los noventa se ha encaminado primordialmente hacia dos vertientes; el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las Teorías y/o Modelos.

Al hacer referencia al cuidado como elemento sustancial, así como a la estructura científica representada por el PAE y la teoría de enfermería; el análisis de este fenómeno se puede abordar desde la epistemología de enfermería, la cual responde a cuestionamientos sobre la naturaleza, alcance y objeto de los conocimientos de enfermería. De la misma forma es importante resaltar que a través de diversas investigaciones se ha identificado, la brecha teoría-práctica. Lo que permite observar dos situaciones importantes; la diversidad de planes y sistemas de trabajo en enfermería y la disociación teoría. Luego entonces analizar la aplicación del PAE desde la teoría del conocimiento de la profesión, nos dará elementos para conocer si su aplicación y documentación fortalece el cuerpo de saberes propio de la profesión.

El PAE, método que aplican las enfermeras para administrar y gestionar el cuidado a las personas sanas o enfermas, a través de una atención sistematizada; está integrado de una secuencia y un número de pasos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales, reales o potenciales.

Desde su surgimiento el PAE ha evolucionado, considerado en un principio como un proceso de tres etapas, que buscaba dar solución a los problemas

identificados, hasta que Abdellah, establece que en cualquier intervención la enfermera debe utilizar el método científico. La profesión, entonces, se concibe ya como disciplina científica, que orienta su práctica con base en la teoría y se centra en el paciente. De este momento histórico en adelante su aplicación como método, se ha difundido a la mayoría de los países del mundo como la forma de fundamentar la práctica de enfermería, sin que esto signifique que su aplicación sea una realidad asistencial.

En Latinoamérica existe una gran diversidad en los sistemas y planes de trabajo utilizados en enfermería, por lo que es necesario identificar y analizar la manera en que se aplica el método científico de enfermería: el PAE. En México la Dirección de Enfermería, a través de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), busca legitimar el PAE, pero es evidente que a tres años de la emisión del Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE), éste no se encuentra difundido en todos los hospitales del país y en todos los niveles de atención, mucho más aún, no es una realidad reflejada en la práctica diaria de las enfermeras.

En el Centro Oncológico Estatal del ISSEMyM, resultado de la necesidad de brindar cuidados en el marco de la seguridad del paciente, se ha iniciado la aplicación y documentación en los registros de enfermería del PAE desde mayo del 2011, con la replicación en la utilización de un modelo ecléctico, que involucra como marco de referencia la definición de enfermería, elementos de la filosofía de Virginia Henderson, las necesidades y sistemas de enfermería del Modelo de Orem y la Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association); el cual ya se ha aplicado en un grupo de hospitales privados del país desde hace más de 15 años.

En este sentido, el objetivo general de este estudio es analizar la aplicación del PAE en México, desde la epistemología de la profesión. Particularmente, se buscó

establecer un contexto histórico, conocer su aplicación en México, a través de la opinión de expertas, mediante la realización de una entrevista, que se analizó a través de la argumentación, desde el significado del conocimiento, para proponer estrategias para la aplicación del PAE en base a la epistemología de la profesión. Partiendo del supuesto de que la aplicación del PAE, no es una realidad reflejada en la práctica diaria del personal de enfermería en México.

La presente investigación se estructuró en cuatro capítulos, en el primero se describen las estrategias metodológicas utilizadas. En el capítulo dos se examina el cuidado profesional de enfermería a partir de los referentes epistemológicos de la profesión, que para fines de la investigación se dividieron en dos núcleos temáticos: *cuerpo de saberes de la profesión*, abordando aspectos como necesidad de contar un cuerpo de saberes desde la sociología de las profesiones, epistemología de enfermería, teorías y modelos, y el *cuidado profesional*. En el tercer capítulo se estudia el proceso de enfermería como el método para cuidar, antecedentes históricos, las etapas del proceso de enfermería y formas de documentación del mismo, la aplicación del PAE en México.

En el capítulo cuatro, se presenta el análisis e interpretación de resultados, mostrándose de la siguiente manera: cuidado profesional (incluye la forma en que se conceptualiza el cuidado y el significado de cuidar), cuerpo de saberes (incluye los componentes que las enfermeras consideran conforman el conocimiento de enfermería, la forma en que aplican el PAE y los referentes teóricos de enfermería, la realidad de su práctica) y por último el modelo de cuidado (se incluye la conceptualización de las enfermeras en relación al modelo de cuidado), con la finalidad de dejar claro el sentido e interpretación de la investigación.

Por último, se presentan las consideraciones finales derivadas del análisis e interpretación de resultados, donde el cuidado se liga a los componentes axiológicos, al conocimiento y el sistema de valores y creencias de las enfermeras,

el proceso de cuidar tiene como método al PAE, dejando de un lado componentes filosóficos y teóricos de enfermería, la aplicación del PAE en la mayoría de los casos, no se documenta para dejar evidencia de su utilización en la práctica diaria y frecuentemente se admite que el principal problema es la falta de conocimiento sobre el tema y del dominio de los elementos epistemológicos de la profesión.

En México existe experiencia en relación con la aplicación de modelos y teorías de enfermería, aunque la literatura es poco evidente. Entre las teóricas más consultadas y seguidas se encuentran Virginia Henderson y Dorotea Orem. La vinculación para aplicar el PAE con base en un marco referencial o referente teórico, se ha dado, en forma de estudios de caso, pocas son las experiencias en donde se ha realizado ya como parte de un modelo de cuidado, dentro de un organización, destacándose los casos del Grupo Ángeles como pionero, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el Hospital General de México y los Hospitales del Grupo Cristhus Muguerza. Según los resultados obtenidos de esta investigación, el PAE no es una realidad en la práctica diaria de las enfermeras en México, por lo que se acepta el supuesto planteado en un principio.

Las sugerencias se abordan de forma general y específicamente dirigidas al Centro Oncológico Estatal de ISSEMyM, evidenciando que es necesario realizar otros estudios cualitativos, que muestren, por qué las enfermeras no se apropian de la epistemología de la profesión y su metodología en la práctica diaria. La sugerencias se realizan en relación a que la construcción de un modelo de cuidado debe ser con base en las necesidades de cada hospital, pero partiendo desde los elementos epistemológicos de la profesión.

CAPÍTULO I DISEÑO Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

Razones para la investigación: Contexto

El cuidado, como objeto de estudio de la profesión de enfermería y base para la práctica diaria, por demás complejo, se asume que se lleva a cabo a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), método que aplica la enfermera para identificar problemas de salud en el sujeto de cuidado, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa.

De la misma forma es importante resaltar que a través de diversas investigaciones se ha identificado la brecha teoría-práctica. Para el personal calificado, resulta evidente cómo los métodos utilizados para valorar, planear, diagnosticar y evaluar el cuidado guardan poca semejanza con los contenidos sugeridos en los artículos de revistas y los libros de texto. Refiriéndose entre otras razones, a los modelos de enfermería, como contribuyentes para ampliar dicho fenómeno; las explicaciones incluyen el origen estadounidense de los distintos modelos de enfermería y lenguaje utilizado por las teóricas. Así mismo la situación de que las enfermeras con práctica clínica se perciben como hacedoras, en tanto las teóricas se consideran las pensadoras (Cutcliffe John, 2011:16).

Lo anterior permite observar dos situaciones relevantes; la diversidad de planes y sistemas de trabajo en enfermería y la disociación teoría-práctica, ocasionada por la desorientación epistemológica en la disciplina (García, 2010:14) y nos permite considerar como lejana la realidad de aplicar el PAE en la práctica del día a día, donde la resistencia al cambio, el evidente desconocimiento del personal de enfermería profesional, de cómo y qué documentar del PAE y el cuidado otorgado en los registros de enfermería, gráficos o electrónicos, son las evidencias de esta situación que no ha permitido un verdadero fortalecimiento del cuerpo de conocimientos de la profesión, mediante la premisa de que el cuidado de enfermería, razón de ser de la profesión, hoy no puede ser concebido sin el

acompañamiento del PAE, método de enfermería para lograr la calidad de dicho cuidado.

El PAE como el método que deben utilizar las enfermeras para brindar cuidados, ha evolucionado de su concepción inicial a final de la década de los 60' del siglo pasado, donde se describió como un proceso en aquel momento de tres etapas, con las teóricas Hall, Jhonson, Orlando y Wiedenbach, que buscaba dar solución a los problemas identificados, hasta Abdellah, quien logró establecer que en cualquier intervención la enfermera debe utilizar el método científico. De este momento histórico en adelante su aplicación como método de enfermería se extendió a todos los países desarrollados del mundo para fundamentar la praxis, de tal forma que en varios países, el PAE es la base para los exámenes de la provisión de plazas, procesos de certificación del personal de enfermería e incluso la evolución a través de los últimos 40 años, ha llegado a la implementación de planes de cuidados estandarizados y computarizados. Esta situación permite inferir que el PAE es una metodología que la enfermera profesional debe conocer, aplicar y desarrollar como un estándar indispensable para brindar cuidado profesional.

Por lo tanto, el PAE, método que aplican las enfermeras para administrar y gestionar el cuidado a las personas sanas o enfermas, a través de una atención sistematizada. Está integrado de una secuencia y un número de pasos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; cuya finalidad es la de gestionar y fundamentar las actividades de las enfermeras.

En este contexto, es importante identificar cómo las enfermeras aplican el PAE, si es una realidad en su práctica diaria, quiénes lo hacen, qué avance existe, y cómo documentan el PAE en los registros de enfermería, como evidencia del cuidado otorgado. Así mismo también la forma en cómo conciben desde su objeto de

estudio, a lo que consideran un método sistemático de brindar cuidados de enfermería.

A través del tiempo, en la aplicación del PAE, como la metodología para brindar cuidados, se ha transitado desde la implementación de los postulados de alguna teórica de enfermería, el uso del modelo biomédico, entre otros, como marco de referencia, hasta la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje y diagnósticos propios, incorporando la taxonomía I y II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), hasta la vinculación de esta última, con la Clasificación de Resultados (Nursing Outcomes Classification por sus siglas en inglés NOC) y por último la incorporación de la Clasificación de Intervenciones (Nursing Intervention Classification, por sus siglas en inglés NIC), que contiene criterios de resultado sensibles a la práctica de enfermería con indicadores específicos. Los cuales al realizar la vinculación entre los mismos, se perciben como elementos que adicionan mayor complejidad al cuidado, cuando se pretende otorgar el mismo bajo una metodología científica. En la transición del PAE lineal al proceso dinámico, los países desarrollados han avanzado, hacia la aplicación de planes de cuidados estandarizados. También han establecido que para hacer evidente la comunicación del plan de cuidados entre el personal de todos los turnos, éste debe estar escrito y al alcance de todos los integrantes del equipo de salud. Una vez estructurado y escrito se debe proceder a ejecutarlo y dicha ejecución debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa (Zamora, 2006:11).

Particularmente en México, a mediados del 2008, la Dirección de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), consideró necesario disponer de una herramienta metodológica, con base en el PAE, para estructurar planes estandarizados que contribuyeran a la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles de

Atención del Sistema de Salud. Lo cual finalmente dio como resultado en 2011 el Lineamiento General para la Estructuración de Planes de Cuidados de Enfermería, en 2012 el Primer Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería y en 2013 el Segundo Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería y el Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería en su versión preliminar.

Por otro lado, dentro de la evolución histórica del PAE, cuando la metodología surgió se denominaba Proceso de Atención de Enfermería (PAE), años más adelante Proceso de Enfermería o Proceso Enfermero (PE), Método o metodología enfermera (ME), en bibliografías no mexicanas y actualmente la CPE al emitir su Lineamiento general para la estructuración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE), hace referencia a un Plan de cuidados de enfermería (la propuesta abarca sólo tres etapas de la metodología, por lo tanto, no se puede considerar como un equivalente del PAE); el uso del término ha generado más confusión, pues algunas enfermeras lo consideran un equivalente del PAE, como consecuencia de que no identifican y fortalecen los fundamentos y origen del conocimiento de la profesión y su metodología para otorgar el cuidado. Para fines de este estudio nos referiremos al mismo, como Proceso Atención de Enfermería (PAE) serie secuencial de pasos utilizados para brindar cuidado, compuesto de cinco etapas.

De esta manera, el interés de este estudio se centró en analizar, desde la epistemología de enfermería, la aplicación del PAE en México. Buscando responder a las siguientes interrogantes: ¿Cómo ha sido la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en México?, ¿Qué opinan las enfermeras expertas, sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería?, ¿Cuál es la expectativa del personal profesional de enfermería con respecto a la aplicación y registro del Proceso de Atención de Enfermería? Se han realizado pocos estudios

que analicen la aplicación del PAE desde este abordaje de la profesión, la revisión literaria nos permitió ubicar algunas evidencias como son:

En Dinamarca, Darmer, *et al.*, realizaron un estudio de tipo retrospectivo, en el cual se describe la adherencia de las enfermeras a un modelo preestablecido denominado VIPS por sus siglas en inglés (Bienestar, integridad, prevención y seguridad), el cual incluye los principales objetivos del cuidado de enfermería y el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC para organizar los datos de enfermería de forma electrónica, demostrando mejoras notables en la documentación de enfermería y la capacidad de análisis de las enfermeras. El seguimiento se hizo de tres años, las mejoras fueron después del primer año del uso de la base de datos. El modelo implementado es referido como una innovación para remplazar a una versión rudimentaria de la aplicación del proceso de enfermería, que tenía como marco de referencia la teoría de las necesidades de Virginia Henderson (Darmer, *et al.*, 2006: 525).

En Suiza, Müller, *et al.*, llevaron a cabo un meta-análisis de treinta y seis estudios en los cuales se analizó la evaluación de la calidad, la frecuencia, la exactitud y la exhaustividad de los diagnósticos de enfermería y la coherencia entre los mismos, las intervenciones y resultados. Concluyendo que al realizar diagnósticos de enfermería mejoró la calidad de la documentación, de las intervenciones reportadas, aunque se refiere falta de precisión diagnóstica, sugieren que se realicen evaluaciones adicionales para determinar la relación entre la calidad de la documentación y la práctica, así como la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados (Müller, *et al.*, 2007).

En Taiwan, Lee, *et al.*, realizaron un estudio cualitativo, utilizando la entrevista a profundidad con diecinueve enfermeras para explorar sus experiencias con un plan de cuidados estandarizado, en el cual concluyeron que los planes de cuidados estandarizados dan lugar a efectos observables en la atención de los

pacientes, ya que permiten a la enfermera contar con la información adecuada y precisa para la toma de decisiones, mejorando los registros y la atención de calidad (Lee, *et al.*, 2004:13).

En España, López *et al.*, realizaron un estudio prospectivo sobre la implementación del Plan de Cuidados en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), iniciado en febrero de 2006 en un hospital comarcal. El Plan de Cuidados incluía tres sesiones estandarizadas de educación verbal con soporte escrito para pacientes y sus cuidadores; intervenciones individualizadas durante la consulta programada de enfermería cada tres meses; y consulta (telefónica o presencial) a demanda con la enfermera. Utilizaron además los cuestionarios validados de calidad de vida, de conocimientos sobre la ICC y de cumplimiento terapéutico, concluyendo que con la implantación del Plan de Cuidados se pudo mejorar el conocimiento, la adquisición de hábitos higiénicos saludables, el manejo de régimen auto terapéutico y autocuidado familiar (López, *et al.*, 2007:25).

Gutiérrez en Colombia (2008:60-68) identificó los factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia. Realizó un estudio transversal, descriptivo, exploratorio mediante una encuesta estandarizada de 27 ítems de los cuales tres eran abiertos y el resto de opción múltiple, con el propósito de describir el uso del PAE por enfermeras de cuatro hospitales, para brindar cuidado a los pacientes y los factores que influyen en el uso del mismo; concluyendo que el PAE no se aplica por falta de tiempo durante el turno, al dedicarse a la administración de medicamentos y llevar más de cuatro años en el ejercicio profesional, pero un factor determinante en la no aplicación, es el no saber cómo realizarlo.

En México, hay enfermeras que desde hace más de 20 años trabajan para mostrar que la práctica de enfermería está fundamentada en conocimientos propios y generados a partir del ejercicio de la profesión. Es así que hoy se busca que la

enfermera evidencie el conocimiento que tiene y genera con su praxis y que éste se comparta con las colegas. En nuestro país se cuenta con pocos estudios y literatura que muestren esta realidad, Téllez Ortiz y García Flores (2012) en su obra plantean las estrategias de cómo implementar un Modelo de cuidado de enfermería y la forma de aplicarlo, usando como método al PAE. De la misma forma la aplicación del PAE ha sido estudiada desde el punto de vista cuantitativo encontrándose trabajos destacables como:

Pérez *et al.*, (2006:47-50), en el trabajo denominado Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal realizaron un estudio de tipo multicéntrico sobre el conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria, en el cual se aplicó un cuestionario de 73 ítems planteados en escala de Likert, concluyendo que un tercio de las enfermeras afirmó que la principal barrera para aplicar el Proceso de Enfermería es la sobrecarga de trabajo, otro tanto considera que es la falta de recursos humanos y materiales, y admite que el principal problema es la falta de conocimiento sobre el tema.

Ponce *et al.*, (2008:3-6), en el caso del Nivel de conocimientos acerca del proceso de enfermería y la percepción de autoeficacia para su aplicación, realizaron un estudio transversal en 154 enfermeras, aplicando un instrumento auto administrado validado por alfa de Cronbach. En el cual se sugiere fortalecer los conocimientos y los mecanismos de autoeficacia acerca del proceso enfermería para poder vigorizar el cuidado profesional para la salud de los individuos.

En la Universidad Autónoma del Estado de México el trabajo publicado como tesis, en 2004, titulado *Aplicación del Proceso de Enfermería en Instituciones de Salud Públicas y Privadas de la Ciudad de Toluca*, hace un acercamiento a la situación que guarda la aplicación del PAE en instituciones de la ciudad de Toluca pero sin referir un enfoque teórico en específico y se hace desde el punto de vista

cuantitativo; en el cual concluyeron que los profesionistas de enfermería no aplican el PAE al proporcionar cuidados, por desconocimiento o si lo conocían en la práctica no lo aplican, no lo registran y también no lo relacionan con un modelo teórico (Rossano, 2004). Por lo cual se puede afirmar que en el país hay pocas o nulas investigaciones que aborden el tema desde la epistemología de enfermería.

Para conocer qué están realizando las enfermeras en relación a la aplicación del proceso, cómo están documentando las evidencias de la aplicación del método de enfermería, cuál es la forma, si es la idónea o la recomendada por las colegas que ya nos llevan la ventaja de cuatro décadas, cómo podemos mejorar y lograr fortalecer el cuerpo de conocimientos de la enfermería, se buscó contar con información de la fuente directa: las expertas que lo han llevado a cabo.

Es importante resaltar que el proyecto de investigación tiene su origen en la necesidad personal, profesional y científica de la investigadora y es resultado del Proyecto de Aplicación del PAE en el Centro Oncológico Estatal del ISSEMyM, como una de las estrategias de calidad del cuidado de Enfermería establecidas por la Jefatura de Enfermería y la responsabilidad de la implementación y seguimiento de la Coordinación de Enseñanza e Investigación de Enfermería. Se registró ante la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados de la UAEM, con clave MEFONC-0212 y en el Centro Oncológico Estatal con el número de registro 052/2012, previa autorización del Comité de Ética e Investigación; insertándose en la línea de investigación de “El cuidado de enfermería y el paradigma social de la educación en la salud”; donde la decisión de analizar el problema de investigación desde la epistemología de enfermería, obedece a que las enfermeras tienen la necesidad y el deber de aportar elementos que verdaderamente fortalezcan el cuerpo de saberes de la profesión a partir de la generación de conocimiento científico, que nos lleve a una verdadera práctica de la Enfermería Basada en Evidencias.

Sin lugar a duda, uno de los mayores aportes de esta investigación se encuentra en la forma en que se aborda el tema, los núcleos temáticos mencionados, y que nos permite comprender la forma en que ha evolucionado la aplicación del PAE y los requisitos desde la epistemología y cómo estos están enmarcados por diversas situaciones. Es importante mencionar que este estudio puede ser considerado como un referente de otros que favorezcan a través de dicho análisis el desarrollo de la profesión.

En este sentido, el *objetivo general* de esta investigación fue analizar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en México, desde la epistemología de la profesión. *Particularmente*, se busca establecer un contexto histórico en la utilización del PAE, conocer la aplicación del PAE en México, a través de la opinión de expertas, mediante la realización de una entrevista, de la que se analizó a través de la argumentación, la forma en que se aplica y documenta el PAE desde la epistemología de la profesión, para proponer estrategias en torno a dicha situación. Así mismo en este estudio se parte del *supuesto* de que *la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, en base a la epistemología de la profesión, no es una realidad reflejada en la práctica diaria de las enfermeras en México.*

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

En la presente investigación, se aportan elementos de análisis a la profesión de Enfermería, desde la epistemología, que permitirán orientar las estrategias, en la forma de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en la praxis diaria como evidencia del cuidado y como herramienta de los Modelos de Cuidado que puede ofertar la profesión, para llevar a cabo un *cuidado seguro*, fundamentado en el cuerpo de saberes propio de la profesión. Se muestran estrategias que permitan a la profesión situarse en la realidad del cuidado y la utilización del método, considerado como propio de enfermería, para realizar las actividades inherentes

de la profesión. Donde éstas sean evidentes y se fundamenten en el conocimiento generado por las propias enfermeras.

Camino seguido.

El abordaje metodológico para este estudio fue con un enfoque cualitativo y de tipo exploratorio; por la forma en que se obtuvo, analizó, mostró e interpretó la información obtenida de entrevistas, es de tipo transversal; por el contacto con los participantes. En el cual se utilizó la Teoría Crítica para la argumentación en la fase teórica y el constructivismo en la fase analítica. Con el objetivo de conocer el significado que tiene para las enfermeras la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en México, por medio de analizar, reflexionar y argumentar si el PAE ha contribuido a fortalecer el cuerpo de conocimientos de enfermería en México. Para lograr lo indicado, se comprendió e interpretó el PAE y el propósito fue que a partir de su experiencia, como principales protagonistas del cuidado profesional en el día a día y expertas, el grupo de enfermeras entrevistadas, nos proporcionaron una visión de cómo se aplica el PAE, en algunos casos como parte de un modelo de cuidado de enfermería y cómo se podría fortalecer el cuerpo de saberes de la profesión. Lo anterior buscando dar respuesta a la pregunta del problema de investigación y al supuesto, el método utilizado fue el hermenéutico.

El estudio en sí es innovador por la forma como se planteó, desarrolló y se concluyó con proponer nuevas alternativas efectivas para la investigación en enfermería; se llevó a cabo en tres grandes momentos, se partió del *diagnóstico* del fenómeno de investigación mediante la búsqueda bibliográfica que se manifiesta a través de generar el planteamiento del problema y la justificación de la presente investigación. Para la *intervención* se realizó el Estado del arte y la etapa de campo para obtener la información de las enfermeras expertas. Por último, para la *evaluación*, se realizó, el análisis e interpretación de los datos obtenidos, a partir del mismo, se elaboraron las consideraciones finales y sugerencias, como las estrategias para la aplicación del PAE y propuestas de

solución al problema de investigación, lo cual arrojó como resultado un informe final de investigación.

Para llevar a cabo el proceso de investigación, se utilizó la propuesta de Lenise do Prado y colaboradoras, quienes proponen que las etapas de la investigación cualitativa se articulan de manera dinámica y no lineal, que pueden retornar al trabajo en cualquier momento.

ETAPA PREPARATORIA:

El primer paso realizado fue el análisis de la situación a investigar partiendo de la siguientes preguntas: ¿El Proceso de Atención de Enfermería es fortaleza de la profesión?, ¿Cuál es el diagnóstico nacional de la Aplicación del Proceso de Enfermería?, ¿En dónde consignan las enfermeras mexicanas la información generada de la aplicación del Proceso de Enfermería?, ¿Cuál es el modelo de cuidado de enfermería ideal, qué estructura científica lo debe acompañar?, ¿Cómo se ha aplicado el Proceso de Atención de Enfermería en México, a partir de que surge como método generado por las enfermeras norteamericanas? Esta situación nos llevó a encontrar pocos estudios relacionados a la aplicación del proceso como fortaleza del cuerpo de saberes, o referentes a la epistemología de enfermería. Así mismo identificar que el proceso de enfermería, considerado desde la sociología de las profesiones, como uno de los tres elementos destinados a fortalecer el cuerpo de saberes propio de la profesión. De esta manera se decidió que para analizar la forma en que se aplica el PAE es necesario abordarlo desde la epistemología de enfermería.

a) Fase reflexiva:

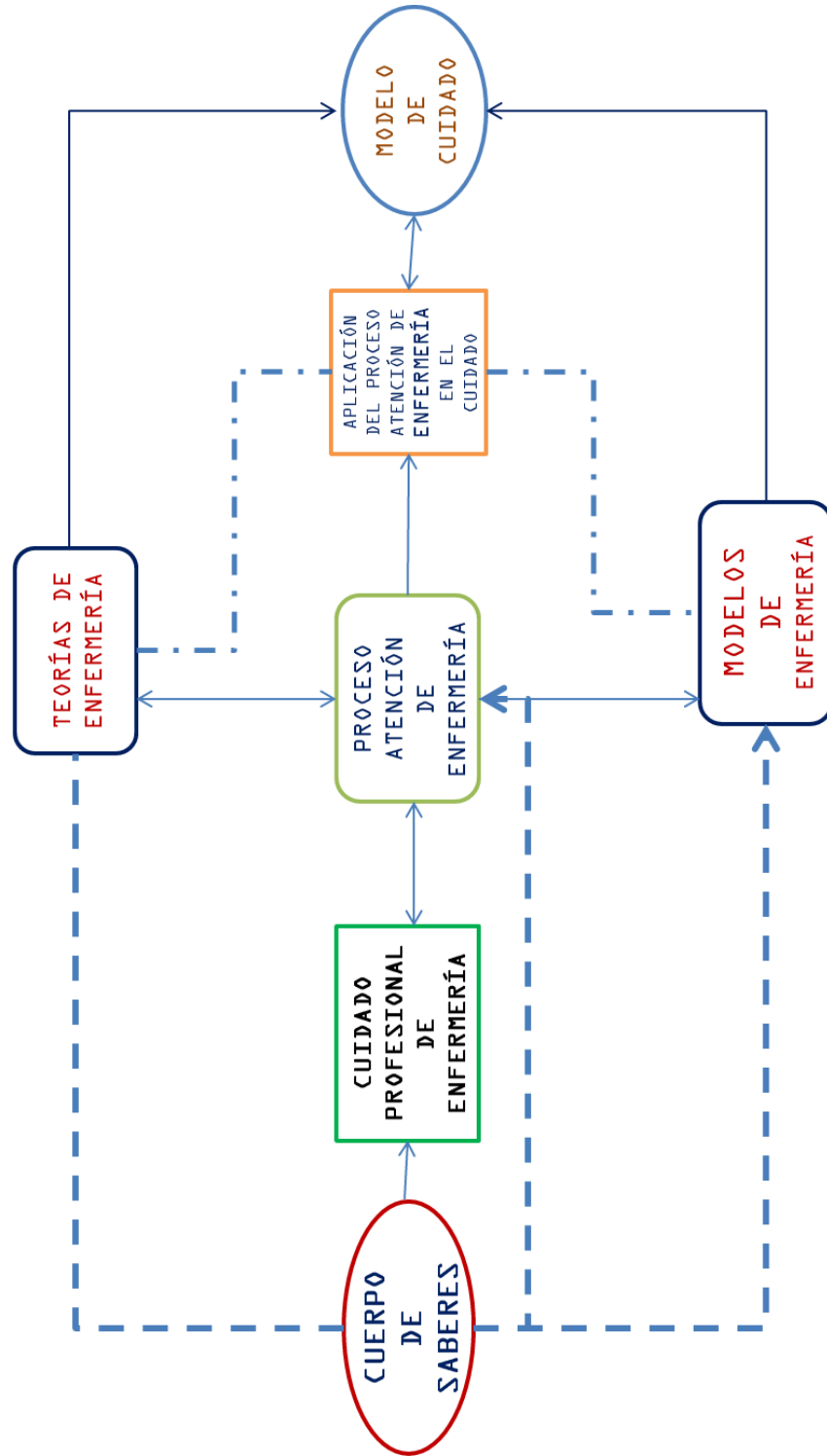
En esta fase, se realizó la búsqueda de evidencia documental existente, se llevó a cabo una indagación científica en libros, revistas y búsqueda electrónica en bases

de datos como: *LILACS, Redalyc, sitio de la Journal of Clinical Nursing* con las palabras clave: *proceso de enfermería, método de enfermería, aplicación y documentación, cuerpo de saberes, cuerpo de conocimientos, cuidado, modelo de cuidado de enfermería, teorías y/o modelos de enfermería*. Como respuesta a las evidencias de investigación en este campo se encontraron trabajos como el de Benavet Garcés (2012), Andrade Cepeda (2012), Moran Aguilar (2010) y Téllez Ortiz (2012), en los cuales las autoras y colaboradores en sus obras muestran cómo relacionar la estructura científica (marco referencial y la metodología) para aprender, practicar, evaluar y enriquecer el cuidado, es decir, fortalecer el cuerpo de saberes de la profesión. En el estudio de Lee, T. T. Chang se evalúa la experiencia de un grupo de enfermeras al aplicar Planes de cuidados estandarizados en Taiwan; sin lugar a duda Téllez Ortiz y García Flores como coordinadoras de una obra que conjunta la experiencia de siete enfermeras, son quienes para entender el caso de México nos hacen un acercamiento entre otras cosas a la *experiencia de las enfermeras mexicanas*. Finalmente esto nos permitió plantear las siguientes interrogantes: ¿Cómo ha sido la aplicación el Proceso de Atención de Enfermería en México?, ¿Qué opinan las enfermeras expertas, sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería?, ¿Cuál es la expectativa del personal profesional de enfermería con respecto a la aplicación y registro del Proceso de Atención de Enfermería?

La investigación documental se llevó a cabo a través de la selección de las categorías centrales desde la epistemología de enfermería. Toda vez que al analizar las problemáticas de investigación que surgen en enfermería, nos permite evaluar las intervenciones dirigidas al cuidado, conocer qué conocimiento forma el cuerpo de saberes y cómo se fortalece el mismo. De esta forma se realizó un recuento histórico de lo ocurrido en la enfermería y el surgimiento del PAE hasta el día de hoy, a través de la consideración de los núcleos temáticos: cuerpo de saberes y el cuidado teniendo como el subnúcleo más relevante para fines de este estudio, el relacionado al proceso atención de enfermería, también se incluyen:

proceso de cuidar, modelo de cuidado de enfermería, teorías y modelos de enfermería. Los cuales han sido objeto de estudio de varios autores en enfermería (Diagrama No. 1).

Diagrama No. 1. Categorías de investigación: aplicación del PAE



Fuente: Elaboración propia 2012.

La innovación de la fase reflexiva, se encuentra en la forma en que se aborda el PAE, los núcleos temáticos mencionados como se conceptualizan (Anexo No. 1) y que nos permite comprender la forma en que ha evolucionado la aplicación del PAE y los requisitos desde la epistemología y como éstos están enmarcados por diversas situaciones.

Así mismo, se profundizó sobre ello en el contenido de la investigación, por lo que es importante mencionar que se buscó fundamentalmente relacionar situaciones. En primer lugar analizar la aplicación del PAE y como esto contribuye a fortalecer el cuerpo de saberes de la profesión, toda vez que la epistemología de enfermería nos dice que el cuerpo de saberes de enfermería hoy parece tener, entre otras, dos vertientes que sistematizan y apoyan a la enfermería, es decir, son su fortaleza, el PAE y los Modelos y Teorías de Enfermería (Cárdenas, 2009:108).

b) Fase de planeamiento

El *método* utilizado fue el hermenéutico, que consiste en interpretar los significados, toda vez que éste facilitó, durante la fase de recopilación de información, que cada una de las fuentes investigadas se leyera, analizará e interpretará y clasificará de acuerdo a la importancia dentro del trabajo. Se seleccionaron los puntos fundamentales y se elaboró un instrumento, que por su diseño permitió sistematizar la información bibliográfica (Morice, 2003:160-182).

Muestreo (Población de estudio)

Considerando que se realizó un estudio cualitativo y el tipo de diseño, la población de estudio fueron enfermeras en ejercicio activo de la profesión, básicamente en dos funciones, las de gestión y las asistenciales, que a juicio de la investigadora se consideran informantes y/o líderes clave, por poseer información privilegiada, por lo que el muestreo fue intencional y el cual se enriqueció a través de la

selección en cadena (Burns; 2004: 279-280). Para lo cual se realizó un listado inicial de treinta participantes a quienes se les aplicaron los criterios de inclusión y eliminación. Finalmente el número de entrevistadas fue de dieciséis, partiendo de dos premisas: se trata de un estudio exploratorio pionero en el área de enfermería, para el cual se buscaron informantes consideradas clave, que han participado en la aplicación y documentación del PAE en la praxis de enfermería, quienes aceptaron participar en el estudio. La segunda se refiere a la saturación de datos por parte de la población de estudio, se consideró la calidad de los datos y el contexto del estudio.

Los criterios de inclusión:

Para las informantes consideradas en el estudio se determinaron los siguientes requisitos: Estudios mínimos de Enfermera Técnica, Especialidad Postécnica, Licenciatura en Enfermería, Maestría en Enfermería y Doctorado en Enfermería; en ejercicio de la profesión de enfermería, con una antigüedad de 5 años mínimo de experiencia profesional en el cuidado directo al usuario, o que se desempeñaran como gestoras (área administrativa y/o de docencia); que se encontraban en instituciones de salud así como educativas, desempeñándose como jefes de servicio, supervisoras y jefes de enseñanza, coordinadoras de calidad de enfermería y docentes de práctica clínica o tiempo completo; que concluyeron la entrevista en tiempo y forma, aceptaron grabar su entrevista y otorgaron su consentimiento bajo información.

Criterios de eliminación:

Se determinaron los siguientes: que tuvieran experiencia menor de cinco años en la práctica laboral, no contar mínimo con estudios de enfermera técnica especialidad postécnica, desconocer el tema de estudio, no aceptar grabar la

entrevista, no asistir a la cita o no concretar la cita en la tercer intento, no aceptar firmar el consentimiento bajo información antes de realizar la entrevista.

Técnica de recolección de datos:

En el caso de la técnica Delphi, para fines de este estudio exploratorio se elaboró un listado de diez posibles participantes en el panel de expertos, de los cuales finalmente se trabajó con cuatro. Se elaboró como instrumento para obtener los datos un cuestionario, el cual se formuló con preguntas abiertas y desestructuradas, (Anexo No. 2): considerando los núcleos temáticos: cuidado profesional, cuerpo de saberes de la profesión y los subnúcleos de proceso de enfermería, aplicación del proceso de enfermería. Con estos núcleos y subnúcleos se lleva a cabo la categorización, para la elaboración de las posibles preguntas que se incluirán en el instrumento (Anexos Nos. 3 y 4). Las preguntas del cuestionario se centraron en cuestiones epistémicas: Concepto de cuidado profesional, aspectos epistemológicos y constructivistas: concepto de cuerpo de saberes de enfermería y relación del PAE con el cuidado profesional ¿Cómo se está aplicando el PAE en la Institución en la que labora? y si es el caso ¿Cómo lo están documentando? No omitiendo comentar que esto se realizó en la fase inicial de campo, para obtener una perspectiva de las preguntas que plantearían en la guía de entrevista semiestructurada.

Finalmente se estudió la perspectiva de un grupo de enfermeras (Anexo No. 5), utilizando como método la encuesta, a través de las técnicas de entrevista y Delphi; para la primera se elaboró como instrumento una guía de entrevista semiestructurada, en la cual para dar cumplimiento a lo objetivos planteados (Anexo No. 6) se consideraron los núcleos temáticos: cuidado profesional, cuerpo de saberes de la profesión y los subnúcleos de proceso de enfermería, modelo de cuidado de enfermería. Con estos núcleos y subnúcleos se lleva a cabo la

categorización, para la elaboración de las posibles preguntas que se incluyeron en el instrumento. Se realizó una evaluación preliminar de la calidad y abundancia de los datos mediante la aplicación de tres entrevistas, en la cual se procesó la información y analizó de forma preliminar, realizando un cambio en la guía de entrevista, anexando una pregunta más y replanteando dos. Finalmente las preguntas de la entrevista se centraron en cuestiones epistémicas: ¿Qué es el cuidado?, aspectos epistemológicos y constructivistas: ¿Considera que la enfermería posee un cuerpo de conocimientos propios y qué elementos lo conforman?, ¿Cuál sería su propuesta para implementar un modelo de cuidado de enfermería?

Consideraciones éticas del estudio

La Ley General de Salud en el Título segundo, artículo 13 en relación a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, plantea que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, siempre debe mantenerse el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Se consideró que la primera parte de la investigación pertenece a la categoría de estudios sin riesgo, ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. En tanto, el Artículo 14, Fracc.V plantea que para llevar a cabo la investigación se deberá de contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Así mismo se contó con el dictamen favorable del Comité de Bioética e Investigación del Centro Oncológico Estatal ISSEMyM y el número de aprobación del protocolo 052-2013 en el sentido de que se manejarán, publicarán datos de la aplicación del PAE en el Centro Oncológico Estatal y de las

conclusiones obtenidas del estudio se aplicarán mejoras para este Centro, en relación a la forma de llevar a la práctica diaria el PAE.

ETAPA DE TRABAJO DE CAMPO

Técnica Delphi:

Acceso al campo:

Como parte del contacto inicial, buscando favorecer el vínculo con la población participante del panel de expertos, se localizaron en una primera vez por correo electrónico y se envió la carta de petición vía electrónica. En el primer acercamiento se les dio a conocer el propósito del trabajo y la importancia sobre su participación, los requisitos de participación, solicitando la confirmación del participante en el estudio, se estableció la fecha y se solicitó la información.

Recolección de datos:

Para la realización de la técnica en medida de lo posible se buscó que las participantes se sintieran con libertad de expresarse. Se recabaron datos generales, como son trayectoria académica y laboral, edad, años de experiencia, género, institución y servicio de ejercicio laboral. Se envió un segundo y tercer cuestionario, previo análisis del primero. Se desarrolló un cuestionario final. Las herramientas que se utilizaron, son una PC, internet y cuenta de correo electrónico, hojas, impresora.

Salida del campo:

Al finalizar las rondas de recolección de datos, se imprimió la información y se verificó que el procedimiento concluyera correctamente. Procedimiento en el que considero es de suma importancia el dominio de la tecnología ocupada, ya que de forma personal borré un correo, por lo cual tuve que volver a solicitar la información, explicando a la participante lo ocurrido, quien se encontraba en una

ciudad distinta a Toluca y no accedió a continuar participando por esta situación. Se agradeció a cada participante e incluso se dio la oportunidad a comentarios de las participantes en relación a la investigación.

Entrevista a profundidad:

Acceso al campo:

Como parte del contacto inicial, buscando favorecer el vínculo con la población en estudio, las participantes, se localizaron en una primera vez por vía telefónica y se enviaron cartas vía electrónica. En el primer acercamiento se les dio a conocer el propósito del trabajo y la importancia sobre la entrevista, la duración, los requisitos de participación, solicitando la confirmación del participante en el estudio y se estableció la fecha y lugar donde se efectuó la entrevista.

Recolección de datos:

Para realizar y grabar la entrevista en la medida de lo posible se buscó un ambiente óptimo, libre de ruidos, en el que las entrevistadas se sintieran con libertad de expresarse y ser grabadas. Para garantizar la confidencialidad de la información, se obtuvo el consentimiento informado (Anexo No. 7) para grabar la entrevista y la participación en la misma. Se utilizó la guía de entrevista diseñada con anterioridad y la recolección de datos se hizo en dos momentos: En la parte inicial de la entrevista se indagaron datos sociodemográficos, como son trayectoria académica y laboral, edad, años de experiencia, género, institución y área específica de ejercicio laboral. Posteriormente se realizaron las preguntas planteadas en la guía. Las herramientas que se utilizaron son una grabadora y un diario de campo, donde se registró lo acontecido durante la entrevista (gestos faciales y expresiones corporales, postura, datos relevantes o acontecimientos relacionados a la situación de la entrevista).

Salida del campo:

Al finalizar la entrevista se verificó que el procedimiento concluyera correctamente. Procedimiento en el que considero es de suma importancia el dominio de la tecnología utilizada, ya que de forma personal cuando realicé la entrevista número 12 no se grabó, por lo cual tuve que volver a realizarla y en el caso de esta investigación la participante se encontraba en una ciudad distinta a Toluca. Se agradeció a cada participante y se dio la oportunidad a comentarios que las mismas realizaron y no fueron grabados por petición de las participantes.

ETAPA ANALÍTICA

Técnica de análisis de datos

La fase de análisis se desarrolló a partir de cuatro procesos cognitivos: comprensión, síntesis, teorizar y recontextualizar. Así como el buscar comprender los significados de los datos, mediante el análisis de las frases y oraciones.

Se realizó de la siguiente manera; en un primer momento, de forma retrospectiva al argumentar durante la elaboración del estado del arte, dando a conocer la visión de los autores, la experiencia y visión del investigador, así mismo la experiencia del panel de expertos de la técnica Delphi. Se inició con el análisis de la información obtenida de la técnica Delphi y para elaborar el reporte final, los puntos de consenso, así como la argumentación de soporte se integró como parte del marco teórico de este trabajo, en los apartados citados en el segundo y tercer capítulos.

En un segundo momento se conjuntaron los aspectos teóricos y prácticos que se obtuvieron de la aplicación de la guía de entrevista semiestructurada, al trabajar la información obtenida de la misma. El *análisis de datos* se realizó mediante el análisis de contenido de los textos de las entrevistas. Se escucharon y

transcribieron cada una de las entrevistas de forma literal, obteniéndose 243 cuartillas de las 16 entrevistas. Se dio lectura y relectura de la información para verificar la correcta transcripción de la información y en caso necesario se corrigieron los datos. Para la *codificación de la información* se realizó la descomposición del texto de cada una de las entrevistas y se procedió a agrupar la información de acuerdo a los núcleos y subnúcleos previamente definidos, vaciándose los datos en una matriz de datos en Excel, por cada núcleo y subnúcleo; para lo cual la lectura fue renglón por renglón. En dicha matriz se colocó en la primera columna la transcripción literal, en la segunda columna se realizó la limpieza del texto literal, eliminándose muletillas, palabras repetidas, o información fuera del tema de estudio o información expresiva no significativa, en la tercera columna se colocaron las ideas principales, para interpretar la información, y posteriormente se obtuvieron los campos semánticos que permitieron estructurar la narración para la presentación del análisis e interpretación de resultados.

El análisis se realizó partiendo de una síntesis de los sectores agrupados por cada participante que vertió de acuerdo a los núcleos de estudio y las categorías semánticas y se llevó a cabo el análisis final de la información que surgió por cada núcleo y subnúcleo temático. La información se describió de acuerdo a la respuesta para cada núcleo temático o subnúcleo utilizando tres elementos: el análisis de contenido de las respuestas de las participantes, las palabras e interpretación de la investigadora con lo cual se procedió a la elaboración de los resultados.

Con la descripción de los datos se dio respuesta al supuesto planteado. Relacionando e interpretando y dando significado, a través de la argumentación, los datos obtenidos de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, con las bases epistemológicas de la profesión.

Una vez realizado el análisis de datos, se infirieron estrategias para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, siguiendo las consideraciones y propuestas de las entrevistadas. Es importante resaltar que dichas propuestas son el precedente para continuar con los ajustes necesarios al trabajo realizado al día de hoy en COE del ISSEMyM para continuar con la aplicación y documentación del PAE, en por lo menos dos servicios más de este Centro y finalmente se elaboraron las consideraciones finales y sugerencias.

CAPÍTULO II CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, COMO CUERPO DE SABERES DE LA PROFESIÓN

1. NECESIDAD DE UN CUERPO DE SABERES EN ENFERMERÍA: Visión desde la sociología de las profesiones.

El análisis de los elementos que constituyen a las profesiones se puede hacer desde la sociología de las profesiones, o tomando como referente la epistemología; cuando el objetivo es estudiar lo relacionado a la forma en cómo llegan al conocimiento las ciencias; aspecto que se abordará más adelante de forma detallada. En este trabajo se consideró esencial, tener el antecedente del primer aspecto, para poder establecer, el contexto del estudio y su objetivo primordial.

Para la sociología de las profesiones, una profesión es considerada como tal, cuando reúne una serie de requisitos que la distinguen de una ocupación, ha desarrollado un proceso de profesionalización que la consolida y fortalece. Diversos eruditos del tema han definido el concepto de profesión y a su vez lo han planteado en diversos momentos.

Elliot Freidson, sociólogo y médico, describe como profesión a “un grupo ocupacional que se reserva a sí mismo la autoridad para juzgar la calidad de su propio trabajo”, derecho que es ganado por los mismos profesionales por medio de establecer una relación de confianza con las personas a las que le sirven: y el reconocimiento de su aportación, por lo tanto deberá partir de quienes la reciben (Freidson, 1978: 39). “Las profesiones que tienen tras ellas un cuerpo de conocimientos más sustancial y teórico están más capacitadas para convencer a la sociedad de la necesidad de sus servicios particulares y quizás de persuadirla de su derecho a hacerse responsable de ello” (Freidson en Hernández, *et al.*, 1997: 23).

Para Wilensky, citado por Machado: existen dos características básicas que distinguen, en el mercado, profesión de ocupación. “La primera es el carácter

técnico de la tarea del profesional, ya que la misma se basa en *un cuerpo de conocimiento sistemático*, adquirido a través de una formación escolar. Se presupone que "este conocimiento" fue transmitido por otros profesionales que "hablan el mismo lenguaje". La segunda característica tiene relación con las normas y reglas profesionales en que se orienta para ejecutar su tarea. En otros términos, esta tarea y/o actividad representa un conjunto de actos sistemáticos y continuos, que obedecen a una cierta lógica técnico-científica" (Machado, 1991:29).

Styles, plantea que la profesión implica "la generación de un conjunto de conocimientos avanzados y destrezas, un sistema de valores elaborado, que es transmitido mediante una formación académica y una socialización profesional amplia"; aunado a estos conceptos, se afirma que "el núcleo de la disciplina profesional, se deriva del sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular" (Cabal, Guarnizo:2011:74-75).

Algunas autoras en enfermería han abordado el tema como Esther C. Gallegos y Maricel Manfredi; para la primera autora una profesión es tal si 1) tiene educación formal extensa, rigurosa hasta el postdoctorado con práctica independiente, 2) dicha educación se basa en teoría, 3) la autorregulación es en base a estándares profesionales y tiene capacidad para certificar a los que la ejercen, 4) autoridad sobre sus clientes en base a la formación recibida y la comprensión técnica de los fenómenos de su interés, 5) altruismo como su guía de motivación, 6) identificación entre colegas, 7) prestigio otorgado por la sociedad. Para Maricel Manfredi la profesión es una ocupación con la obligación de desarrollar un cuerpo de conocimientos propio, que le permite resolver problemas de uno o de toda una colectividad, oferta un servicio único que ningún otro profesional oferta, con reconocimiento social por esto y este servicio único se rige por un código de ética.

La existencia de este cuerpo de saberes único y sus doctrinas le son indispensables para lograr su estatus profesional (Fuentes, *et al.*, 2000: 57-58).

Por otro lado, Catherine Hall consideraba que hay doce categorías principales de una profesión, en 1953 refiere: 1) constituye un servicio a la comunidad, 2) poseer un cuerpo de conocimientos que busca acrecentar de continuo, 3) se encarga de preparar a las personas que van a desempeñarla, 4) establece sus propias normas, 5) adapta sus servicios a las necesidades que se van presentando, 6) acepta la responsabilidad de proteger al público al cual sirve, 7) trata de utilizar de manera económica a las personas que la ejercen, 9) está motivada más por el compromiso con la causa a la cual sirve, que por consideraciones de tipo económico, 10) se ajusta al código de conducta basado en principios éticos, 11) convoca a la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar fines comunes, 12) se gobierna a sí misma.

Leddy Pepper plantea cuatro categorías (características intelectuales, elementos prácticos, servicio a la sociedad y autonomía) para evaluar la calidad de la profesión; en la que denomina elementos prácticos, hace referencia a que la enfermería incluye habilidades especializadas que son únicas y esenciales para ejercer una profesión única (Fernández, 2008: 81-83).

Según Cárdenas (Fernández, 2008:80), existen dos características que distinguen a una profesión de una ocupación de mercado:

- El carácter técnico de la tarea profesional, el cual tiene una base en el cuerpo teórico de conocimientos sistemáticos, que se adquieren mediante el estudio previo escolarizado.
- Normas y reglas en las que orienta su práctica profesional.

Una profesión se ha definido también en literatura de enfermería como “una ocupación que requiere una formación extensa o una vocación que exige

conocimientos, cualificaciones y preparaciones especiales. Una profesión se distingue de otras ocupaciones por: a) su requisito de formación especializada prolongada para adquirir un conjunto de conocimientos relativos a la función que se va a desempeñar; b) una orientación del individuo hacia el servicio, ya sea a una comunidad o una organización; c) investigación en curso; d) un código deontológico; e) autonomía, y f) una organización profesional” (Kozier, 2013:17).

Luego entonces, uno de los elementos imprescindibles que distingue a una profesión, es la posesión de un cuerpo de saberes, el cual se adquiere mediante estudios previos, para poder ejercer la profesión. Está definida como tal, cuando existe un cuerpo específico de conocimiento para actuar en una realidad social y organizada.

La enfermería, se ha referido por algunos autores como Machado en la literatura propia de la sociología de las profesiones como semiprofesión, ya que según la misma en 1991 refería, hay ausencia de un cuerpo específico o definido de conocimiento, así como la inexistencia de un mercado de trabajo inviolable (Machado, 1991:28).

En este contexto, toda profesión, al asumirse como tal debe contar y consolidar su cuerpo de saberes. Si bien la enfermería es una profesión relativamente joven es importante estudiar y analizar cómo se ha contribuido a fortalecer sus saberes desde el método de la profesión. Se considera que el método científico es el medio que ocupan las profesiones para validar sus conocimientos y crear las teorías y las leyes que las rigen. La enfermería tiene una ocupación que reclama como suya y únicamente de su competencia, para lo cual cuenta con un método o herramienta que le permita llegar, igual que las otras profesiones, a la teoría y la generación del ciencia, este método es el PAE que le permitirá aumentar y fortalecer su cuerpo de saberes, de la misma forma validarlo.

A partir del siglo XVIII, el saber médico tomó la dimensión del hospital, medicalizándolo. Fue así, que la enfermería pasó a asumir un papel preponderante en el mantenimiento del orden y la disciplina del hospital y el médico pasó a utilizar el individuo-paciente, como objeto del saber y de su práctica. "Las dos prácticas, la médica y la de enfermería, que eran independientes, se encontraron en el mismo espacio geográfico, el espacio hospitalario, y en el mismo espacio social, el del enfermo. Se comienza así a construir la teoría del objeto de la medicina dedicada al cuerpo y el modelo religioso de enfermería va siendo, poco a poco, sustituido por un cuidado del ambiente del paciente, para dar condiciones para que la naturaleza actuara en el cuerpo del enfermo. Mientras el saber de la medicina va pasando del medio ambiente al enfermo, la enfermería se centra en su ambiente" (Machado, 1991:35).

Si partimos de la sociología de las profesiones, la enfermería, al igual que las demás profesiones, es un producto social que se adapta a cada suceso histórico de la forma que le es posible de acuerdo a las circunstancias del momento. Por citar un ejemplo, la enfermería religiosa fue la única opción posible en las circunstancias sociales en las que surgió y se desarrolló. Las profesiones, están determinadas por las necesidades sociales, una profesión se constituirá a partir de una actividad necesaria para la vida del grupo social. Por lo tanto se entenderá por profesión al ejercicio retribuido de una actividad para la que se requieren estudios previos. Aunque tiene un quehacer exclusivo que realizar, la forma en que surge determina su evolución, sin que en la mayoría de los casos se consoliden como una profesión, y solo llega a "semiprofesión" este es el caso de la enfermería, afirmación hecha por Colliere en su libro *Promover la Vida* (Colliere, 2009: XV).

Es evidente que la enfermería en la medida que se asume como profesión, debe fortalecer, acrecentar y difundir el cuerpo de saberes que fundamenta su práctica;

es decir, continuar generando su conocimiento propio, situación que para las enfermeras no ha sido fácil, toda vez que su hacer en el momento en que tomó la dimensión del hospital y compartió con el médico el mismo espacio, la profesión médica centró todo su quehacer en el cuerpo del enfermo, la enfermera se centró en su ambiente, y entonces no estudiaba o se formaba para cuidar al sujeto de su atención, sino era una ocupación, que para ejecutar sus acciones se encontraba sujeta a una profesión, la médica.

Con la profesionalización en el siglo XIX la enfermería inicia su formación de manera formal, pero la interrogante era ¿Qué debería aprender una enfermera o qué conocimientos tenía que saber? Estos fueron, en un inicio los que planteó Florencia Nightingale y que dieron como resultado en ese momento, que la enfermera se sometiera al trabajo médico, pasando a ser una actividad complementaria enlazada a la actividad médica, transformándose en actividad paramédica, subordinada y dominada por el modelo médico. El carácter disciplinario de la profesión resume el papel, distinguido en los hospitales, de mantener "el orden en la casa". Entonces, si bien Nightingale plantea en su obra los principios de su filosofía para ejercer la enfermería, el saber o el conocimiento que la enfermera necesitaba para cuidar, era el que determinó la profesión, que predominaba en el campo hospitalario, la médica.

En México la situación es muy similar, sólo que varias décadas después, de la misma forma que la enfermería norteamericana, los conocimientos que las enfermeras utilizaron para cuidar en un inicio tuvieron un enfoque biologicista; resultado de lo que los médicos consideraban que una enfermera debía saber. Ya con la formación universitaria a nivel licenciatura y posgrado, las enfermeras se preocupan por contar con fundamento teórico de su práctica, retomando el marco de modelos filosóficos-teóricos y el PAE que surgen en la década de 1950-1960, respectivamente, en Estados Unidos.

Hasta los inicios de la década de 1990 es cuando las enfermeras cobran conciencia de la importancia no sólo de poseer un cuerpo de saberes, sino de identificar y delimitar su objeto de estudio y de trabajo que debe constituir el eje de la profesión, iniciando una lucha contra la práctica empírica, que hasta el día de hoy no ha terminado, buscando fundamentar cada una de sus acciones básicamente a partir de dos vertientes, los modelos y teorías de enfermería y el PAE (Cárdenas, 2005: 266).

Nos referiremos al conocimiento específico de enfermería, como cuerpo de saberes propio de la profesión, toda vez que no podemos dejar de lado que los saberes y prácticas de la enfermería tienen una fuerte herencia empírica milenaria. Siendo una profesión ejercida en su mayoría por mujeres, éstas no sólo aportan su conocimiento adquirido en la formación, sino que su actuar incluye lo que consideran un valor agregado pero que también se fomenta durante la enseñanza, el enfoque humanístico, la sensibilidad empática de buscar alivio, consuelo y armonía en dos situaciones que impactan al ser humano, su salud y la enfermedad, preservando con ello la vida o ayudando a bien morir desde el punto de vista técnico y humanístico.

2. EPISTEMOLOGÍA DE ENFERMERÍA

La epistemología, literalmente significa teoría del conocimiento o de la ciencia, como rama de la filosofía, considera la historia del conocimiento y tiene como fin cuestionar cómo la ciencia llega al conocimiento (naturaleza, métodos, limitaciones y desarrollo del conocimiento), es decir, según Bunge, citado por García, “es el terreno particularmente adecuado para advertir la integración de la ciencia, de la filosofía y de las humanidades, pues se ocupa de los fundamentos y procedimientos de todas las ciencias. Entre ellas las ciencias de la salud” (García, 2010: 11).

Para referirnos al conocimiento específico de enfermería, es necesario comprender la descripción de los elementos que constituyen lo que se denomina el paradigma de enfermería, a decir de T. Kuhn, aquellos conceptos que han sido identificados como el área de interés por los integrantes de la disciplina, así como las propuestas generales que describen las relaciones entre ellos, buscando el refinamiento conceptual y la precisión empírica o ambas cosas, lo que el mismo autor también llamó matriz disciplinar (Lorenzano, 1996:8-19).

En su propuesta dicho autor nos plantea la estructura de la evolución de la ciencia compuesta por cuatro etapas:

- Período preparadigmático: largo período histórico previo a la consolidación de un campo científico, y que concluye cuando se instala un paradigma.
- Período paradigmático de ciencia normal, de larga duración, con sus etapas de expansión y de crisis: toda una comunidad científica investiga aceptando el paradigma, hace que éste se desarrolle y con él, el conocimiento científico de una manera característica. Esto es así, pues los científicos ya no dedican su tiempo a discutir las bases de su conocimiento que se dan por sentadas, y pueden entonces

explorar exhaustivamente el campo de conocimiento que abrió el paradigma.

- Un corto período de ciencia extraordinaria: Este es el momento en el cual un pequeño grupo de investigadores, en general jóvenes y no demasiado comprometidos con el paradigma, sin un gran capital simbólico que perder en el cambio, comienzan a investigar en la construcción de marcos conceptuales alternativos. Se inicia una fase de ciencia extraordinaria que va en busca de un nuevo paradigma.
- Una brusca revolución científica: cuando lo logran construir, se encuentran en posesión de un nuevo aparato conceptual incompatible e inconmensurable con el anterior, que permite que sean aplicaciones suyas, intrigantes, problemas que el paradigma viejo no podía resolver, y otras impensables anteriormente. Conserva además muchas de sus aplicaciones más prestigiosas, y muchos de sus recursos técnicos y formales.

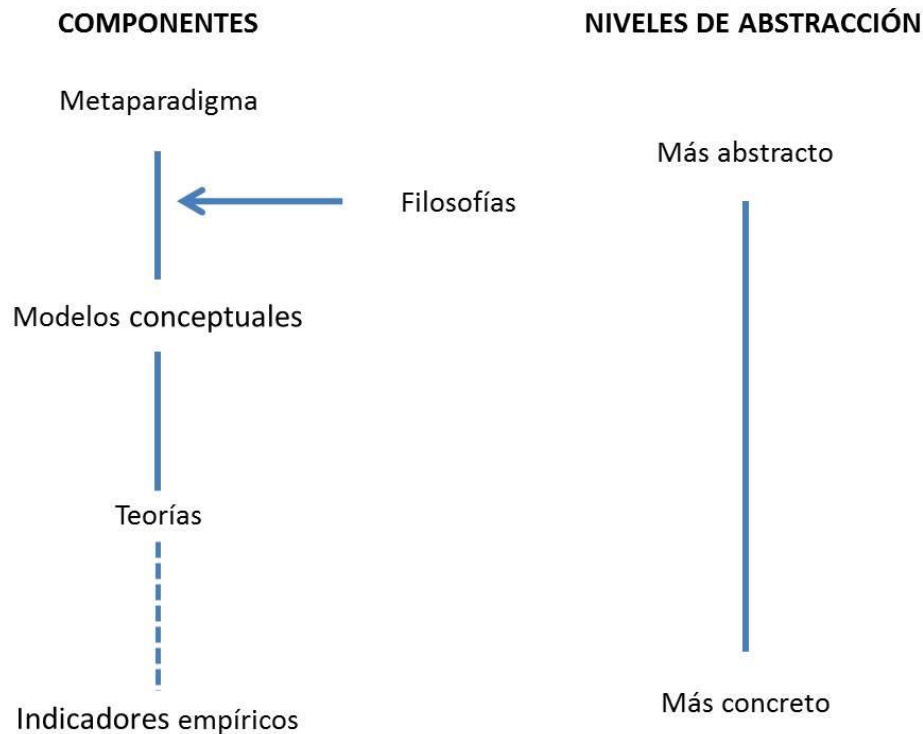
La historia reitera los ciclos de ciencia normal, ciencia extraordinaria y revolución científica.

Para la enfermería la construcción de su paradigma se ha tratado relativamente poco, diferentes autores han hecho aportaciones sobre cuál es el paradigma que predomina, o incluso han lanzado a debate, si la enfermería se encuentra en etapa preparadigmática o definitivamente ya está instalada en la etapa paradigmática. De la misma forma el debate se ha centrado sobre cuáles son los elementos que componen dicho paradigma. El cual por la evolución histórica de la enfermería en sus inicios tuvo un enfoque empirista y más adelante con la profesionalización, cuando las enfermeras alcanzaron el grado de maestría y doctorado el enfoque cambio a interpretativo.

La epistemología en enfermería busca presentar el panorama sobre la evolución del conocimiento en enfermería. En donde es necesario referirnos a la disciplina profesional y sus componentes: perspectiva, dominio, definiciones, conceptos existentes y aceptados por enfermería, así como los patrones de conocimiento. De la misma forma es necesario explicar la relación de la teoría, práctica e investigación. En resumen, Meléis citada por Durán, afirma que el dominio de la enfermería lo integran: los conceptos y problemas más importantes del campo de interés; procesos de valoración, diagnóstico e intervención; instrumentos para la valoración, diagnósticos e intervenciones; diseños y metodologías de investigación congruentes con el conocimiento de la enfermería y los fenómenos de su dominio. Esto se traduce en las teorías de enfermería cuya fuente son: la práctica diaria, el paradigma biomédico, la experiencia de las enfermeras, los roles, las ciencias básicas, la práctica ideal de enfermería, el proceso de enfermería y los diagnósticos y las intervenciones de enfermería. Donde las formas de conocer están dadas por los patrones de comprensión; perspectivas del conocimiento (empíricas, orientación de género y la teoría crítica); patrones de teorización; y las formas de conocer propias y los modelos metateóricos (Durán, 2002: 8-13).

Una forma clara y precisa de mostrar la estructura del conocimiento de enfermería es la propuesta hecha por Fawcett, donde se identifican cinco componentes: metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teorías y los indicadores empíricos. Se muestra la manera en que los aspectos básicos derivan a partir de los elementos filosóficos, llegando hasta los componentes más elementales y empíricos de la misma. Donde a partir de los elementos del metaparadigma de enfermería (persona, salud, ambiente y cuidado de enfermería) al ser influenciados por la filosofía de cada teórico se llegó a la formulación de modelos conceptuales. La teoría, y sobre todo la teoría de rango medio o de mediano alcance, instrumentaliza la acción de la práctica y hace que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión mucho más operativa del

fenómeno. Los indicadores empíricos son los elementos observables y medibles o cualificables, que se traducen en la práctica de la enfermería (Fawcett, 2005:4-30).



Cuadro 1.- La jerarquía estructural del conocimiento de la enfermería contemporánea: componentes y niveles de abstracción. Tomado de Fawcett, 2005:4.

Otra autora que ha abordado la forma de conocer en enfermería es Bárbara Carper, quien identificó cuatro patrones de conocimiento derivados del análisis de la estructura del conocimiento de enfermería. “En 1978 la vasta mayoría del conocimiento generado por la enfermería era empírico. Las enfermeras sabían cómo reducir y hacer objetivo el conocimiento, sabían controlar las variables, lo que desconocían era gran parte de los cimientos filosóficos de la práctica y de su conocimiento” (Pinto, 2002:45; Durán, 2002:11-12). Su trabajo permitió que la enfermera identificara cuatro patrones de conocimiento que centraron el desarrollo disciplinar:

- Empírico: o ciencia de la enfermería, cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos.
- Estético: o el arte de la enfermería, que se manifiesta por el acto artístico.
- Personal: o de conocimiento personal, expresado por ser sí mismo y ser.
- Ético: o conocimiento moral de la enfermería, caracterizada por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares.

El conocimiento se genera de la realidad, poco a poco se ha ido consolidando, implica una gama de fenómenos, unos muy abstractos y otros muy concretos. Sin importar qué tan complejo sea, siempre estará sujeto a un sustento teórico y a un pensamiento filosófico. Para Enfermería, el primer momento del desarrollo del conocimiento fue intuitivo; la experiencia frente al manejo de situaciones fundamentadas en el ensayo y error, los conocimientos fueron transmitidos de una generación a otra mediante el lenguaje oral, convirtiéndose el cuidado en una vocación de ayuda y de servicio en la que se acumula una experiencia empírica y un quehacer que no se diferenciaba de otros oficios. Posteriormente se da la necesidad de buscar un fundamento teórico acorde con el desarrollo de otros conocimientos para prestar el cuidado. Se originan prácticas sanitarias orientadas al cuidado de las personas, haciendo énfasis en las normas de higiene, de control del medio ambiente, hacia la observación de los pacientes y su comodidad, a la administración de medicamentos ordenados por el médico (Ariza, 2011:19).

Como en la evolución de cualquier ciencia, en Enfermería, la filosofía aclara los conceptos, sistematiza la forma de pensar apoyándose en elementos como el sentido común, la lógica, la prueba y la ética. Permite el análisis crítico de la estructura de la realidad, del origen estructural y alcance del conocimiento, el argumento válido, la acción humana y sus valores, la belleza o la estética, y la

historia de la misma filosofía para componer críticamente determinadas argumentaciones.

Estudiar la base de los saberes de la profesión, nos permite también, referirnos, al término transdisciplinariedad, que implica argumentar, analizar y establecer el proceso que emplea enfermería cuando retoma los conocimientos de otras áreas y cómo referirlos a la profesión, esto es, al hacerlos suyos a través del *proceso de enfermería*, se convierten en saberes propios. Esto implica transitar por campos de conocimiento que estuvieron separados, tendiendo entre ellos puentes, significa también, la delimitación en la práctica, de los campos de actuación derivados del conocimiento, de la utilidad concreta que se da a éste (Morán, 2010:8-9).

El análisis de estos fenómenos en la profesión de enfermería requiere de considerar la observación y el cuestionamiento sobre las intervenciones dirigidas al cuidado, sobre lo eficaz, a diferencia de lo que simplemente se cree que se hace así, en este trabajo dichas observaciones se dirigen sobre todo a uno de los dos aspectos considerados esenciales en el cuerpo de saberes propio de la profesión de enfermería, el método para brindar cuidado, el PAE, para cuestionar la forma en que la enfermería llega a las intervenciones dirigidas al cuidado; es decir al conocimiento que genera y utiliza para cuidar como respuesta de su práctica profesional. El PAE se concibe como una de las funciones que realiza la enfermera de manera única, es decir, se convierte en un método propio de la profesión. Emitir un diagnóstico con base en respuestas humanas ante el fenómeno de la salud- enfermedad, sólo lo hace la enfermera.

Por tanto, los cuidados de enfermería adquieren su razón de ser en la contribución cuantitativa y cualitativa que hacen a la vida de la persona, estructuras anatómicas y al funcionamiento que desarrollan estas estructuras. El análisis de los cuidados debe realizarse del origen; la persona y su contribución a la salud o enfermedad

que va a determinar el fin último de los mismos, para después concretar las características que tendrán los cuidados en cada caso, pues estos dependerán de la persona, estado de salud, recursos y disponibilidad. El cuidado de enfermería está dirigido a satisfacer las necesidades personales cotidianas; mediante esta satisfacción contribuyen a mantener las estructuras y el funcionamiento humano integral y satisfactorio.

El cuidado, como objeto epistémico de la profesión, en primer lugar al día de hoy ha sido sujeto de poca investigación. Esta falta de investigación está relacionada con la formación de las enfermeras, ya que hasta la mitad del siglo XX el profesional de enfermería se consideraba como subalterno de los médicos. Que estaba bajo sus órdenes, por lo que por sí sola no tenía facultades para desarrollar su cometido, el cuidado. De esta forma al no lograr su objetivo, difícilmente era capaz de describirlo y de profundizar en el mismo.

Esta situación ha ido cambiando en el panorama mundial a partir de la mitad del siglo pasado, como resultado de la incorporación de la enfermería a la universidad en Estados Unidos de Norteamérica y en Europa. Pero el atraso considerable, mayormente en los países en vías de desarrollo, donde esta inquietud es motivo de investigaciones, apenas hace una década. Lo cual ha dado como resultado que la enfermera no siempre sea capaz de planificar cuidados individualizados, guiados por una concepción de la disciplina o ciencia de enfermería. Por lo tanto, no utiliza instrumentos de trabajo elaborados desde esta concepción y menos los modifica, si es necesario, con el objetivo de optimizar el cuidado. Es necesario que las enfermeras se inspiren en una concepción de su disciplina, comprendan e integren los postulados y valores subyacentes en ésta e impregnadas de los diferentes elementos, hacerlos suyos.

Cada día se hace más necesario contar con evidencias de que los métodos, técnicas y recursos que se utilizan en la aplicación del cuidado profesional son los

ideales o bien pueden ser mejorados. Es importante que la investigación esté presente para dar respuestas a estas interrogantes y dar una respuesta adecuada a la necesidad del cuidado de las personas y los grupos. Así aplicar nuevo conocimiento en todos los campos de la práctica, en la clínica, la docencia, la gestión y la misma investigación. Sin la investigación en el cuidado, no se avanzará en la práctica.

El cuidado es la fuente de conocimiento de la profesión, y es la aportación específica de la enfermería a la salud de las personas. Entonces, los cuidados como el núcleo de la profesión, dan como resultado una disciplina que se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud. Teniendo como esencia de la profesión al cuidado, las enfermeras se interesan, por conceptos del meta paradigma como son: persona, entorno, salud y enfermería y a partir de éstos generan el conocimiento único y propio de enfermería, cuyo resultado principal son los modelos y teorías.

Entonces es necesario comprender el cuidado, como objeto vital de la disciplina, primero desde lo general, más allá de las corrientes de pensamiento y de las concepciones, partiendo de los elementos constitutivos y activos. Una vez que esto ha sucedido, situar al cuidado dentro de una filosofía. Estos principios han sido expresados por Kérouac cuando nos habla de lo esencial de la profesión y son los siguientes (Kérouac, 1996: 60-73):

1. La enfermera demuestra un compromiso personal y profesional del acto de cuidar. Esto sucede cuando se reconoce la importancia del acto de cuidar.
2. La enfermera acompaña a la persona, la familia, el grupo o comunidad en sus experiencias de salud, manteniendo la dignidad de ellos y respetando sus diferencias. Es decir, respetar el ritmo de cada persona, sin imponer sus propios valores. Contribuyendo a elecciones que respeten la dignidad de las personas.

3. Por su presencia, su atención y su disponibilidad, la enfermera favorece el desarrollo del potencial de la persona que vive experiencias de salud. Aumentando las capacidades de la persona para obtener o utilizar los recursos pertinentes.
4. La enfermera se inspira en conocimientos específicos de la disciplina y aplica principios específicos que guían su arte de cuidar. Por lo tanto, el actuar de la enfermera lo respaldan los conocimientos adquiridos y desarrollados por las mismas enfermeras.
5. Además de los conocimientos específicos de la disciplina, la enfermera integra conocimientos de otras ciencias en la comprensión de la experiencia humana de salud. De igual forma, que otras profesiones, la enfermería requiere de adquirir conocimientos de otras ciencias. Pero siempre enfocados a comprender las experiencias de salud de las personas.
6. La enfermera aprovecha recursos y conocimientos con el fin de facilitar diversas transiciones vividas por la persona, familia o grupo y promover la salud. Por lo cual, aprovecha los recursos del entorno de la persona, con el propósito de maximizar el valor y calidad del cuidado.
7. La enfermera se compromete en los procesos interactivos con la finalidad de promover la salud y favorecer la curación. Los procesos interactivos tienen dos vertientes, la primera de persona y su entorno para favorecer la participación de la persona. Y la segunda se dirigen al personal que otorga cuidados en esta perspectiva y se expresan mediante la coordinación, la continuidad de los cuidados, la colaboración interdisciplinaria y complementariedad de roles.
8. La enfermera da los cuidados individualizados en colaboración con la persona, la familia, el grupo y la comunidad, según un proceso heurístico, llamado, gestión clínica. Esto permite a la enfermera poner a prueba la creatividad, descubrimiento y transformación, es decir, utiliza un proceso de circularidad.

9. La enfermera reconoce su propia competencia y la de sus colegas, que pueden proceder de otras disciplinas, y con ellas contribuye al objetivo de optimizar el valor de los cuidados prodigados. El gremio colabora entre sí, es decir, las enfermeras clínicas, investigadoras, educadoras y gestoras colaboran para la común misión social. Lo cual requiere de tener delimitado de forma específica el campo del cuidado de enfermería para lograr la verdadera colaboración.

Lo anteriormente citado se retoman de *El Pensamiento Enfermero* de Kérouac, un libro escrito en 1994 y traducido al español en 1996, pero lo cual no ha sido concientizado en la práctica diaria de las enfermeras mexicanas, pues es frecuente no identificar al cuidado, como el objeto de estudio de la profesión y aún más, no siempre se ha generado el conocimiento suficiente para fundamentar el ejercicio de la profesión en base al cuidado, ya que cuando se pregunta qué es el cuidado no se responde con seguridad y certeza lo que es.

Esto nos permite ver, que la disciplina profesional tiene que ver con la existencia de un cuerpo propio de saberes de naturaleza aplicable, que suministre las plataformas teóricas de la práctica, de tal forma que este conocimiento pueda ser comunicado, examinado y difundido. Se debe considerar que la enfermería en su proceso para que sea reconocida como disciplina, ha tenido y tendrá que continuar mostrando que tiene un dominio propio, que cuenta con una estructura conceptual específica, tal como lo ha demostrado la revisión bibliográfica realizada para este trabajo, que se expresa con un lenguaje y símbolos especializados, reconoce los valores y creencias, establece redes de comunicación y fortalece sistemas de educación que le son propios.

Sin embargo, es necesario que se lleve a cabo un proceso, mediante el cual se d  sentido a la acción y se genere un desarrollo teórico adecuado y continuo que dirija y cualifique la práctica, ya que hay un gran desconocimiento por parte de los

profesionales que trabajan en la asistencia, de todo el cuerpo de saberes con el que se cuenta.

Los modelos y teorías son el ejemplo de la estructura de lenguaje y pensamiento que acrecentó el conocimiento de enfermería, es importante resaltar que es también a través de la praxis y la investigación en donde se fortalece ese conocimiento empírico.

Cada disciplina reclama un cuerpo de conocimientos distinto y específico y la determinación bajo la cual ese conocimiento se genera, prueba y emplea. La enfermería como tal, requiere mantener su carácter único definido por la visión de sus propios integrantes y apoyarse en la forma en que sus teóricos más avanzados plantean la comprensión de los fenómenos o áreas de interés. Pero estos avances deben ser ordenados para que se puedan socializar internamente y así aprender y crecer con ellos y para apoyar la validación y refinamiento de los mismos (Ariza, 2011:25).

Entonces, en enfermería la epistemología nos permite encontrar respuesta a los conocimientos sobre la naturaleza, alcance y objeto del conocimiento de enfermería. Durán nos plantea dos situaciones:

- Conocimiento que se genera y las enfermeras utilizan para cuidar.
- El conocimiento que se genera en respuesta a la práctica profesional, es decir, el que hoy forma parte del cuerpo de saberes propio de la profesión (Durán, 2002: 8).

Siendo la investigación, el desarrollo teórico y la práctica basada en el conocimiento obtenido, a través de los dos primeros, los ejes, alrededor de los cuales gira la epistemología de la enfermería.

Para concluir es importante destacar que el elemento, por el cual se vinculan la epistemología en enfermería y la sociología de las profesiones, es uno, considerado como indispensable para que una profesión se asuma como tal, su conocimiento propio, que en enfermería y para fines de este trabajo denominamos cuerpo propio de saberes; definido éste como el conocimiento generado por las enfermeras y que fundamenta su ejercicio profesional, el cual derivado de la forma en que ésta ejerce la práctica profesional, tiene fuertes componentes empíricos, pero también hoy por hoy conocimientos teóricos, y cuyo puente de unión de ambos es el método científico empleado en la práctica, el PAE. Pues la teoría proporciona los criterios para guiar el PAE.

Por lo tanto, una profesión se considera como tal cuando posee conocimientos propios, los cuales adquiere mediante la formación universitaria y le permiten actuar ante una demanda social. Pero además este saber se encuentra socializado entre los integrantes de la misma, quienes lo identifican como área de su interés, su paradigma o matriz disciplinar. Esto, en la realidad, se traduce en que las enfermeras han aceptado el paradigma, desarrollan y exploran el conocimiento que lo originó. Para fines de este trabajo se considera que los componentes del paradigma de enfermería hoy, se agrupan en dos grandes grupos: el primero conformado por los cuatro conceptos del metaparadigma (cuidado de enfermería, persona, salud y entorno), los modelos conceptuales, las teorías de enfermería y los indicadores empíricos, y el segundo por los elementos de soporte que permiten que los cinco anteriores puedan ser llevados a la práctica real, la filosofía de enfermería y el PAE. Resaltando que cuando se otorga el cuidado utilizando el método científico de enfermería, respaldado por un marco teórico, surge un elemento hoy aún complejo de identificar y socializar por las enfermeras y el cual es del dominio en México, sólo de un pequeño grupo del gremio: el modelo de cuidado.

3. CUERPO DE SABERES

a. Concepto y antecedentes

El conocimiento nació con la humanidad y por lo tanto se remonta a los orígenes de la misma, como resultado del deseo de saber, averiguar y conocer. Lo que le ha permitido a los seres humanos transitar hacia la generalización de los hechos, es decir, establecerlos, y por lo tanto ahondar en los conocimientos y predecir comportamientos. Esta situación, no ha permanecido ajena a las corrientes de pensamiento de los diferentes filósofos y el método científico y los aportes han sido toda una revolución científica, que se opuso a lo sucedido en la Edad Media y que retomó las corrientes de pensamiento de los primeros filósofos.

De tal forma que hoy no podemos concebir el conocimiento de enfermería sin una filosofía o forma desde la cual se enfoque el cuidado; objeto de estudio de enfermería. Muchos son los obstáculos que ha tenido la profesión de enfermería y diferentes las situaciones sociológicas y epistémicas que han afectado a nuestra profesión. La cual no ha hecho más que seguir la evolución lógica que han seguido todas las ciencias, con la única diferencia de tipo temporal, en la medida de que se ha comenzado más tarde que en otros ámbitos de la ciencia, a crear metodologías propias y a considerar su práctica dentro del ámbito científico.

En cuanto a la influencia de la medicina tenemos: la identificación y desarrollo de dos saberes, el saber médico y el saber enfermero, que son ideológica y estructuralmente distintos desde sus orígenes. El papel de quienes se pueden identificar como las enfermeras a lo largo del tiempo (partera, matronas romanas, diaconisas, etc.) ha sido menos místico, más terrenal. Sus conocimientos eran públicos y no esotéricos, eran transmitidos abiertamente (Benavent, 2012:47).

Asimismo, desde el inicio de la formación, los saberes médicos constituían la base de los saberes de enfermería, la formación de las enfermeras estaba en manos de los médicos, quienes por obviedad les transmitían lo que consideraban necesario, así como los valores para la práctica, situación que hoy en día aún se da, cuando un médico imparte conocimientos al gremio, ya que al no socializarse el objeto de estudio, y el conocimiento propio de enfermería, no siempre se logra un trabajo interdisciplinario y por lo tanto que las enfermeras se formen un juicio crítico y fundamenten su objeto de estudio, el cuidado.

“Por otro lado, el debate sobre la actividad de enfermería es problemático, en la medida en que ni las propias enfermeras tienen claridad de su objeto de trabajo. Unas dicen que es el cuidado directo del paciente; otras, el planeamiento hospitalario, mientras otras afirman que la gran posesión del mercado de trabajo de la categoría, es la supervisión. No hay consenso. Hay muchas discusiones y pocas definiciones” (Machado, 1991: 32).

La situación citada en los dos párrafos anteriores ha favorecido la falta de identificación y fundamentación del campo disciplinar de enfermería, por parte de las enfermeras, que más bien caen en una situación de sumisión. Donde una vía de solución se encuentra en la fundamentación de las acciones profesionales, en el cuerpo de saberes de la profesión, que de sustento a las decisiones.

Es evidente que la enfermería a lo largo de su desarrollo se ha hecho responsable de aspectos no relacionados con los cuidados de la salud. Aunque por otro lado en su evolución profesional ha desarrollado, *propuesto aportaciones específicas* para lo que considera *su área de competencia*, más allá de lo que la sociedad le exige, por lo tanto; ha contribuido a la mejora de la salud de las personas, los grupos, y en definitiva de la comunidad, por lo que ha generado conocimiento propio, sin que esto signifique que el mismo sea del dominio de todas las enfermeras o del dominio público.

No podemos dejar de mencionar que el objeto de estudio de la enfermería se ocupa de algo esencial: el cuidado, que en apariencia, parece poco importante, los cuidados de la salud de la persona y los grupos, pues cuando se cubren de forma habitual y normal no se valoran, ya que forman parte de lo cotidiano de la vida de la personas.

El cuerpo de conocimientos, tanto en su adquisición como en su aplicación, ha implicado básicamente dos determinantes: los elementos del contexto general en los que se gesta la enfermería (corrientes de pensamiento, concepto de salud, tipo de atención ofrecida) y de las características propias de la profesión y sus componentes que la constituyen de forma específica, siendo esta la base sobre la cual se desarrolla la práctica de la enfermería. Por lo que el conocimiento que sustenta el cuidado profesional de enfermería tiene su origen en dos aspectos: 1) En lo público, en conocimientos empíricos, al igual que en las explicaciones que se basan las ciencias. Con la variante de que los cuidados de la salud por tratarse de necesidades de las personas, involucran los sentimientos y se circunscriben a lo privado. 2) El saber que sustenta el cuerpo de saberes de la profesión ha sido de forma tradicional construido desde la experiencia de la práctica y por lo tanto está ligado íntimamente a los periodos históricos de la humanidad y los conceptos que se tengan de salud, de enfermedad y el tipo de atención que se preste a estas situaciones. De esta manera el conocimiento se individualiza a las necesidades que demanden de los cuidados de salud en cada momento.

La construcción formal del cuerpo de saberes de enfermería, inició a mediados del siglo XIX, lógicamente unido al proceso de profesionalización de enfermería, que coincidió con los grandes cambios sociales. Es entonces cuando Florence Nightingale sentó las bases de lo que hoy se considera el inicio de la enfermería científica, que condujo años después, a principios del siglo pasado, a que “Dock, predijera que los profesionales de la enfermería se convertirían en “productores de conocimiento” (Benavent, 2012:118).

La necesidad de contar con un cuerpo de saberes en la enfermería es una situación de controversia no sólo para las enfermeras, es evidente que existe un desconocimiento de la génesis y aún más de la trascendencia que tiene para la profesión. Es indispensable que la enfermería fortalezca su área de conocimientos propia, que reclama como suya y que ningún otro profesional de la salud ejecuta.

La adquisición del saber de enfermería, ha estado condicionada por las concepciones de salud, de enfermedad y el tipo de atención que se ofrece a las personas o sujetos de cuidado y los procesos que han influido en la evolución de la profesión, que en ciertos momentos y circunstancias parecen alejarla del saber. La ciencia encuentra su origen en la idea de los cuidados de salud de las personas y grupos. “El conocimiento que se genera de enfermería procede del método hermenéutico o fenomenológico, ya que no le interesa llegar a un conocimiento objetivo, sino llegar a un conocimiento consensuado.” Otro de los métodos usados en la obtención de conocimientos es el socio-crítico, que se fundamenta en la ciencia acción, ya que el conocimiento se centra “en” y “para” la acción, y la construcción de la realidad comienza a manifestarse a través de la acción reflexiva de las personas y las comunidades” (Téllez, 20012:4).

Por otro lado, la posición de enfermería como profesión se fortalecería enormemente si también pudiera tener dominio sobre un cuerpo de conocimientos y habilidades que se puedan practicar de forma independiente de la medicina, un cuerpo de conocimientos y habilidades cuyo uso no estuviera supeditado a la dirección proporcionada por la medicina.

Lo que establece eficazmente la fuerza de las diferentes profesiones es el cuerpo especializado de conocimientos y habilidades sobre el que cada una tiene poder exclusivo; lo que los hace profesionales, en lugar de técnicos, son los requisitos adicionales que el juicio discrecional basa en algún cuerpo de teoría abstracta, sustentado en una estructura formalizada, en la vigilancia estrecha de las reglas y

procedimientos de las guías de aplicación de su conocimiento y habilidades en las que pueden confiar para ejercer cuidados (Graffylia, 2006:132).

Por otro lado, la literatura generada del conocimiento propio de la enfermería empezó en 1860 con Forence Nightingale, pero tardó un siglo en consolidarse, es hasta la mitad del siglo pasado cuando las enfermeras de Estados Unidos de Norteamérica, justo al acceder a los estudios de maestría, se preocupan y ocupan del pensamiento teórico en enfermería, y la literatura científica propia de enfermería se comenzó a producir. Como profesión, “la enfermería está estableciendo un cuerpo de saberes bien definido de conocimientos y experiencia. A la base de conocimientos de enfermería contribuyen una serie de marcos conceptuales, que dan una orientación a la práctica de enfermería, la enseñanza y la investigación en curso” (Kozier, 2013:18).

A partir de la década de 1990, la construcción de conocimientos se ha encaminado hacia dos formas que sistematizan y apoyan a la enfermería; el PAE y las Teorías y Modelos, los cuales buscan delimitar claramente el objeto de estudio y trabajo de la profesión (Cárdenas, 2005: 283-285).

En México, se tiene acceso a literatura generada por las enfermeras, en su mayoría extranjeras, y se cuenta con varias revistas, libros y publicaciones electrónicas diversas, propias de las diferentes áreas de aplicación de cuidado de enfermería, pero son pocas las enfermeras que compran o pagan la literatura de enfermería y aún más la difunden entre todo el gremio.

Por lo tanto, al respecto consideramos que enfermería cuenta con un cuerpo de saberes propio, compuesto de diversos elementos. Esto lo podemos explicar de la siguiente manera:

- La naturaleza de la disciplina profesional es el cuidado de enfermería, el cual es origen del desarrollo conceptual, ejercicio

profesional, la investigación y la formación de los recursos humanos, es decir, es el equivalente a su ser. Sus elementos constitutivos en primer lugar están dados por la visión de interacción, lo que le da el carácter de disciplina tal y como se reconoce hoy por la legislación mexicana. En segundo lugar al otorgar el cuidado de salud, es necesario conocer al sujeto de cuidado en su individualidad, su situación de salud específica y la forma particular del ejercicio profesional.

- El procedimiento de gestión del cuidado se relaciona al quehacer. Es decir, el desarrollo de las acciones contempladas en el ejercicio profesional, implica la intervención de enfermería (definición de políticas de salud, promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación), la aplicación del cuidado individual y colectivo mediante un método que permita organizar las acciones. En la literatura de enfermería, estos componentes se encuentran ya claramente identificados, definidos y desarrollados por diferentes autores; sobre el quehacer se identifican diversas aplicaciones, entre las que el PAE es el método con mayor frecuencia seleccionado por las teoristas para describir la gestión del cuidado (Cabal, Guarnizo; 2011:75-77).
- Las filosofías, los modelos conceptuales y las teorías de rango medio, determinan los conceptos esenciales o metaparadigmáticos de Enfermería: persona, salud, entorno, cuidado-enfermería, influenciando por lo que cada teorista comprende de cada uno de ellos, ofreciéndose para las enfermeras una gamma de saberes que les permiten adoptar la postura más adecuada para ofertar cuidado más conveniente a cada necesidad detectada. Estos continúan vigentes como ejes del ejercicio, la educación y la investigación disciplinar.

Hoy se refieren con mayor frecuencia al PAE y los Modelos y teorías, hace falta fortalecer, validar y consolidar los mismos, generalizándolos a grupos completos de enfermeras, de tal forma que en el campo de acción que nos encontremos, todos hablemos un mismo lenguaje. Es evidente que el cuerpo de conocimientos de enfermería tiene un gran número de componentes empíricos, si bien en los hospitales hoy se fundamenta el hacer de la enfermera, en los manuales de procedimientos técnico médicos; pocos cuentan con un modelo que fundamente el cuidado que ofertan las enfermeras, más aun la aplicación del método científico de enfermería, una filosofía sobre la cual fundamentan sus comportamientos al brindar cuidados, que buscan el bienestar humano, son estos elementos, los que definen la forma de cómo las enfermeras perciben el cuidado ofertado.

Por otro lado, no podemos omitir mencionar la forma en cómo se transmite el conocimiento, ya que la mayoría de veces es en forma de tabúes, mitos o construcciones conceptuales, lo que ha dificultado la transmisión de lo que se sabe y se hace, así como también el acceso al conocimiento.

b. Contribución del Proceso Atención de Enfermería al cuerpo de saberes

Si bien el desarrollo del conocimiento de la enfermería inició a mediados del siglo XIX con la profesionalización de la enfermería de la cual Florence Nightingale es la precursora, y éste evidentemente coincidió con los cambios espectaculares en la sociedad de aquellos tiempos de tipo políticos, económicos, sociales y mejoras en las condiciones de vida, los cuales sin duda alguna repercutieron en la salud de la población, utilizando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidado de enfermería.

Posteriormente, Virginia Henderson, con su teoría de las catorce necesidades básicas en el paciente, estableció las primeras bases para una nomenclatura

propia para definir problemas y prioridades de enfermería, lo que se relacionaría con la fase diagnóstica, partiendo de una valoración previa y luego una evaluación sobre la disminución del papel del personal de enfermería a medida que se logra la independencia del paciente.

Así mismo, Dorothea Orem en su teoría del déficit de auto cuidado, incluye la etapa diagnóstica y de planeación en la definición de los requisitos de auto cuidado para obtener los resultados esperados y los sistemas de enfermería que tienen que ver con las acciones, se relacionan con la fase de ejecución del proceso.

Particularmente, la teórica Ida Jean Orlando es quien fundamenta como tal el proceso por medio de la Teoría del Proceso de Enfermería, que incluye los elementos básicos de éste, dados por el contacto enfermera-paciente.

Más adelante, Marjory Gordon, enfermera norteamericana, introduce el término de patrones funcionales, definidos como “una expresión de integración psicosocial, influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales” los cuales son once patrones de enfermería: cognoscitivo perceptual, nutricional-metabólico, actividad y ejercicio, eliminación, manejo de salud, descanso y sueño, reproductivo sexual, creencias y valores, relaciones de rol, auto percepción-auto concepto y adaptación y tolerancia al estrés, para realizar la valoración del sujeto de cuidado y a partir de ellos definir el diagnóstico de Enfermería (Gordon, 1996:74).

Desde allí, empieza la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de Enfermería. Es así como indirectamente se cimienta el PAE, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero que se encontraba implícito en cada una de las actividades de Enfermería, a través de la valoración del herido en combate, utilizando la observación y la identificación de problemas para brindar cuidado;

luego esta metodología va evolucionando y en los años 70' se adiciona al proceso la etapa diagnóstica. Bajo esta perspectiva, podría decirse que el PAE, nace de la necesidad de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica (Reina, 2010:2).

La enfermería es reconocida como una ciencia desde mediados del siglo XX, cuando se considera a la disciplina como parte de la investigación científica, ya que es un conjunto de acciones planificadas que permite resolver total, o de manera parcial, un problema científico determinado; rechazar supuestos de una teoría ya existente, crear y validar nuevas teorías. Por lo tanto, posee un cuerpo de saberes propio, mismo que sustenta sus principios y objetivos, ya que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica y posee, además, un método científico propio para su actuar: el PAE.

La práctica científica a lo largo de la historia se ha visto influenciada por las corrientes científicas de pensamiento, pasando por el positivismo, el neopositivismo, historicismo, estructuralismo; éstos últimos ponen énfasis en el estudio de la lógica, la semántica y la epistemología.

De la misma forma, una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; la enfermería como cualquier otra profesión debe cumplir con este requisito, si quiere ser admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica. Las diversas disciplinas han adoptado como método para resolver sus problemas o preguntas al método científico, que al aplicarse a nuestro ámbito ha recibido el nombre de Proceso de Atención de Enfermería (Fernández, *et al.*, 2007:3).

Si partimos del hecho de considerar al método científico como un medio para explicar y enseñar los fenómenos desde sus principios y causas, la profesión

busca incorporar este instrumento a su práctica diaria y lo hace, como un procedimiento para llevar a cabo sus actividades y, más tarde elaborar la teoría de enfermería.

La utilización del Método Científico, como un procedimiento para sistematizar el cuidado profesional, a través del PAE en sus etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, no significa por sí solo, que la enfermería ya sea científica. Se requiere de fortalecer su cuerpo de saberes propio, mostrando la forma particular de su conocimiento, sus componentes teóricos y desarrollar la práctica sobre lo que se consideran sus principios y bases, expresados en la teoría general de enfermería.

Por lo tanto, para que la práctica de la enfermera no se transforme meramente en una actividad técnica, se debe basar en teorías de las ciencias naturales y humanas y en las interrelaciones entre ambas, con el objeto de que los cuidados sean efectivos y la persona comprenda la esencia de su importancia. De esta forma, los cuidados estarán dirigidos a contribuir al buen funcionamiento humano, basados en principios éticos, y deberán ser compatibles con las expectativas y los valores de la persona. “El proceso de atención de enfermería adquiere sólo su verdadero significado, para la profesión y la disciplina, con una teoría como referencia” (Benavent, 2012:56).

Esto significa que para que la práctica de enfermería no se transforme en técnica, debe tener como base teorías de las ciencias naturales y humanas y las interrelaciones entre ambas, para lograr cuidados efectivos y que realmente las personas comprendan su importancia.

La construcción de la ciencia de enfermería pasa por el establecimiento de un marco teórico que incluya la finalidad y sentido de la existencia profesional, los aspectos metodológicos con los que se lleva a cabo este aporte y la intervención

en el campo de acción. Entonces los conocimientos que constituyen la ciencia de enfermería y las explicaciones científicas construidas, conforman el cuerpo de saberes propio, sistemático e interrelacionado que explica el objeto de estudio de la profesión: el cuidado. Y para lo cual Benavent dice: “en la realidad actual el objeto de estudio de la disciplina lo construyen: 1) El marco teórico enfermero (las teorías y los modelos de cuidados enfermeros), 2) El método para aplicarlos en la práctica enfermera (El PAE)” (Benavent, 2012:67).

La contribución del método de enfermería al cuerpo de saberes inicia en la década de 1950 del siglo pasado, con el desarrollo de la investigación. Cuyos resultados evidentes son los modelos de cuidados o las teorías de enfermería, que exponen explicaciones teóricas a las situaciones de enfermería y el método con el cual deben de ser aplicadas en la práctica asistencial, y los resultados, son los que validan los conocimientos teóricos.

De esta forma el PAE es el método científico que guía la actuación de la enfermera para garantizar cuidados de calidad, su organización a través de sus cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas, permiten planear sistematizadamente el cuidado. Así cada etapa permite utilizar herramientas útiles que facilitan el pasar del PAE teórico a un sistema de trabajo realista.

El “PAE se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño), ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran” (Reina, 2010: 2-3).

Luego entonces, para concebir y aplicar el PAE, son necesarios ciertos requisitos, previos del profesional de enfermería, como son conocimientos, habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, especialmente de la anatomo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades fortalecidas en el proceso de formación y la crítica generada a partir del conocimiento genérico y el asumir una posición constructivista.

Ahora bien, con lo anterior es evidente que enfermería requirió de un método de trabajo que guíe su práctica profesional para dar cuidados y a su vez aplicar los patrones de lo que se considera su cuerpo de saberes propio: empírico (científico), estético (arte), ético y personal; a pesar de contar con el PAE desde hace 60 años, no es común su uso en la práctica de enfermería debido a múltiples factores, entre los que destacan los diferentes enfoques bajo los cuales se ha enseñado, es difícil poder aplicarlo y la única preocupación de la enfermera (o) es la de integrarse al trabajo rutinario (técnico) y por lo tanto no se ve reflejado en la praxis profesional, como un modo de pensar y de actuar para mejorar la práctica (Rodríguez Hernández, *et al.*; 2008:435).

Esto es, que el significado que le atribuye la enfermera al PAE en la práctica se presenta como un instrumento técnico y no como en el sentido holista que pregona tanto la enfermería, según el estudio de Rodríguez, teóricamente reconocen las enfermeras la importancia del PAE, pero la mayoría no utiliza el método en el trabajo diario para dar cuidados, refieren que esto es por la forma en que fue enseñado. Dentro de la práctica ven al proceso como una carga más de trabajo, porque piensan que lo tiene que plasmar en papel y ellas no tienen tiempo para esto, por el exceso de trabajo, asimismo no han identificado que lo hacen a diario, aunque de manera mecánica (Rodríguez, 2008:436).

4. CUIDADO PROFESIONAL

a. Concepto de cuidado profesional

El significado que se da a un término es fundamental para la idea que se tenga del mismo. El término cuidado, entre los teóricos y académicos de enfermería, no cuenta con una definición de enfermería, de aceptación general por el gremio. Al considerar al cuidado como el objeto de estudio de la profesión, es evidente que se requiere de estudiar el término para conocer a profundidad su significado. Esto pudiera ser atribuible a la complejidad de la enfermería como disciplina y sus fenómenos que la conforman.

Según los diccionarios etimológicos clásicos, el término cuidado deriva del latín *cura*. Esta palabra es un sinónimo erudito de cuidado, se escribía *coera* y se utilizaba en el contexto de relaciones de amor y amistad. Expresaba la actitud de cuidado, de desvelo, de inquietud y de preocupación por la otra persona amada o por un objeto con valor sentimental (Boof, 2002:172-173).

El diccionario de la Real Academia Española recoge el origen latino de la palabra cuidado, *cogitatus*: “pensamiento”. Esta relación cuidado-pensamiento confiere al cuidado un significado de acción mental, intelectual o volitiva, más que un significado de acción física o motriz. En su primera acepción, el diccionario define a este término como un sustantivo masculino y lo describe como “Solicitud y atención para hacer bien alguna cosa”. En su segunda acepción se define como forma verbal: “Acción de cuidar, asistir, guardar, conservar. El cuidado de los enfermos, la ropa, la casa”. Otra acepción sería: Recelo, preocupación, temor, correr una cosa al cuidado de alguien”. Como intersección (¡cuidado!) “se emplea en son de amenaza o para advertir la proximidad de un peligro o la contingencia de caer en un error”. También es descrito como locución adjetiva “que ha de ser

tratado con cautela, que es peligroso”, “estar de cuidado”, etc.” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española; 2001:710).

Por su propia naturaleza el término de cuidado incluye entonces dos significados básicos, vinculados. El primero se refiere a la actitud de desvelo, de solicitud y de atención hacia el otro. El segundo a la actitud de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente implicada y vinculada afectivamente al otro.

María Moliner, plantea diversas definiciones, entre las que adquieren significancia para los cuidados de enfermería menciona: cuyo fin es “para que salga lo mejor posible”, “para evitar un riesgo”, “para evitar un mal efecto”, “para que no se estropee algo delicado”. De la misma forma, Manuel Seco, en un diccionario fraseológico, el cual describe los términos de acuerdo a su uso más frecuente, se menciona al cuidado como: “Acción de cuidar”, y de forma plural como “Atenciones con que se cuida a una persona delicada o enferma” (Benavent, 2012:72).

El significado en inglés se hace a partir de la palabra “care y caring” este término engloba, al mismo tiempo, los aspectos científicos, humanistas, instrumentales y expresivos, así como el significado, elementos todos inseparables unos de otros en el acto de cuidar. Las teóricas de la escuela del Caring Watson y Leininger consideran que la calidad del cuidado implica agregar o abrir este significado a las dimensiones como espiritualidad y la cultura (Kérouac, 1996:42, 142).

Si comparamos el significado del castellano con el inglés, u otros idiomas como el francés “soins” y en italiano “curas”, estos tres últimos se refieren a la acción de cuidar y se pueden relacionar fácilmente con los cuidados de la salud o estéticos.

A diferencia de lo que sucede con el término en español, donde el significado, si bien hace alusión a una acción intelectual, más que a una acción física o motriz,

en la práctica cotidiana se relaciona más al cuidado con el hacer, que con el pensar, incluso en la concepción de las mismas enfermeras.

De lo anterior podemos observar que tanto los significados, como las acepciones, se relacionan básicamente con actividades intelectuales y actitudinales. Más que con actividades de acción, al contrario de lo que sucede con otros idiomas. No se ha encontrado una relación entre el cuidado y la práctica profesional de la enfermería. Esta debilidad semántica existente en los diccionarios, sumada a la debilidad conceptual desde el punto de vista profesional, puede dar como resultado final el uso inadecuado del término cuidado y los fenómenos relacionados con él. Esto demandaría de los profesionales de la enfermería la creación de un lenguaje que defina de forma clara el cuidado y sus fenómenos.

Retomando la situación de que entre los académicos de enfermería no existe una definición de enfermería de aceptación general. Algunos perciben al cuidado de enfermería de la siguiente manera: Orem menciona: es asistir, según sea necesario; donde el campo de conocimiento y servicio humano cubrirá las limitaciones de la personas por medio del autocuidado en su salud y reforzando sus capacidades de autocuidado. Los modelos centrados en cuidados psiquiátricos tienden a mirar el cuidado de enfermería como un proceso interpersonal (Peplau, 1952, Orlando; 1961, Travelbee, 1996). King (1968) es una defensora del postulado del cuidado de enfermería como una interacción social. Leininger considera al cuidado de enfermería como la ciencia y arte humanista aprendida, que se centra en el comportamiento, funciones y procesos de cuidado personalizado dirigido a los comportamientos de la salud reestructurando los cuidados culturales.

Otras descripciones de cuidado de enfermería incluyen: a Johnson, 1959, participación en las experiencias de salud del paciente, Adaptación de los pacientes de Roy, 1970; Newman, 1979 e intervención y los niveles primario,

secundario y terciario de prevención Neuman y Young, 1972, Rogers, 1980, ayuda para alcanzar el equilibrio Pearse, 1987, dar asistencia para que la persona emplee sus propios recursos (Cutcliffe, 2011:21). Y por último, para Collière “la enfermería tiene como razón de ser la persona cuidada. La referencia, el punto de partida y el desenlace de los cuidados es el enfermo” (Collière, 2009:208).

Esta compleja diversidad, también pudiera ser parte de lo que hace difícil la conceptualización del cuidado dentro del mismo gremio de enfermería. Concretando lo que es cuidado en el ámbito de las ciencias de la salud, éste se define por Medina, citado por García, como: “Un proceso interactivo entre el que da el cuidado y el usuario de los servicios de salud, ambos se ayudan mutuamente para transformarse, actualizarse y desarrollarse hacia mayores niveles de bienestar” (García, 2012:15).

En este contexto, el cuidado en enfermería se refiere a la atención brindada, centrada en el receptor del cuidado y en el cual su condición de salud-enfermedad, diagnóstico y tratamiento, presenta diversas respuestas humanas que generan la necesidad de cuidados y por lo tanto atención de enfermería integral y cuya persona se vuelve su razón de ser para la enfermería. Al hablar de una atención holística de enfermería, no podemos concebir el cuidado, sin tener en cuenta la atención a los sentimientos, las emociones y no por fuerza siempre a una enfermedad. Por lo tanto el cuidado no se puede separar de elementos filosóficos y axiológicos, pues se ocupa y centra el cuidado a través de valores y juicios valorativos, entonces, con esto la enfermería como ciencia posee un cuerpo de saberes teóricos y filosóficos propios que le permiten el dinamismo y la asertividad para adaptarse a los cambios sociales exigidos.

Entonces, la filosofía del cuidado de enfermería, considera al sistema de creencias y valores de la profesión, que incluye la búsqueda constante de conocimientos y determina la forma de pensar sobre los fenómenos y en gran medida, de la forma

de actuar, constituyéndose en un elemento de vital importancia para la práctica profesional. Esta filosofía a su vez tendrá dos elementos en su concepto esencial: “concepción del yo” y “la concepción del mundo”, la filosofía es ambas cosas (Téllez, 2012:3).

Por lo tanto la enfermería como la protagonista máxima de los cuidados debe ser capaz de dispensarlos, razonarlos, gestionarlos y rentabilizarlos en el mejor de los escenarios. Por lo cual el cuidado profesional de enfermería demanda:

- Un marco de conocimientos sobre la persona, su salud y su entorno
- Una visión específica de enfermería, aportada por los modelos de cuidados
- Un método propio para su aplicación, el proceso de enfermería
- Ética profesional como guía.
- Vocación de servicio.

Asimismo, es una quimera que el trabajo profesional de las enfermeras es prescindible. El cuidado que brindan, va más allá de ser una extensión de las acciones domésticas que puede ejecutar cualquier persona en el hogar, en este caso, principalmente las mujeres, a quienes la sociedad las ha identificado como “sanadoras por naturaleza”. Las enfermeras deben encontrar las estrategias para dar a saber que sus conocimientos en realidad no deben tipificarse como “masivamente difundidos”, puesto que si bien es cierto que sus saberes han sido retomados de otras disciplinas, éstas los han redimensionado y estructurado en torno al cuidado, como objeto de estudio y trabajo de la profesión, a través del denominado PAE.

La finalidad de los cuidados, entonces, tiene más o menos de forma explícita que ver con la salud de las personas. Según el tipo de cuidados que la persona reciba o se dispensen, esto es lo que va influir en la situación de salud en la que se encuentre la misma, con un cierto grado de independencia, ya sea para promocionar, recuperar, prevenir la aparición de enfermedades o para adaptarse a

ellos. En todos los modelos de cuidados desarrollados por las diversas teóricas, siempre está de manifiesto la relación de los cuidados con la salud.

De esta forma se pueden distinguir varias finalidades de los cuidados:

- Cuando la persona se encuentra sana, la finalidad es la promoción o mantenimiento de la misma.
- En los momentos de riesgo para perderla, el objetivo de los cuidados irá encaminado a evitar la aparición de la enfermedad.
- Cuando un proceso patológico se ha instaurado en el ser humano, el fin será atender lo mejor posible a la persona, para evitar complicaciones y ayudar a recobrar la salud.
- En las situaciones de enfermedad crónica, los cuidados serán encaminados, para que la persona logre un proceso de adaptación a las limitaciones que le imponga la enfermedad y así evitar las complicaciones, logrando que la persona logre el mayor grado posible de autonomía.
- Cuando el proceso de la muerte sea inminente, el cuidado a la persona está orientado a que la persona viva el momento en las condiciones más confortables y con la mayor dignidad posible.

Las características de los cuidados es que los mismos son necesarios para todas las personas, el estado de salud es una condicionante de los mismos y cada ser humano responde de manera particular a estas necesidades.

Los cuidados encuentran su significado en aquello que los hace necesarios, los cuidados de salud de las personas y las limitaciones de éstas para llevarlas a cabo. Son por lo tanto las características de la persona y su entorno los que le confieren al cuidado de enfermería, la forma más apropiada en cada caso.

Por lo tanto, se entiende por cuidado profesional, aquel que ofertan únicamente las enfermeras a las personas que lo requieren, asumiendo que estas personas se

encuentran en un entorno y con un estado de salud que condiciona las necesidades de cuidado que presentan, que requieren una forma única y específica de satisfacción. Y estos cuidados serán eficaces en la medida que ayuden a las personas en la adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades de cuidar, para sí mismas y el entorno, que mejoren su salud y le permitan la adaptación a la enfermedad bajo dos condiciones: satisfaciendo necesidades y logrando resolver su problema de salud.

La práctica de cuidar, como toda acción científica, requiere de competencia, conocimiento y procedimientos específicos, junto con una serie de habilidades de las cuales sobresalen la relación de ayuda, actitudes y valores de la ética profesional, todo ello determinado por las características del cuidado.

Las cosmovisiones y características del cuidado varían de un autor a otro, mencionamos los nueve principios que propone Colliere, así mismo tenemos que se refiere a seis tipologías diferentes:

1. Cuidados de estimulación
2. Cuidados de confirmación
3. Cuidados de conservación y continuidad de la vida
4. Cuidados de autoimagen
5. Cuidados de compensación
6. Cuidados de sosiego

De la misma forma Orem hace referencia a cinco métodos que guían el cuidado de enfermería:

1. Actuar por otra persona o hacer algo por ella.
2. Guiar y dirigir para hacer las cosas por sí misma
3. Proporcionar soporte físico y/o psicológico
4. Proporcionar o mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal
5. Enseñar a la persona para lograr el autocuidado

Por lo tanto, las características del cuidado dependerán de los objetivos del cuidado, expectativas y capacidades de la persona sujeto de cuidado que determinarán el tipo y complejidad del mismo. De esta forma tendremos cuidados de alta, mediana y baja complejidad. Y entonces dos personas con una misma situación de salud, misma enfermedad o afectación orgánico.-funcional, necesitarán diferentes cuidados, es decir, atención de enfermería individualizada y holística.

Un ejemplo necesario es la educación para la salud, como una forma de cuidar, ésta adquiere significado cuando las personas responden adecuadamente a su propia necesidad de cuidado al no disponer de conocimiento para ello, pero en ningún caso es sinónimo de la atención de la enfermera en el primer nivel de atención, ni la herramienta para la promoción de la salud. En una misma persona pueden darse diversas relaciones entre las diferentes finalidades de los cuidados y la naturaleza que estos requieren, personas en la misma situación, pueden precisar de cuidado de diferente naturaleza.

Las relaciones entre los elementos que dan significado al cuidado incluyen cuatro elementos: las funciones humanas consideradas como fundamentales para la vida de las personas, apoyan las estructuras correspondientes e influyen en los cuidados. Las áreas del cuidado basadas en las necesidades humanas. La finalidad según la clasificación general aceptada o la finalidad específica de Orem y la naturaleza del cuidado de enfermería.

Funciones humanas	Áreas de cuidado	Finalidad de los cuidados de la salud	Naturaleza de los cuidados
Oxigenación Nutrición Hidratación Eliminación Actividad Reposo Protección Relación Autorrealización	<p>Necesidades fundamentales.</p> <p>Necesidades de la salud.</p>	<p>Salud, bienestar.</p> <p>Promoción, mantenimiento de la salud.</p> <p>Prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la enfermedad.</p> <p>Muerte digna.</p>	<p>Estimulación.</p> <p>Confirmación.</p> <p>Conservación y continuidad de la vida.</p> <p>Autoimagen.</p> <p>Compensación y sosiego.</p>
	Requisitos de autocuidado.	<p>Prevención primaria.</p> <p>Prevención secundaria.</p> <p>Prevención terciaria.</p>	<p>Actuar por la persona o hacer algo por ella.</p> <p>Guiar y dirigir.</p> <p>Proporcionar soporte físico o psicológico.</p> <p>Proporcionar y mantener un entorno que apoye el desarrollo personal.</p> <p>Enseñar.</p>
	Otras clasificaciones.	Otras formas de relacionar los cuidados y la salud.	Otras formas de enunciar el tipo de cuidados, por ejemplo, educación para la salud.

Tabla1: La relación entre los elementos que dan significado al cuidado profesional. Tomado de Benavent, 2012:82.

b. Evolución histórica del paradigma del cuidado

El cuidado es un concepto que tiene sus orígenes desde el inicio de los tiempos, cuando el hombre era el responsable por el “cuidado” del territorio y la mujer era responsable del “cuidado” para el mantenimiento de la vida humana.

El cuidado, como proceso histórico, ha cobrado diversos significados, entre ellos, el generado por una sociedad que le ha conferido a la mujer el papel de “sanadora”, queriendo decir con ello que las mujeres fueron las primeras en aprender la forma óptima de transmitir bienestar, con esta visión se creó un concepto “doméstico”, esto es, de la vida cotidiana, en contraposición con la connotación que hoy tiene el cuidado, como cualificación científica (Puntel, 2004:2).

Los cuidados son prácticas tan antiguas como la misma humanidad que se han ido convirtiendo en procesos sociales a medida que las mismas sociedades se estructuran y organizan, adquiriendo diferentes complejidades al tiempo que la propia estructura social. Colliere “concede al cuidar las acepciones: de ser cuidado (recibir cuidados de la otra persona), cuidarse (ofrecerse cuidados así mismo) y cuidar (dar cuidados a otra persona). Por lo que los cuidados son un conjunto de actos conscientes e inconscientes, de raíz afectiva, que tienen como finalidad primaria la supervivencia y el mantenimiento de la especie humana (Collière, 2009:6).

En las diferentes sociedades se van estructurando formas para satisfacer las diferentes necesidades y las aspiraciones de sus integrantes, por lo que se produce un desplazamiento de lo individual a lo social. Entonces, el grupo especializado se hace responsable de una necesidad social, asumiendo una posición predominante, con que se determina la aportación esencial en la división de responsabilidades sociales. Este grupo es reconocido dentro de la sociedad por

el desempeño de una función única con conocimientos, procedimientos y habilidades, actitudes y valores que se encaminan a ofrecer un bien a la sociedad. Es así como las profesiones encuentran su razón de ser en las necesidades de la sociedad; logrando establecer una relación especial y concreta conforme a la organización se estratifica y se hace cada vez más compleja a medida que la profesión hace más y mejores aportaciones.

Esto no escapa a la enfermería, la cual es una profesión socialmente necesaria, porque la sociedad tiene necesidad de cuidados y por lo tanto ha estructurado que para cuando una persona no pueda cuidarse por sí misma, o los cuidados requieran de conocimientos especializados, tecnologías especializadas, hay un grupo preparado que ofrezca esos cuidados como un servicio esencial con la garantía, seguridad y calidad requerida. De esta forma el servicio propio que aportan las enfermeras es el cuidado profesional.

Ya para la Edad Media, caracterizada por la presencia de un énfasis en los aprendices de los oficios y los gremios, el cuidado de enfermería se mira desde una perspectiva caritativa, pero tras este periodo de tres siglos de vacío institucional, el cuidado se encaminó, en busca del reconocimiento social.

El cuidado, objeto de estudio de la profesión, ha estado presente desde el inicio del proceso de profesionalización, cuando Florence Nightingale habla de la enfermería, que tiene por objeto el cuidado y este cuidado es el que durante la época visigoda se institucionalizó en “un concepto de ayuda” denominado Vocacional–cristiano-caritativo, constituyendo a la humildad como una actitud intelectual para la praxis (Cárdenas, 2009: 78).

Con la profesionalización de enfermería, en el siglo XIX, los cuidados tenían como finalidad el bienestar de los heridos, que en ese momento incluían la limpieza y ventilación del lugar donde estaban los soldados heridos, hasta cuidados hoy

denominados holísticos o integrales, como proporcionar estímulos a los soldados, facilitándoles el acceso al correo y la lectura. Según Florence Nightingale, los cuidados de enfermería están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas. Su libro *Notas de enfermería ¿Qué es enfermería y qué no es?*, es el claro ejemplo de su percepción en su época y momento histórico de cómo percibe el cuidado y cómo lo aplica en la práctica. Por lo tanto, el cuidado se percibe en aquel momento como arte y ciencia, por lo que requiere de una educación formal. La enfermera obedecía reglas y consignas (Kérouac, 1996:4-5).

Para finales del siglo XIX y la mitad del siglo XX, donde la salud se conceptualizaba como la ausencia de enfermedad y de origen unicausal, el cuidado está enfocado a los problemas, deficiencias o incapacidades de los individuos. La enfermera organiza, coordina, planea y evalúa acciones. La persona está al cuidado de los expertos y no se le invita a participar en sus cuidados. Los cuidados de enfermería están ligados de forma estrecha a la práctica médica, se orientan al control de la enfermedad. La enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades.

En la primera mitad del siglo XX con la formación universitaria, la investigación llega a enfermería, y está enfocada a buscar la mejora en los cuidados de enfermería y la prestación de los mismos, en América del Norte (Estados Unidos de Norteamérica y Canadá), se caracteriza por la gestión individual del cuidado, seguido de un sistema funcional de prestación de cuidados. En las décadas comprendidas entre 1950 y 1975 el cuidado se orienta a la persona, y va dirigido a mantener su salud en todas sus dimensiones: física, mental y social. La evaluación de enfermería incluye las necesidades de ayuda al sujeto de cuidado, teniendo en cuenta su percepción y su globalidad. La enfermera es la consejera experta que sugiere los comportamientos de salud mejor adaptados.

A mediados de la década de 1970 hay una apertura de la ciencia de enfermería al mundo, y para poder cuidar profesionalmente la enfermera requiere de comprender el proceso, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones posibles de la vida y del mundo en constante evolución. Hay una gran preocupación por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado. Cuidar entonces supone tomar en cuenta la cultura, creencias, convicciones de la persona sujeto del cuidado. La enfermera y la persona son colaboradores del cuidado. El cuidado se vuelve individualizado.

Para mostrar a detalle lo anterior se presenta la siguiente tabla con las principales concepciones del cuidado, desde que inició el proceso de profesionalización de la enfermería, esta concepción ha cambiado a la par del momento histórico que viven las distintas sociedades del mundo. Estas concepciones son las que presenta Kerouac en su libro *El Pensamiento enfermero*, las cuales agrupa en seis escuelas según sus bases filosóficas y científicas. Para fines de este trabajo se incluyeron las que a juicio de la investigadora son las más representativas:

No.	Escuela	Concepto de cuidado	Teórica Sustentante
1		La base es la observación y la experiencia, consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones a fin de que la naturaleza actuara sobre ella. El cuidado es vocación de servicio.	Florencia Nightingale
2	Escuela de Necesidades	Es asistir a personas sanas o enfermas en las actividades que no puede realizar por la falta de fuerza, voluntad o conocimientos, con el fin de restaurar o conservar su independencia en la satisfacción de necesidades fundamentales.	Virginia Henderson
		Campo de conocimiento y servicio humano con tendencia a cubrir las limitaciones de la	Dorothea Orem

		persona en el ejercicio del autocuidado relacionado a la salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.	
		Es la utilización de un método para resolver problemas para ayudar a las personas a adaptarse a las 21 necesidades de salud que son la competencia de enfermería	Faye Abdellah
3	Escuela de la interacción	Es la relación interpersonal terapéutica orientada al objetivo de favorecer el desarrollo de la personalidad según un proceso de 4 etapas: orientación, identificación, profundización y resolución.	Hildegard Peplau
		Es la mezcla deliberada de pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones para comprender a la persona y su condición, situación y necesidades con el fin de mejorar el mismo, prevenir la reaparición del problema y hacer empatía con su ansiedad, su incapacidad y angustia.	Ernestine Wiedenbach
		Proceso de interacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno, que conduce a negociaciones para conseguir los objetivos dirigidos a un estado funcional de salud.	Imogene King
4	Escuela de los efectos deseables	Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos de los clientes y los factores que influyen su adaptación en los cuatro modos, y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.	Callista Roy
		Acto profesional en el cual la enfermera interactúa con el cliente en un proceso	Lydia Hall

		complejo de enseñanza y aprendizaje en el que la enfermera se centra en el conocimiento de los cuidados que se han prodigar al cuerpo humano, de forma que se modifiquen los procesos unidos con la patología y el tratamiento que se corrijan teniendo en cuenta la responsabilidad del cliente.	
		Arte y ciencia que tienden a la restauración, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema de comportamiento en el grado más alto posible.	Dorothy Johnson
		Intervención que se orienta hacia la integridad de la persona: que se interesa por todas las variables que tienen efecto sobre la respuesta de la persona a los agentes de estrés con el fin de reducir sus efectos.	Betty Neuman
5	Escuela de promoción a la salud	La ciencia que promueve las interacciones de salud, la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud.	Moyra Allen
6	Escuela del ser humano unitario	Es la promoción de la salud favoreciendo la interacción armoniosa entre el hombre y el entorno; centrado en la integralidad de los campos de energía.	Martha E. Rogers
		Ciencia y el arte centrados en el ser humano en tanto que la unidad viviente en actualización y en la calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud.	Rosemarie R. Parse
		Ciencia que reconoce los patterns y favorece la expansión de la conciencia creando una relación mutua entre la enfermera y la persona.	Margaret Newman
		Arte y ciencia humana del caring; ideal, moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía "cuerpo-alma-	Jean Watson

	espíritu” utilizando 10 factores de cuidado.	
	Ciencia y arte humanista de los comportamientos aprendidos centrados en las funciones y los procesos de cuidados personalizados, dirigidos hacia la promoción y la conservación de los comportamientos de la salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales.	Madeline Leininger

Tabla 2: Resumen de las principales concepciones de la disciplina de enfermería. Tomado y modificado de Kérouac, 1996:82.

c. El proceso de cuidar

El cuidado en enfermería se refiere a la atención brindada, centrada en el receptor del cuidado y en el cual su condición de salud-enfermedad, diagnóstico y tratamiento, presenta diversas respuestas humanas que generan la necesidad de cuidados y por lo tanto atención de enfermería holística, de cuya persona se vuelve razón de ser de la enfermería. En este fenómeno está implícito el puente que existe entre la forma de pensar y la forma de hacer, el unir ambas se definir  como el proceso de cuidar. Por lo tanto el ejercicio de enfermería requiere de un instrumento metodológico que ayude a llevar el proceso de cuidar y a la vez permita dejar constancia de las acciones realizadas, posibilite su evaluación y facilite alcanzar el fin perseguido. Es decir, el acto de cuidar es el “qu ” y el “cómo” cuidar. Es el cuidado tal como se da a la persona.

El proceso de cuidar, como el mismo cuidado, ha evolucionado en el concepto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que se han dado a partir de la profesionalización de enfermería, durante los últimos dos siglos. Aunado a las corrientes de pensamientos, el concepto de la salud y la enfermedad, los complejos cambios que ha enfrentado la familia, como núcleo de la sociedad, los valores y la diversidad de medios clínicos con los que se cuenta. Pero finalmente,

este proceso siempre tendrá implícita la persona, el concepto de salud y el cuidado.

El análisis de este fenómeno se puede hacer partiendo del significado que tienen los términos *proceso* y *cuidar*, ya que a partir de la conciencia y reconocimiento de este proceso es que se inicia el desarrollo disciplinar.

La palabra proceso, cuando se hace referencia a la acción, se transmite el significado de “ir hacia adelante” o al “conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial”; “acción de seguir una serie de cosas que no tienen fin” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: 2001:710). Es decir, se habla de acciones ordenadas, vinculadas entre sí, que no se terminan y que implican procesos cognitivos y ejecución de los mismos.

Otro elemento implicado es el pensamiento de la enfermera que ejecuta el acto de cuidar, que está dado a partir de los cuatro elementos del metaparadigma de enfermería y que son los conceptos de salud, persona, entorno y cuidado. Estos elementos son básicos en la elaboración de la forma de pensar de una enfermera, según Kerouac es “la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno permite clarificar el campo de la disciplina enfermera” (Kérouac: 1996: 6).

De la misma forma, al hablar de pensamiento, no se puede dejar de lado el razonamiento o el pensamiento crítico. Clave para resolver los problemas, de manera que si la enfermera no piensa críticamente no podrá llegar a la resolución de problemas y entonces ella se vuelve también un problema. Dicho pensamiento es deliberado dirigido a un objetivo, persigue emitir juicios con base en evidencias, se basa en los principios de la ciencia y el método científico y requiere de estrategias que maximicen el potencial humano.

Entonces, la expresión proceso de cuidar recoge la forma de pensar y la forma de hacer de los profesionales de la enfermería. Esta manera de hacer y pensar se personalizará cuando esté dirigida a un sujeto concreto. Lo cual se traduce en una forma de pensar propia, en torno al ser humano, a su salud, al entorno, a su cuidado y una actuación profesional condicionada por ésta, resultado de la acción de pensar.

Si además a este proceso se le atribuye como fin último cuidar, la acción se torna extraordinariamente compleja, ya que estos pasos entonces se dirigen hacia adelante y con las implicaciones de que no tienen fin, requieren de la continuidad, la variedad y la diversidad que exige la acción de cuidar. Entonces el proceso de cuidar como acción profesional queda vinculada exclusivamente a las enfermeras, alcanzando el desarrollo disciplinar, por lo cual define qué son y cómo son esas acciones de cuidar, establece la relación de esos cuidados. De la misma manera la especialidad de acción de las enfermeras, define, describe y analiza un instrumento profesional que pueda hacer posible ese proceso de cuidar. De esta forma la teoría y la práctica, el pensar y el hacer quedan vinculados en la profesionalización del proceso de cuidar.

Por lo tanto, la enfermera responsable del proceso de cuidar debe estar capacitada en las siguientes actividades (Benavent, 2012:232-233):

- Identificar la necesidad de cuidado
- Identificar el tipo de cuidado requerido
- Identificar la capacidad del sujeto para llevar a cabo dicho cuidado
- Determinar la delegación de acciones
- Considerar el carácter ético del proceso de cuidar
- Ejecutar las acciones concretas de cuidado
- Evaluar los resultados

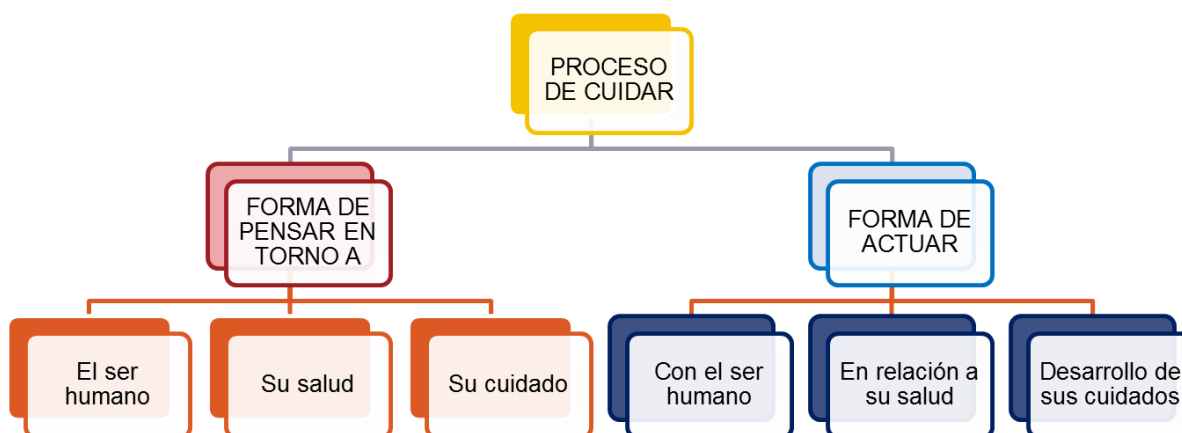


Diagrama No. 2. **Esquematación del Proceso de cuidar**

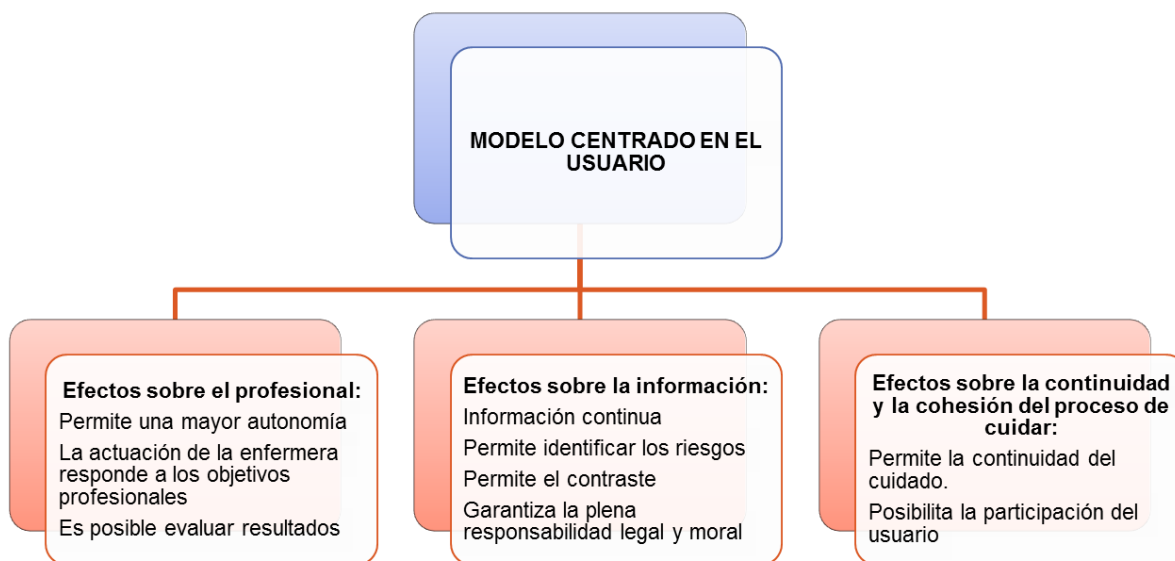
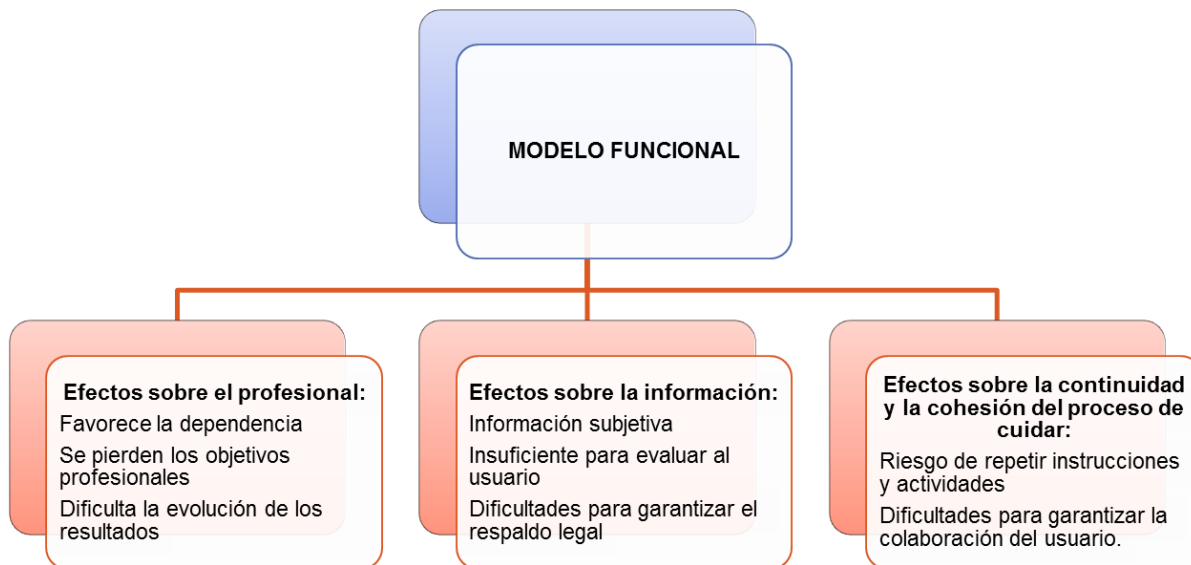
Fuente: Benavent 2012: 231.

d. Modelo de organización de las actividades de enfermería.

Existen básicamente dos modelos de organización de las actividades de enfermería: 1) El modelo funcional, caracterizado por la organización del trabajo por tareas. 2) El modelo centrado en el usuario, caracterizado porque cada profesional asumirá la responsabilidad en la atención de dichos usuarios. La utilización de este modelo exigirá el apoyo de un instrumento y por lo tanto será necesaria la aplicación del PAE.

La enfermería ha tratado de explicar y abordar la realidad a través de un modelo de cuidado, ya que de no hacerlo sistemáticamente, significará un simple ejercicio intelectual, es así que aplicar el PAE sin un modelo teórico de referencia, sólo servirá para realizar actividades aisladas que únicamente tienen significado para quien las aplica. El PAE aplicado, en cualquier nivel de atención, incluye identificación y análisis de un problema y las estrategias de intervención. Cada

uno de estos modelos tendrá sus repercusiones sobre los elementos que le componen y que se ilustran en los siguientes esquemas.



Diagramas 3 y 4. **Efectos sobre el proceso de cuidar de los modelos funcional y centrado en el paciente.** Tomado de Benavent, 2012:235.

Si el Modelo de atención que los profesionales de enfermería utilizan para la prestación de los cuidados es el modelo centrado en el usuario, se necesitará una herramienta adecuada para ello. Esta herramienta deberá proporcionar un documento que permita estructurar, ordenar las acciones de cuidar, posibilitar el registro de las actividades y posteriormente su evaluación.

e. La enseñanza del cuidado y el Proceso Atención de Enfermería

El PAE se viene enseñando en las universidades aproximadamente desde hace cuatro décadas, tiene grandes dificultades en su instrumentación y puesta en marcha con cada paciente en el ámbito laboral, particularmente en el ambiente hospitalario, varias son las razones que el personal aduce para no emplearlo como método de la profesión, sin lugar a duda la más poderosa es y sigue siendo el ver a la enfermería como disciplina paramédica. En adición a la renuencia de la aplicación del PAE, existen docentes que afirman que no quieren saber nada del método, que no lo practican, que no lo enseñan y que tienen actitudes que desestiman a los estudiantes en formación. Por último hay, quienes creen que es el vehículo para aplicar el conocimiento a la práctica (Cárdenas, 2009:124).

Para la adecuada aplicación del PAE se dice que el profesional de enfermería debe reunir las siguientes cualidades:

- Interpersonales: habilidades para escuchar, comunicarse, conocimientos, información para despertar el interés del usuario, compasión, promover la integridad de la familia, técnica para la realización de procedimientos.
- Intelectuales, entre las cuales se encuentra la capacidad para solución de problemas, toma de decisiones, pensamiento crítico, hacer juicios de enfermería.

Por lo tanto, se requiere de un método o fundamento pedagógico efectivo que permita la enseñanza del PAE para que éste cumpla con su finalidad. El

constructivismo se perfila como la respuesta a esta necesidad. Es decir, necesitamos aprender y enseñar. Esta posición filosófica plantea que la realidad es una construcción del sujeto. La realidad no se encuentra, se hace. Para construir la realidad se utilizan los significados, los modos de pensar y los artefactos que nos da la cultura. Lo cual significa que destruimos, construimos y reconstruimos realidades (Rojas, 2006: 6).

Al inicio de la enfermería moderna los cuidados de enfermería se ligaron a la práctica empírica basándose en conocimientos transmitidos de la misma forma y apartados de la metodología científica. Actualmente esta realidad se está cambiando y el personal fundamenta o busca fundamentar sus acciones en la metodología científica: el PAE, en sus acciones de cuidar, por lo cual la enfermería es una ciencia y ha dejado de ser un oficio.

Estos cambios son resultado de la realidad social que hoy enfrenta la enfermería con respecto a su quehacer y en la búsqueda de fundamentar su hacer en aspectos válidos científicamente. Esto implica indudablemente fuertes cambios en el ámbito educativo, en las formas de enseñanza aprendizaje que tienen que evolucionar de acuerdo a la demanda. Situación que no es fácil, la anterior percepción de que la enseñanza-aprendizaje era por repetición y la resistencia al cambio a nuevas metodologías. El planteamiento de abordar el proceso enseñanza aprendizaje desde el constructivismo parece ser una gran oportunidad para lograr cambios importantes en enfermería, con esta propuesta la profesión pretende lograr que el estudiante construya logrando modificar su estructura mental y alcanzar la mayor diversidad, complejidad e integración. De esta forma favorecer la construcción sólida de la ciencia de la enfermería

El acto de cuidar se puede definir también, para fines de la docencia como “transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de la orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones

continuos de la experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto de cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado” (Andrade, 2012:28). Señalándose cuatro dimensiones fundamentales en el acto de cuidar, la interacción, participación, afecto y ética. Enfocando el cuidado al campo de educación, se mencionan cuatro competencias que debe lograr el profesional de enfermería, enfocándose al aspecto cultural:

- Capacidad de trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurándose que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.
- Capacidad para emprender, hacer valoraciones exhaustivas, sistemáticas, utilizando las herramientas y los marcos adecuados al paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.
- Conocimiento relevante de la capacidad para aplicar las ciencias sociales y del comportamiento y la salud.
- Conocimientos relevantes de la capacidad de aplicar la ética, legislación y humanidades (Andrade, 2012:27-36).

El aprendizaje ocurre de múltiples formas y la enseñanza en enfermería debe ser altamente interactiva. Podemos concluir que enseñar a cuidar desde las instituciones educativas no es fácil, el cuidado es una experiencia compartida y vivida en la que ambas personas crecen, implica conocer al sujeto de cuidado, que expresará formas únicas de vivir. Por otro lado, es necesario que en esa enseñanza se dejen claros los elementos epistemológicos de la profesión, para que al asumir la ejecución del acto de cuidar se haga consciente la situación de enriquecer la ciencia de la enfermería y el imperativo de todas las ciencias, partiendo, en el caso de enfermería, por ejecutar el cuidado de una metodología científica.

4. TEORÍAS Y MODELOS

a. Teoría aplicada a la práctica

La práctica adquiere el grado de científica, cuando ésta se ejerce con base en teorías que aplican el método científico o un método sistemático para la resolución de problemas de su área de competencia o quehacer, en este caso, para resolver los problemas de cuidado que enfrenta la enfermera. Esto significa que deberá adoptar una teoría de enfermería que de significado a la realidad en la que aplican sus cuidados y de un método que le permita determinar, organizar, realizar y evaluar su cuidado.

El concepto de teoría se entiende como el conocimiento y la praxis como el hacer, ambos son opuestos y su relación se pone de manifiesto en el siguiente cuadro. Teoría: proporciona los criterios para guiar el Método de enfermería. Modelo de cuidados se entiende como la Teoría que se aplica a través del PAE.

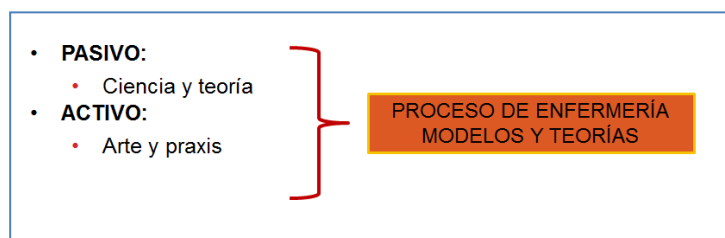


Diagrama No. 5 **Relación de la teoría y la práctica.** Fuente: elaboración propia.

En el decenio de 1959-1969 la bibliografía especializada de la enfermería era poco común, se generalizó la idea de que la base de conocimientos para el ejercicio profesional era inadecuada e incompleta y que el desarrollo de una base científica en la práctica profesional era una prioridad, resurgiendo para la profesión una filosofía humanista.

Hoy en día, de acuerdo al nivel de desarrollo de enfermería y la necesidad de hacer evidente el campo de actuación de la enfermera como único y exclusivo de ella, es necesario adoptar como referente teórico un modelo de cuidado, y como referente metodológico el proceso atención de enfermería. Ambos son los componentes epistemológicos del cuidado, es decir, los fundamentos y el método que genera el conocimiento de enfermería. Estos elementos adquieren su verdadero sentido en la medida en que se aplican conjuntamente, ya que al separarlos pierden su verdadero valor. Esto significa que el aplicar un modelo de cuidado solamente, permite un ejercicio de intelecto, y aplicar un método sistematizado de la misma forma sólo sistematiza actividades aisladas, que si bien tienen significado, sólo las tendrán para quienes lo están aplicando, ya que las actividades realizadas variarán tanto y serán tan cambiantes como la persona que las ejecuta e inclusive se cae fuera del ámbito disciplinar y profesional.

En 1985, Meleis concluyó que la teoría había dejado de ser un lujo para enfermería y que el uso de una teoría se equiparaba con el sistema conceptual. En la actualidad, la teoría pasó a ser parte del método habitual de la educación y la administración, se busca que ésta sea un elemento imprescindible en la práctica profesional de todas las enfermeras (Téllez, 2012: 9). Es así que el desarrollo actual de las teorías de la disciplina representa un componente teórico con diferentes enfoques, niveles de desarrollo y con distintos grados de comprobación de su utilidad práctica. Hoy se cuenta con teorías y modelos que proporcionan un marco teórico necesario para perfeccionar la práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos. Estos amplios sistemas de teorías que se aplican a la práctica utilizando como medio al PAE, ofrecen el mecanismo a través del cual el profesionista puede utilizar sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, familia y comunidad.

Dentro de cada modelo, el cuidado adquiere un significado en relación con el resto de los fenómenos expresados en la estructura teórica que lo conforman. Teniendo como ventaja la de ofrecer un método conceptual para orientar la valoración, permitir el análisis para emitir un diagnóstico, priorizar las necesidades de atención y el planear la ejecución de las mismas y por último evaluar el proceso de cuidar.

Esto se traduce en que los receptores del cuidado tienen clara la información sobre el área de su cuidado y las características del cuidado recibido. La enfermera encuentra mayor satisfacción en su trabajo, pues le encuentra significado a su hacer. A esto se suma el uso de un lenguaje común, y criterios para intervenir de forma compartida, garantizar el cuidado continuo de turno a turno de trabajo o de nivel de atención a nivel de atención. Con éste la profesión transita a la identidad y desarrollo que dan como producto la aportación exclusiva de enfermería a la salud de las personas, así mismo se pueden validar construcciones teóricas, hacer nuevos aportes a la investigación y por lo tanto al desarrollo y sustento del cuerpo de saberes.

Según las características de la práctica de enfermería en el día a día, surgen interrogantes como ¿Qué tiene más importancia, la teoría o la práctica? y alrededor se generan argumentaciones que definen una u otra posición dentro del mismo gremio. La misma literatura de enfermería, como lo refiere Benavent, pone de manifiesto: “que hay una disociación entre la teoría y la praxis, implicando que la praxis no está basada en la teoría y se llega a sugerir que la teoría que se enseña en las escuelas no tiene que ver con la práctica”. Una verdadera práctica es inconcebible hoy sin conocimientos teóricos, entonces “Solamente el profesional que fundamente su práctica en la teoría será capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos de la enfermería e iniciar acciones preventivas” (Benavent, 2012:138-139).

Dentro del trabajo teórico de enfermería son diversas las formas en cómo se conceptualiza, presenta y define el conocimiento generado por y para la enfermería, éste básicamente dependerá de la visión del autor que estemos consultando. Según Ann Marriner, una de las autoras más difundida entre el gremio, cuando aborda las teorías de enfermería, organiza dichos trabajos en cuatro tipos. El primer tipo se refiere a las filosofías, las cuales explican los fenómenos de enfermería a través de un análisis, razonamiento y representación lógica. El segundo los modelos conceptuales de enfermería, incluye los trabajos de las grandes teóricas, conocidas también como pioneras de la enfermería, el cual según Fawcett, citada por Marriner, afirma que “un modelo conceptual es un marco de referencia distinto para sus partidarios... que les explica cómo observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina”. Estos a su vez son extensos y definen los conceptos del metaparadigma, según su marco. El tercer tipo son las teorías enfermería que proceden de filosofías de enfermería, modelos conceptuales o teorías de enfermería más abstractas o de trabajos de otras disciplinas. Es decir, son trabajos más específicos de aspectos o ámbitos concretos de la práctica de enfermería. Las teorías se diferencian de los modelos en que proponen una dirección o acción a probarse. Un cuarto tipo es la teoría intermedia, tiene un centro de atención más específico y su nivel de abstracción es menor, son más precisas (Marriner, 2011:7-9).

Es frecuente que el estudio de las teorías y modelos, ambas etiquetas son utilizadas para señalar aquello que muestra una parte de la realidad de enfermería, en el antecedente de que son sinónimas en su significado. Esto se hace en el sentido de que se considera que entre ellos existe una fuerte relación y en que el modelo sirve como un eslabón para crear una teoría. Esto es, una teoría siempre será un modelo, pero un modelo no tendrá la categoría de una teoría.

Riehl Sisca, citado por Benavent, define a Modelo como un “diseño estructural compuesto de conceptos organizados y relacionados”. De la misma forma, en su

obra cita a Chinn y Jacobs, quienes definen a la teoría como “un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar predecir o controlar los fenómenos”. Los modelos están compuestos por los conceptos y definiciones, los valores, los postulados y los elementos [meta, sujeto, la causa, foco de intervención de enfermería, formas de intervención, consecuencias y resultados esperados en el proceso de cuidar] (Benavent, 2012:168-169).

De la misma forma se citan las posturas de las metateóricas, Fawcett está convencida de las diferencias entre los modelos y las teorías de enfermería. En contraste Afaf Meleis argumenta que todas las conceptualización de enfermería son todas teorías pero en diferentes fases de desarrollo (Cutcliffe, 2011: 7-8).

b. El Proceso Atención de Enfermería como herramienta para aplicar las teorías y modelos de enfermería

Los antecedentes los tenemos desde finales del siglo XIX cuando los cuidados de enfermería se basaban no sólo en la compasión, sino también en la observación y la experiencia. Antes de la reforma Nightingale, la práctica se basaba en reglas, tradiciones y experiencia.

A mediados del siglo XX empezó la búsqueda del marco conceptual que fuera propio. Surgieron las teorías que dan soporte científico para explicar, predecir y controlar los fenómenos propios de la profesión. Las teorías de enfermería sólo pueden aplicarse a través del PAE, para hacer tangible este vínculo, se requiere de un modelo de cuidado que guíe la práctica profesional y esto requiere de dos elementos fundamentales:

- La teoría misma.
- Aplicación a través del Proceso Atención de Enfermería.

Entonces el cuidado no puede separarse de la teoría. Por lo tanto el Proceso de Enfermería no se puede separar de los modelos y teorías propias de enfermería. Siendo éstos la definición de cómo llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería, es decir, propuestas para desarrollar este proceso desde las aportaciones de la propia disciplina, por lo tanto “Solamente el profesional que fundamente su práctica en la teoría será capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos de la enfermería e iniciar acciones preventivas” (Benavent, 2012:56).

Lo anterior tiene relevancia si partimos del hecho de que la práctica adquiere el rango de científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas y se aplican mediante la utilización de un método sistemático que ayude a la resolución de problemas.

En la actualidad, de acuerdo al desarrollo de la disciplina, la práctica de enfermería pasa por adoptar como referente teórico un modelo de cuidados, y como referente metodológico el PAE, ambos significan la epistemología de enfermería, que se entiende como los fundamentos y métodos del conocimiento de enfermería. La adopción de un modelo de cuidados para la práctica asistencial y su aplicación sistemática por medio del PAE, trae ventajas para los elementos implicados (persona que requiere cuidado de enfermería, la enfermera, el equipo, la profesión y la disciplina).

“Las teorías como los productos de investigación son recursos valiosos para la práctica del cuidado, cuyo principal objetivo es el impacto favorable en la salud de las personas, en los servicios de salud y en la utilidad del cuidado de enfermería” (Muñoz, 2012:2).

c. Teorías de enfermería y marcos de referencia más aplicadas como sustento del Proceso de Atención de Enfermería

Las teorías de enfermería describen cuatro conceptos en su metaparadigma, esto es la base para realizar cada componente del proceso de enfermería. Dentro de las teóricas más aplicadas en enfermería se encuentran Virginia Henderson y Dorotea E. Orem; quien consideró que su teoría nos permite determinar qué hacen, por qué lo hacen y cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería. Sin olvidar citar a Marjory Gordon, que si bien su propuesta no es una teoría como tal, hoy es un marco de referencia muy utilizado para realizar la valoración en enfermería (Andrade; 2012:121).

Para fines de este trabajo se hará una descripción muy general de las mismas, toda vez que los elementos teóricos de Henderson y Orem se retomarán más adelante, cuando se plantea la propuesta del modelo de cuidado aplicada en el Centro Oncológico Estatal de ISSEMyM.

Propuesta de Virginia Henderson.

En 1996 la definición de enfermería de Henderson sobre la función de enfermería marcó un hito en la asunción de la enfermería como una disciplina independiente de la medicina. Henderson plantea la relación enfermería con el paciente y su entorno. Ve a la profesional de enfermería como alguien preocupado por los sujetos de cuidado, tanto enfermos como sanos, y reconoce que el profesional de enfermería interacciona con los mismos, aunque la recuperación no sea viable y menciona a la enseñanza y el apoyo activo como funciones de la enfermera. Plantea como relevante la importancia de la independencia de la enfermería, y de interdependencia, con otras disciplinas de los cuidados de la salud.

Su propuesta se clasifica dentro de las teorías de rango medio, ha sido de gran impacto en la enfermería psiquiátrica. Son de los modelos más trabajados en varios países del mundo, en varios centros asistenciales los documentos de recogida de datos para iniciar el proceso de cuidar se organizan según el modelo de Henderson y su definición de enfermería sobre la función de la enfermería ha recibido reconocimiento del CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) que ha adoptado esta definición. Su obra *The nature of nursing* describe su modelo y la función única de la enfermera. Reconoció que su trabajo estuvo influenciado por Ida Orlando, sus profesores de microbiología, filosofía y psicología.

En planteamiento teórico aborda los siguientes conceptos metaparadigmaticos: persona, salud, entorno, cuidado, necesidad, independencia y dependencia. La relación que la enfermera establece con el paciente durante el proceso de cuidar se puede dar en tres niveles; el de sustitución, de ayuda y de acompañamiento. La enfermera es una persona que ayuda a individuos enfermos o sanos a alcanzar la independencia para cubrir catorce necesidades fundamentales:

- I. Respirar normalmente
- II. Comer y beber de forma adecuada
- III. Eliminar por todas las vías
- IV. Moverse y mantener una postura adecuada
- V. Dormir y descansar
- VI. Elegir las ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
- VII. Mantener la temperatura corporal
- VIII. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- IX. Evitar peligros en el entorno
- X. Comunicarse con los demás
- XI. Actuar de acuerdo con la propia fe
- XII. Llevar a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización
- XIII. Participar en acciones recreativas

- XIV. Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad, de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y la salud

Propuesta de Dorothea Elizabeth Orem

Su teoría fue publicada por primera vez en 1971, incluye tres conceptos relacionados: autocuidado, déficit del autocuidado y sistemas de enfermería. La teoría del autocuidado se basa en cuatro conceptos: autocuidado, tratamiento de los autocuidados, requisitos de los autocuidados, demanda de los autocuidados terapéuticos. Partiendo de que el autocuidado son las acciones que realiza un individuo a lo largo de la vida de forma independiente para promover y lograr el bienestar personal. Tratamiento de los autocuidados es la capacidad de los individuos para realizar su autocuidado. Consiste en dos agentes, uno de autocuidado (individuo que realiza autocuidado de forma independiente) y un agente de atención dependiente (persona distinta al individuo que le presta atención). En general, la mayoría de los adultos cuida de sí mismos, en el caso de los lactantes y de las personas debilitadas por su enfermedad requieren de ayuda en las actividades de los autocuidados. Los requisitos de autocuidado, llamados también necesidades de autocuidado, son las acciones que se toman para prestar los autocuidados. Existen tres requisitos:

- I. Requisitos universales, son comunes a todas las personas, incluyen el mantenimiento de la captación y eliminación de aire, agua y alimento; el equilibrio entre el reposo, soledad e interacción social: la prevención de peligros para la vida y el bienestar; y la promoción del funcionamiento humano normal.
- II. Requisitos de desarrollo resultantes de la madurez o asociados a los acontecimientos o las condiciones, como ejemplo el cambio en la imagen corporal por una cirugía de mastectomía.

- III. Requisitos de desviación de la salud resultantes de la dolencia, una dolencia, una lesión o una enfermedad o su tratamiento. Incluyen las acciones como buscar ayuda de cuidados de salud, obedecer a las terapias prescritas y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o el tratamiento.

La demanda de los autocuidados terapéuticos se refiere a todas a las actividades de autocuidado requeridas para satisfacer los requisitos de autocuidado existentes o para mantener el bienestar y la salud.

Se produce un déficit de auto atención cuando el tratamiento de los autocuidados no es adecuado para satisfacer las demandas de autocuidado conocidas. La teoría del déficit del autocuidado explica no sólo cuándo se necesita el cuidado de enfermería, sino el cómo, en qué se puede ayudar a las personas por cinco métodos. Actuación, orientación, enseñanza, apoyo y favorecimiento de un entorno que promueva las aptitudes del individuo para satisfacer las demandas actuales y futuras. Orem identifica tres tipos de sistemas de enfermería. Los cinco métodos de ayuda expuestos. Para el déficit de los autocuidados puede usarse en cada uno de los sistemas de enfermería:

- I. Sistemas totalmente compensatorios; necesarios para los individuos incapaces de controlar su entorno y procesar la información.
- II. Sistemas parcialmente compensatorios, diseñados para los individuos que no pueden valerse por sí mismos para algunas, pero no todas las actividades de autocuidado.
- III. Sistemas de apoyo y educativos (de desarrollo), diseñados para personas que necesitan aprender a realizar sus medidas de autocuidado y necesitan ayuda para ello.

Propuesta de Marjory Gordon

Varios marcos de referencia hoy se utilizan para fundamentar el cuidado como son las diez actividades básicas de la vida diaria (ABVD), los patrones de respuestas humanas (RH), los trece dominios de enfermería, pero sin lugar a duda el más difundido son los once patrones funcionales.

Gordon propone áreas estructurales para la valoración de enfermería, con la finalidad de definir un lenguaje común, para que las enfermeras, independientemente de su área de práctica y modelo conceptual, pueden valorar y diagnosticar.

Basó el concepto de la práctica en enfermería en el modelo elaborado por la American Nursing Association (ANA), la cual define que la práctica de enfermería, significa la ejecución para compensación de los servicios profesionales que requiere de un conocimiento sustancial especializado de las ciencias biológicas, físicas, del comportamiento, psicológicas y sociológicas y de la teoría de enfermería como base para la valoración, el diagnóstico, la planificación, la intervención y la evaluación del mantenimiento y la promoción de la salud, la búsqueda de casos y el tratamiento de la enfermedad, lesión o debilidad, la reestructuración de la función óptima o la consecución de muerte óptima. Considera que la práctica de enfermería no está limitada solamente al régimen médico, sino que abarca el tratamiento prescrito por la enfermera (Gordon, 1996:74-81).

El término patrón se define como una configuración del comportamiento que ocurre en la secuencia del tiempo. El término funcional se refiere a funcionamiento humano integral, y el de salud se caracteriza dentro del contexto de los patrones como el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos realizar sus actividades cotidianas. Un patrón funcional es una manifestación del todo, cada

patrón es una expresión biopsicosocial-espiritual de cada persona. Los patrones están interrelacionados, son interactivos, de manera que ninguno de ellos puede valorarse de forma aislada.

Características de los patrones:

Integralidad: contempla al ser humano en sus patrones biopsicosociales.

Globalizador: se refiere a la tipología que considera a la persona como un todo.

Personal: un patrón no está hecho como una norma, sino que se va construyendo a medida que va interactuando y observando a la persona, por un periodo determinado e identifica patrones disfuncionales.

Operativo: facilitan la clasificación y organización de los datos, esta aproximación permite especificar la información.

Este modelo tiene una aproximación holística a la valoración funcional humana en cualquier marco teórico, cualquier edad, etapa de desarrollo, estado salud-enfermedad y cultura. Comprende los siguientes once patrones:

Percepción de la salud-manejo de la salud

Nutricional- metabólico

Eliminación

Actividad ejercicio

Cognitivo-Perceptivo

Sueño y descanso

Autopercepción. Auto concepto

Rol- relaciones

Sexualidad y reproducción

Adaptación-tolerancia al estrés

Valores y creencias

d. Marcos referenciales más usados en México y su aplicación a través del Proceso Atención de Enfermería

Es relativamente poca la información que hay en relación a la utilización y aplicación de marcos referenciales de enfermería en el nivel institucional como parte de un modelo de cuidado, si bien hay un número importante de reportes de aplicación de alguna teoría de enfermería como parte de informes de estudio de caso particulares.

Es importante recordar que a fin de llevar a cabo la valoración de enfermería, ésta debe orientarse o sustentarse en una propuesta teórica, llámese filosofía, modelo conceptual o teoría de enfermería. De acuerdo a la información revisada las propuestas de mayor aplicación, son las catorce necesidades humanas de Virginia Henderson y la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem en áreas de hospitalización. Sin embargo, hay quienes deciden no aplicar una propuesta teórica de enfermería y orientan la valoración con los patrones funcionales de Marjory Gordon, que incluye nuevas tendencias y es muy específica para la valoración. Otra propuesta teórica reportada como utilizada es la Teoría de la adaptación de Sor Callista Roy, en el caso de pacientes geriátricos. Estos son reportados por el Hospital General de México. De la misma forma se reporta la utilización de un Modelo Ecléctico por parte del Grupo de hospitales privados como el Ángeles, donde se han aplicado elementos de las propuesta de Henderson y Orem. De la misma forma se han utilizado como referentes para el diagnóstico de enfermería la taxonomía NANDA, así mismo para la planificación y ejecución el uso de las taxonomías NIC y NOC que se consideran son herramientas útiles que generan y desarrollan la capacidad de análisis y reflexión en el profesional de enfermería, además de que facilitan la toma decisiones para dar respuestas a los problemas de salud o necesidades humanas.

Así mismo, de la literatura generada por el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez reportan la aplicación de la teoría de Orem y de Virginia Henderson como parte del Modelo de cuidado de dicha institución. De igual forma algunas instituciones educativas del país reportan la aplicación con mayor frecuencia de las teóricas ya mencionadas.

CAPÍTULO III MÉTODO DE ENFERMERÍA PARA CUIDAR

1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

a. Antecedentes históricos

La enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo de saberes propio, un método para su actuación que es el PAE, que incluye las técnicas y procedimientos particulares para el cuidado de las personas.

El origen profesional de enfermería tiene lugar con la implantación del sistema Nightingale en 1860, en el hospital de St. Thomas de Londres, Inglaterra. Este primer modelo de formación de enfermeras, centraba el proceso educativo en la práctica y tuvo amplia difusión, tanto en Europa como Estados Unidos de Norteamérica.

En Francia la primera escuela profesional de enfermería se establece en 1878, en el hospital Salpetriere, donde la formación en un inicio era de índole técnica, y se buscaba que los que impartían la enseñanza transmitieran su saber hacer.

En Estados Unidos de Norteamérica en 1872 se estableció el primer programa formal con duración de un año, el cual era muy parecido a lo desarrollado en Inglaterra, con la diferencia de que las clases teóricas eran impartidas por doctoras, pero el avance se dio de manera notable, ya que para 1899, ya contaban con cursos avanzados para enfermeras graduadas.

El PAE tiene su origen en la enfermería Norteamericana, Hall creó el término de proceso de enfermería en 1955, y Johnson (1959), Orlando en (1961) y Wiedenbach (1963) fueron las primeras en usarlo para referirse a una serie de fases que describen la práctica de enfermería. Desde entonces varios

profesionales de enfermería han descrito el PAE y organizado las fases de diferentes formas.

En México la formación profesional inicio de manera formal en 1882, buscando imitar los sistemas establecidos en Londres y Nueva York. A pesar de que en un inicio la formación de las enfermeras, en algunas escuelas estuvo a cargo de enfermeras norteamericanas, no hubo gran avance, pues la influencia médica y el hecho de que los médicos fueran quienes fundaran las escuelas de enfermería, influyo notablemente para que no hubiera progreso de la profesión en el país, pues cuando aquí se estaba gestando la idea de contar con enfermeras preparadas, en Estados Unidos de Norteamérica y Europa ya había enfermeras graduadas.

b. Aplicación del Método de enfermería en el contexto mundial

En 1979, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa, publicó un documento básico sobre enfermería referido en el Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería, en el que expresa: “La enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/ comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren” (Comisión Permanente de Enfermería, 2011: 8).

Por otra parte, el Consejo Europeo destaca que la enfermera desempeña cuatro tareas principales:

- Garantiza los cuidados generales a individuos, familias y comunidades, ya sea en el plano de fomento de la salud, de la prevención, de la cura, de la rehabilitación, de los cuidados paliativos o de ayuda y gestiona los cuidados de enfermería.

- Actúa en calidad de experto en cuidados de enfermería en el marco de un equipo de asistencia multidisciplinar y en la sociedad.
- Educa al personal sanitario, a los pacientes y a sus familias.
- “Desarrolla la práctica de los cuidados de enfermería mediante la reflexión crítica apoyándose en la investigación” (Comisión Permanente de Enfermería, 2011:9).

Desde su aparición el PAE se ha difundido por todo el mundo, hasta los países subdesarrollados, de forma paulatina, sin que esto signifique que se encuentre socializado por completo. Existe bibliografía que documenta que este método ha sido empleado en diversos países del mundo, donde se han utilizado como marco de referencia las propuestas teóricas de Henderson y Orem de manera más frecuente, hasta los planes de cuidados estandarizados, organizados a partir de ordenadores electrónicos que parecen facilitar y favorecer el registros del mismo. Dando cuenta de esto, trabajos reportados en Dinamarca, Noruega, Inglaterra, España, Taiwan y diversos países de América Latina, entre los que destacan los grandes avances de Brasil y Colombia. Inclusive hoy los modelos de cuidados es la tendencia para la aplicación de la metodología de enfermería.

Los reportes de los estudios hacen referencia a la aplicación en la práctica de la metodología en estudios de caso, estudios de tipo cualitativo y cuantitativo, que evalúan la percepción de la aplicación por parte de las enfermeras, así mismo muestran la evidencia de que el uso de la metodología es eficaz o inclusive investigaciones para validar los diagnósticos de enfermería o las taxonomías como NIC y NOC.

c. Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería en Estados Unidos de Norteamérica

A partir de la historia de la enfermería profesional que empezó con Florence Nightingale, la enfermería se describió en términos funcionales, es decir, las actividades realizadas por las enfermeras, cuya práctica se basaba en principios y tradiciones que se habían mantenido mediante la educación del aprendizaje y manuales de procedimientos hospitalarios. Es hasta el siglo XX cuando la enfermera empieza a mostrar preocupación por su práctica, haciendo un fuerte énfasis en ésta, comenzando a trabajar para el desarrollo de la enfermería como una profesión a través de las llamadas etapas históricas, las cuales encuentran su mejor ejemplo en el caso de Estados Unidos de Norteamérica.

En la etapa del currículo, la enfermera en 1930 se cuestionaba sobre lo que tenían que estudiar las que estaban en formación. Poniendo especial atención en los cursos que deberían tener, para contar con un currículo estandarizado. Así mismo surgió la idea de trasladar la formación de las enfermeras de los ámbitos hospitalarios a las Universidades, cuestión que en muchos países se concretó hasta medio siglo después.

Ya con la formación universitaria, se da la etapa de investigación, donde las enfermeras ven a ésta como el camino hacia un nuevo conocimiento en enfermería y se incluye la investigación en el currículo de los programas de formación. Dándose de forma simultánea tanto la investigación, como la etapa de educación superior, dentro de estos la formación de Master en diversas especialidades, incluyéndose programas de investigación en enfermería, lo cual dio como resultado el desarrollo de conceptos y modelos en enfermería, surgiendo así las primeras pensadoras de enfermería e inicia el proceso de desarrollo del conocimiento para las enfermeras.

Como resultado de las dos etapas anteriores se dio la etapa de teoría y a medida que creció la investigación y el conocimiento, las enfermeras se dieron cuenta que no se podían separar la investigación de la teoría, porque juntas creaban la Ciencia de enfermería, y al mismo tiempo prosperó la formación en Posgrado. Lo que llevó al reconocimiento de la enfermería como una disciplina académica, con un cuerpo sustancial de conocimientos (Marriner, 2011:4-6).

En la década de 1950 las enfermeras se preocuparon por desarrollar, articular y probar la teoría de enfermería, lo que confirmaba a la enfermería como ciencia. La transición de vocación a profesión fue la que llevó a la búsqueda de un cuerpo de conocimientos sustancial en el cual basar la práctica de enfermería.

A principios de la década de 1960, las enfermeras ponen énfasis en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión. Estos aspectos de la relación enfermera-paciente deben validar sus inferencias y análisis con los pacientes antes de sacar conclusiones; por su parte, Louis Knowles, referido por Janet W. Griffith, incorporó el planteamiento de científico, describiendo a la enfermera involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar. Con este enfoque en el método científico, las líderes de enfermería buscaron las formas de aplicarlos al desarrollo de la profesión.

Para 1966 se describió la información necesaria para realizar una valoración en enfermería, entre los aspectos necesarios que se deberían incluir, se mencionaban a los signos y síntomas del paciente, la historia, el diagnóstico médico, antecedentes sociales, culturales y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente. Dorothy Johnson resaltó la importancia de la recolección sistemática de datos y un análisis riguroso y el diagnóstico de enfermería se definía como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), fueron quienes por primera vez consideraron un proceso de tres etapas (Andrade, 2012:55): valoración, planeación y aplicación; donde el descongelamiento es similar a la valoración en el proceso de enfermería, en que se identifica el problema para darle solución. El desplazamiento o movimiento es la planeación y la aplicación en el proceso de enfermería y para solucionar el problema se realiza un análisis y búsqueda de alternativas. El recongelamiento es la evaluación en el proceso de enfermería y la aplicación y evaluación en el proceso de solución de problemas (González, 2009:50).

Otra teórica de enfermería que retomó el Proceso de Atención Enfermería (PAE) fue Abdellah con la identificación de las 21 necesidades, que implicó la caracterización del problema, la selección de los datos y la formulación, análisis y revisión de la hipótesis, por lo que se considera que Abdellah logró establecer que en cualquier intervención la enfermera debe utilizar el método científico.

El PAE apareció en la literatura de enfermería en Estados Unidos a principios de la década de los sesenta. En ese tiempo se conceptualizó como un proceso de resolución de problemas. En 1967 Yuri y Walsh escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de enfermería, las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Establecieron cuatro etapas en el PAE: valoración, planificación, realización y evaluación.

Definían al PAE como: el conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir objetivos de enfermería, tales como: mantener el bienestar óptimo del paciente, si este estado se altera, la enfermera deberá proveer todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. En caso de no poder llegar al estado óptimo de bienestar, el PAE debe fomentar y promover la

calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos en el menor tiempo posible (González, 2009:52).

Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunas otras teóricas más, establecieron las cinco etapas, al añadir la etapa diagnóstica. Por lo tanto, para la década de 1970, la profesión de enfermería se concibe como una disciplina científica orientada a la práctica con base teórica y centrada en el paciente: los pasos del proceso fueron legitimados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de Enfermería, por lo que muchos estados iniciaron su revisión de las actividades de enfermería como reflejo del extenso campo que abarca. Así mismo, Kristine Gebbi y Mary Ann Lavin en la Primera Conferencia para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, conformaron el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermería.

El proceso combina todas las habilidades del pensamiento crítico y de unos buenos cuidados de enfermería, ya que es un método de resolución activa de problemas, dinámico y cíclico a la vez. El PAE sigue redefiniéndose, destacándose según los resultados de la ANA Social Policy Statement quien ha buscado explicar el *que* y *como* del trabajo de enfermería con numerosas publicaciones que buscan hacerlo más operativo. Dicha Asociación en 1980 definía al trabajo de enfermería como el “diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”. En 1991, los Standards of Clinical Nursing Practice de la ANA describieron el proceso de cuidados del paciente y los valores para la realización profesional, proporcionando el impulso y apoyo para la aplicación del diagnóstico en la práctica. Para 1995 el proceso se centró en los resultados y resto peso al abordaje de los cuidados de enfermería centrados en problemas. De la misma forma el trabajo de la NANDA lleva 30 años desde que se comenzó con los esfuerzos por identificar problemas/necesidades responsabilidad de las enfermeras y continúa con el trabajo que se llevó y continúa con la Iowa

Intervention Project: NIC y la Iowa Outcomes Project NOC. Donde la NIC se centra en el contenido y proceso de los cuidados mediante la identificación y estandarización de las actividades de enfermería, mientras que la NOC describe los resultados esperados en los pacientes sensibles a las intervenciones de enfermería y el desarrollo de escalas de medida. De la misma forma otras asociaciones americanas han publicado normas sobre la forma en que enfermería debe cubrir y documentar la valoración del paciente y la documentación de la asistencia (Doenges, 2008:6-9).

Después de enunciar esta situación es evidente que es Estados Unidos de Norteamérica quien daría los primeros pasos para generar cambios en su sistema de salud, donde las enfermeras a pesar de las restricciones y regulaciones, lo que buscaban era la calidad en el servicio de enfermería. Donde el profesional, dentro de la inercia que implican la demandas de la sociedad y evolución de su práctica profesional, incorpora en su práctica diaria un método basado en el enfoque científico, el Proceso de Atención de Enfermería.

El método basado en el enfoque científico es utilizado por todas disciplinas que se consideran profesionales, y que comprende la investigación científica rigurosa de un problema dentro una estructura teórica definida, lo cual lleva al profesional de enfermería finalmente a transformar la diversidad de tareas, que junto con el paciente y su familia realizan, por lo cual el PAE es siempre identificado por diversas autoras de enfermería como un método ordenado y sistemático, intencionado, dirigido a identificar los problemas reales o potenciales del individuo, que tiene como fin planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

2. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El método consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El método basado en el enfoque científico es utilizado por todas

disciplinas que se consideran profesionales, y que comprende la investigación científica rigurosa de un problema dentro una estructura teórica definida, lo cual lleva al profesional de enfermería finalmente a transformar la diversidad de tareas que junto con el paciente y su familia realizan, por lo cual el PAE es “el método que aplica la enfermera para identificar necesidades y problemas del paciente, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa, sin lugar a dudas, el ejercicio de este método ha devenido en una consecución de acciones, formas de pensar y proyectar al mundo la nueva concepción del profesional de enfermería” (Comisión Permanente de Enfermería, 2011:9).

Hay diversidad de definiciones de proceso de enfermería, pero la mayoría de autores coinciden en denominarlo como el método de enfermería ordenado y sistemático que va permitir obtener información, identificar los problemas reales o potenciales del individuo, familia o comunidad, la finalidad del mismo va ser la de planear, ejecutar y evaluar el cuidado. La aplicación de dicho método exige del profesional de enfermería el desarrollo de habilidades y destrezas, cognoscitivas y técnicas que le van a permitir valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con los individuos. Todo esto a su vez requiere conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. El PAE mejora y resuelve problemas de las respuestas humanas. Permite organizar el trabajo, lo cual conlleva a evitar los problemas que con el solo hacer, el uso de la intuición o costumbres, así mismo permite brindar cuidados de calidad orientados al logro de objetivos.

Como herramienta se puede utilizar como el medio para aplicar los modelos y teorías. Tiene como propósito explicar los fundamentos del ejercicio de enfermería y servir de ayuda para realizar estudios sobre el quehacer de la disciplina, lo podemos utilizar para comparar resultados que deriven de diversas corrientes teóricas y monitorear cuidados y pautas terapéuticas que se desarrollen o estén en implementación. Por lo tanto el impacto será sobre la profesión, como un elemento que nos puede llevar a crecer en las diversas vertientes, como puede

ser el fortalecer el cuerpo de saberes, fomentar la investigación, lograr reconocimiento y trascendencia, entre otras muchas. Así mismo en el paciente y la enfermera.

Como sistema de planificación de los cuidados, está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Como método sus etapas son consecutivas y solamente para su estudio o análisis se hace de forma separada con fines metodológicos, pero en la práctica estas etapas se relacionan entre sí e incluso se superponen.

En la actualidad se busca que el PAE se convierta en una herramienta habitual en todas las actividades que se relacionan con el cuidado profesional de enfermería, y aunque hay autores que lo consideran una herramienta esencial o habitual, la realidad de la práctica profesional demuestra otra panorámica, donde en el mejor de los casos se utiliza el método y se registra de manera uniforme, pero en el peor de los escenarios hay personal que no conoce, o reconoce al PAE como el método para brindar el cuidado y mucho menos como una herramienta que nos lleve a fortalecer el cuerpo de saberes de la profesión. La vinculación entre la teoría y la práctica parece una misión imposible de cumplir o de establecer dicho vínculo que parece tan cercano y lejano.

El PAE se registra en los formatos de enfermería, de acuerdo a lo referido por diversos autores, con la finalidad de fomentar los cuidados continuos, dar a conocer el estado de salud en el que se encuentra la persona, cómo evoluciona, verificación de los problemas reales, potenciales, identificar la terapéutica planeada y ejecutar, en coordinación con el paciente, la evaluación del logro de objetivos. Un plan de cuidados bien redactado comunica el estado de salud pasado y presente del paciente y sus necesidades actuales a todos los miembros del equipo de atención a la salud relacionados con la asistencia. Identifica los problemas resueltos y los que quedan por resolver, puede informar de los

tratamientos que han resultado ser eficaces y registra los patrones de respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería. Para fines legales el plan de cuidados documenta la asistencia brindada, de responsabilidad y de mejora de la calidad. Es un mecanismo para asegurar la continuidad de los cuidados cuando el paciente se da de alta voluntaria (Doenges, 2008:9). El proceso de enfermería hace aportes a la investigación a través de la validación de los diagnósticos existentes, la identificación de nuevos posibles diagnósticos, precisar conductas y el desarrollo de planes estandarizados

a. Valoración y registro

Primera etapa del PAE en la cual se lleva a cabo el proceso organizado y sistemático de la recolección y recopilación de los datos sobre el estado de salud del paciente a través de las diversas fuentes de información: éstas incluyen a la comunidad, familia o individuo, ya sea como fuente primaria y al expediente clínico, la familia u otras personas que proporcionen información del paciente como parte de las fuentes secundarias. La finalidad de esta etapa es identificar el funcionamiento de las esferas física, psicológica, social y espiritual que pongan de manifiesto la presencia de necesidades de salud o identifiquen respuestas humanas.

Para realizar una adecuada valoración se requiere de contar con ciertas cualidades y valores que permitan integrar de forma lógica, analítica y reflexiva la información disponible. Entre éstas se encuentran:

- Identidad profesional: son las actitudes y motivaciones del profesional en relación a lo que piensa, siente y cree del metaparadigma de la enfermería.
- Conocimientos: contar con base sólida y completa de saberes, con énfasis en el área que se desarrolle el profesional.
- Habilidades: para valorar y desarrollar varios métodos y procedimientos para una buena recolección de datos.

- Comunicación eficaz: es necesario conocer y manejar las teorías de la comunicación y del aprendizaje.
- Observación sistemática: implica el agudizar todos los sentidos para lograr y desarrollar la habilidad para detectar los problemas, datos, respuestas patológicas y necesidades del individuo.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar impresiones: es la identificación de signos a través de los sentidos, y la capacidad de hacer inferencias o juicios sustentados en conocimientos y datos.

Es relevante mencionar que el sistema de valoración a seguir puede variar en diversos criterios, entre los más mencionados por los autores y en los cuales coinciden se encuentran los siguientes:

1. Seguir el orden céfalo-caudal.
2. Considerar un orden por aparatos y sistemas.
3. Valoración por los patrones funcionales de salud, establecidos por Gordon; son 11 patrones que sirven para valorar diferentes aspectos, pero siempre buscan mantener una óptica integral del ser humano.

En la etapa de la valoración se lleva a cabo de forma inicial, pero se dice que de forma continua en todas las etapas del proceso. Es de vital importancia identificar las respuestas humanas ante las preocupaciones para mantener la salud, factores que contribuyen a los problemas de salud, factores que generan los problemas, o los factores que nos pueden ayudar a la recuperación de la misma. Se debe considerar que un dato es una información concreta, los datos que se van a obtener son subjetivos, objetivos e históricos y de antecedentes.

Las herramientas para concretar el sistema de valoración que se elija, son bien conocidas y van desde la entrevista clínica (Apertura, cuerpo, cierre), la observación básica; toda excelente enfermera debe ser observadora innata, y la exploración física. Toda la información recabada debe ser validada, es decir, verificar que sea correcta y verdadera recurriendo a las diferentes fuentes de

información. Después de verificar la información se procede a ordenarla, el orden dependerá del sustento teórico o modelo conceptual que se emplee y se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada institución de salud.

Registro de la valoración

La documentación de cada una de las etapas del proceso hoy es imprescindible, si buscamos fortalecer el cuerpo de saberes de la profesión a través de la alternativa del PAE, no omitiendo comentar que esta no es la única vía que existe para fortalecer el cuerpo de conocimientos, pero sí un pilar fundamental, si partimos del hecho de que la práctica profesional se ejerce a través de este método.

Hoy se considera como la segunda fase de la valoración y las razones que la justifica son:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo interdisciplinario de la salud.
- Facilitan la calidad del cuidado, al poder tener una evidencia con la cual comparar con las normas de calidad establecidas por las instituciones (indicadores de calidad).
- Permite la evaluación de la gestión de los servicios de enfermería, incluida la gestión de la calidad.
- Son la evidencia legal: que permite la investigación en enfermería, y la formación de pregrado y posgrado.

Los datos deben por lo tanto registrarse en un documento apropiado que beneficien al paciente, la familia o comunidad y al propio profesional de enfermería. No dejando las recomendaciones hechas por Iyer a finales de los 90 del siglo pasado, tales como: escritos de forma objetiva, descripciones e interpretaciones deben de apoyar pruebas y observaciones concretas, evitar términos generales y vagos, los hallazgos se deben describir meticulosamente, las

anotaciones deben ser claras y precisas, la escritura deberá ser legible. Las anotaciones deberán ser escritas ortográfica y gramaticalmente de forma correcta.

Al respecto en la literatura americana se refiere que se emplean varios sistemas de registro: la historia clínica orientada a la fuente; la historia clínica orientada al problema; el modelo de problemas, intervenciones y evaluación (PIE, por sus siglas en ingles); el registro centrado; el registro por excepción (CBE, por sus siglas en ingles); el registro computarizado, y el modelo de gestión del caso. Estos sistemas de trabajo pueden consignarse en los tradicionales impresos en papel o través de los Registro Médicos Electrónicos (RME) de cada uno de las modalidades de registro se hace una amplia explicación y ejemplificación, así como la forma en que estas han evolucionado y modificado, como parte de los procesos de mejora de la calidad (Kozier, 2013: 252-260).

b. Diagnóstico y registro

Es la segunda etapa del PAE, podemos definirlo de forma concreta como el enunciado que explica o describe el estado de salud, problema real y/o potencial de una persona desde la óptica del profesional de enfermería. La NANDA lo define como “juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.... [y] proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable” (NANDA, 2012-2014:93).

Hoy al emitir el diagnóstico se debe considerar a la persona, verificando cuál es su principal problema o preocupación, determinar qué problemas son reales, cuáles son de riesgo, cuáles de salud y jerarquizar los mismos. Ya localizado el problema principal se procede a relacionarlos con la taxonomía NANDA, según la recomendación de varios autores, de esta forma se emite un diagnóstico.

Es importante señalar que existen diferentes tipos de diagnósticos los cuales se clasifican de acuerdo a sus características: reales, de riesgo, y de salud o bienestar. El real es aquel que se confirmó por la presencia de las características que los definen y los signos y síntomas principales. El de riesgo es una afirmación sobre problemas de salud que la persona no tiene todavía, pero tienen un alto riesgo de desarrollarlos en un futuro cercano. El de bienestar describe aspectos de una persona que pudieran estar en un bajo nivel de bienestar o en una situación de bienestar.

Se han planteado algunos formatos para la redacción de estos enunciados del diagnóstico, el más sencillo y conocido es el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas). Por otro lado los diagnósticos de la NANDA tienen la siguiente estructura, la etiología la denominan factores relacionados, y a los signos y síntomas, características definitorias y el enunciado se estructura de la siguiente forma: Problema + Etiología + Signos y síntomas, pero es importante destacar que en la taxonomía propiamente los componentes de los diagnósticos NANDA incluyen: una etiqueta diagnóstica, su definición que nos sirve para validar el diagnóstico, características definitorias y factores relacionados, estos elementos varían si se trata de diagnóstico de bienestar o de riesgo.

Otro aspecto importante es la relación que éste guarda con las funciones del profesional de enfermería; aún en publicaciones recientes es común ver a los autores referirse a las acciones de enfermería como de tres tipos, como las definió hace 25 años Patricia Yyer: dependientes, independientes e interdependientes. Con lo cual particularmente para este trabajo consideramos que son sólo de dos tipos independientes e interdependientes.

Registro

Se considera que el registro deberá ajustarse al formato escogido para el modelo de cuidado que se esté aplicado, y siguiendo las pautas de redacción que se han establecido para la institución.

En cuanto a la forma en que las enfermeras americanas lo hacen refieren es a través de ordenadores electrónicos, en lo que se conoce como RME, y se hace en dos apartados del mismo. Esto que el diagnóstico puede ser de larga duración o la situación puede resolverse en el corto plazo. Cuando son de larga duración se documentan en lista de problemas, que se puede visualizar junto con los diagnósticos médicos relacionados con síndromes o enfermedades. Para los diagnósticos de corto plazo estos se registran en otro apartado donde está todo el plan de cuidados, de manera que están separados de las órdenes médicas. En este caso el médico y otros miembros del equipo de salud tendrán que consultar este apartado para encontrar por ejemplo el conjunto de medidas para evitar caídas.

En algunos RME al registrar los datos de la valoración estos se vinculan con una base de datos que permite conocer los posibles diagnósticos del paciente mediante la documentación de las características definitorias y factores relacionados y/o factores de riesgos durante la valoración. Muchas veces hay una lista prediseñada que esta basada en la evidencia y apoya la decisión de la enfermera. De hecho los sistemas más avanzados proporcionan a los estudiantes y enfermeras novatas las definiciones y conceptos de los diagnósticos como parte ayuda a las decisiones clínicas (NANDA 2012-2014, 2013:101-103).

c. Planeación y registro

Es la tercera etapa del PAE, en la cual se contemplan las estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados. Esta etapa, según diferentes autores, contempla establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando una persona tiene varios problemas; determinación de objetivos en coordinación con el o los sujetos de cuidados y la planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudar al logro de objetivos.

Para la priorización de necesidades se requiere de usar algún referente entre los cuales se refiere con frecuencia a la jerarquización según las necesidades de Maslow, otra alternativa es de acuerdo a la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería que se esté aplicando. En la determinación de objetivos se aplican las áreas de la acción, la cognitiva, la afectiva y la psicomotriz, que le permita, tanto a la enfermera como al sujeto de cuidado, comprender hacia dónde es la meta. Para planear las intervenciones de enfermería destinadas a ayudar al sujeto de la atención y a lograr las metas del cuidado, se deberán de enfocar al factor que está provocando o del que deriva el problema, es decir, el factor relacionado o la etiología. Las intervenciones de enfermería las realiza la enfermera en colaboración con el paciente y equipo de salud.

Las intervenciones de enfermería reciben, según el autor, diversas denominaciones: acciones, estrategias, planes de tratamiento, órdenes de enfermería y en el NIC se desglosan las actividades, que corresponden a cada intervención. En caso de las indicaciones de enfermería se requiere se fundamenten en principios científicos, individualizadas, y que provean un ambiente terapéutico seguro.

Registro

En todo momento debe haber un registro evidente de las indicaciones de enfermería, para facilitar en primer lugar la comunicación, ya que éstas son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas, se pueden registrar varias acciones para el logro de una meta y éstas están sujetas a modificación según responda el sujeto de cuidado.

En esta etapa del proceso y las enfermeras americanas aplican lo que se conoce como intervenciones basadas en evidencias para sustentar la práctica de la enfermería, los RME proporcionan los vínculos entre diagnósticos y resultados, resultados e intervenciones de enfermería dentro del plan de cuidados. Estos vínculos permiten a las enfermeras elegir rápidamente el plan de cuidados del paciente. Este plan está disponible para ajustarse de acuerdo a las aportaciones del sujeto de cuidado. En algunos casos el plan de cuidados de enfermería es una aplicación independiente y en otros lo integran con las órdenes interdisciplinarias. Esto ha permitido que las enfermeras recuerden la necesidad de documentar, seguir un plan y evaluar el progreso del mismo y de la misma manera pueden revisar el plan cuando lo deseen. Es importante destacar que todas estas herramientas se han construido a través de los años a la par de la creación de la especialidad de enfermería en informática, que permite a las especialistas formadas en esta área, ayudar a las colegas asistenciales y a las gestoras e investigadoras, ya que facilitan la traslación de los modelos conceptuales de enfermería, conocimientos empíricos y la evidencia a todos los ámbitos de la práctica. Ya que los modelos exitosos de RME identifican primero las teorías y modelos que rigen la infraestructura de la información de datos relacionados con la salud, en segundo lugar comprenden las necesidades de las enfermeras y otros profesionales de la salud reutilizan la información en su contexto de conocimiento en beneficio siempre del paciente. (NANDA 2012-2014, 2013:105-106).

d. Ejecución y registro

Es la cuarta etapa del PAE, corresponde a la operacionalización de lo planeado, es decir, se ejecutan las actividades para el logro de los objetivos. Dichas acciones se fundamentan en principios científicos para asegurar los cuidados de calidad. Los autores consideran que ésta debe de incluir: validación del plan, documentación del mismo, suministro y documentación de la atención de enfermería y la continuación de la recopilación de los datos.

Se considera, según las diferentes fuentes bibliográficas, que la validación del plan debe responder básicamente a interrogantes: ¿El plan está orientado a la solución de respuestas que presenta el sujeto de cuidado?, ¿Cumple con las reglas para recolección de datos, elaboración de diagnósticos de enfermería y de resultados esperados?

Registro

De acuerdo a la NOM-004-SSA1, el expediente clínico es el “conjunto de documentos escritos, gráficos e imagen lógicos o de cualquier índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias” (Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA1; 2013) por lo cual el profesional de enfermería al intervenir en la atención de sujetos brindando cuidados debe documentar sus intervenciones de acuerdo al método empleado que fundamenta su práctica en todas sus etapas. De la misma forma la CPE en 2012 publicó el Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería, en su versión preliminar donde se hace una propuesta de como documentar a nivel asistencial el PAE.

En la actualidad esta evolución que ha experimentado el PAE permite que se cuente con diversos planes de cuidados. Los habitualmente se menciona y se usa en diversas partes del mundo, son los planes de cuidados individualizados, estandarizados y computarizados. De la misma forma se ha evolucionado hasta el uso de Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE) que guían el accionar de la enfermera finalmente después de que se ha valorado y emitido un diagnóstico de enfermería y que actualmente la CPE trabaja un proyecto con el que se pretende contar con catálogo de GPCE que faciliten el cuidado de calidad.

La ejecución de las intervenciones de enfermería deberá ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en cada una de las diferentes etapas del PAE.

e. Evaluación y registro

Última etapa del PAE, consiste en comparar o verificar si se lograron los resultados esperados o se cumplieron los objetivos planteados. En esta etapa se considera la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción de la persona cuidada. Para la evaluación del logro de objetivos se verificar si ésta será total y/o parcial. En caso de ser parcial se requiere de iniciar la revaloración del plan.

En la revaloración se requiere de cambiar o modificar los diagnósticos que no son funcionales y requiere de iniciar de nuevo el PAE. Al evaluar la satisfacción de la persona, se debe de considerar que el sujeto de cuidado no siempre tiene el conocimiento de lo que implican los cuidados profesionales, pueden llegar a sentirse satisfechos aunque reciban cuidados insuficientes, o por el contrario sentirse insatisfechos de algunas intervenciones aun cuando estas sean eficaces y eficientes.

El registro del paciente debe describir el estado del paciente y reflejar todo el espectro del PAE. Sea cual sea el sistema de registro utilizado en una institución, las enfermeras registran las pruebas del PAE en diferentes formas a lo largo del historial clínico del sujeto de cuidado. Estos registros incluyen la valoración de enfermería al ingreso (La cual según la Joint Commission exige pruebas de la valoración del paciente, diagnósticos de enfermería o necesidades del paciente, intervenciones de enfermería, resultados del paciente y pruebas del plan asistencial de enfermería actual), planes asistenciales de enfermería que pueden ser en forma tradicional o planes asistenciales estandarizados, kardex (puede o no existir, de la misma forma ser electrónico o en papel), diagramas de flujo, notas del progreso, resúmenes de alta de enfermería (Kozier, 2013: 26-266).

En cuanto a las directrices de dichos registros en la medida de que son documentos legales, además de la confidencialidad, se debe cumplir con estándares legales en el proceso del registro mínimos como son: fecha y hora, momento, legibilidad, permanencia, terminología aceptada, escritura correcta, firma, precisión, secuencia, idoneidad, exhaustividad, concisión y prudencia legal.

3. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN EN MÉXICO

a. Antecedentes históricos del Proceso Atención de Enfermería en México

En México las referencias acerca de la aplicación de un Modelo del proceso de cuidar, la aplicación de un Modelo de cuidado de Enfermería, son escasas. A partir de la década de los setentas, la Asociación de Escuelas de Enfermería consideró la importancia de fundamentar el cuidado en la metodología científica y editó el primer libro sobre PAE. El cual estaba constituido sólo por 4 etapas y no se llegaba al diagnóstico de enfermería. En la década de los 80 se incluye esta etapa,

con lo que se mejoró el conocimiento y la habilidad en la enseñanza del PAE entre algunas docentes de enfermería.

En la última década se han incluido las taxonomías NANDA, NIC y NOC. En las instituciones de salud no era considerado como parte de la atención de enfermería, hasta el año 2000 que el Instituto Mexicano del Seguro Social se volvió pionero en la capacitación y aplicación de la metodología.

b. La regulación del Proceso Atención de Enfermería en México

Tiene su origen en el Programa Nacional de Salud, donde desde el año 2000, con la cruzada nacional por la Calidad, hay una preocupación por la calidad del cuidado y la seguridad de los pacientes, desde ese momento se iniciaría con la regulación de la práctica de enfermería de forma concreta y se tomarían medidas para la evaluación de la calidad de atención otorgada.

Ya para el Programa Nacional de Salud de 2007-2012, dentro de la perspectiva de la calidad técnica y la seguridad de los pacientes del Programa Estratégico de SICalidad se encuentra la línea de acción #9, denominada “Plan de cuidados de Enfermería (PLACE)” en donde la CPE retoma este proyecto como prioridad, debido a la gran diversidad de sistemas de trabajos, buscando establecer un método con criterios homogéneos encaminados a la mejora de calidad de atención de enfermería.

Para lograr esto, se formaron grupos de trabajo con representantes de diferentes entidades federativas del país, instituciones de salud, educativas y organizaciones profesionales y cuyo objetivo era fortalecer la cultura de la calidad de los servicios de enfermería de los establecimientos de salud y la estandarización de los cuidados de enfermería, mediante la aplicación del PAE o PLACES. Después de varias sesiones de trabajo el grupo de trabajo decidió diseñar el Lineamiento

General para la elaboración de los planes de cuidados de enfermería, en el cual se incorporó al PAE como la herramienta metodológica, junto con cinco etapas y la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje propios, incluyendo las taxonomías de NANDA, NIC y NOC que contienen criterios de resultados sensibles de la práctica de enfermería con indicadores específicos, lo cual básicamente se resume en que la propuesta de la CPE, busca que estructuren planes de cuidado de enfermería que contribuyan a la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes y su familia.

Más adelante se integraría el Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería, retomando, según se refiere, el concepto de Griffith-Kenney y Christensen: que sería un documento que permitiría documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, las indicaciones, intervenciones y evaluaciones de todo ello. Se emitieron en la primera edición un catálogo de 25 Planes de Cuidados estandarizados con la metodología de Mayers, es decir, son un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados a un diagnóstico médico concreto o una enfermedad.

Según la CPE las enfermeras mexicanas, ahora cuentan con un instrumento de referencia para la elaboración e implementación de planes de cuidados de enfermería. Es destacable mencionar que este trabajo que ha estado a cargo de la CPE, partiendo de la misma situación planteada, de la diversidad de sistemas de trabajo, diferentes contextos en las instituciones de salud, y en la búsqueda de la calidad y la seguridad, requiere urgentemente de retomar los elementos epistemológicos de la enfermería, el PAE y los modelos y teorías de enfermería y cómo fortalecer el cuerpo de saberes, partiendo de la conciencia del acto de cuidar, el cuidado mismo y la situación de no olvidar que estos elementos se encuentra diluidos e intangibles en la práctica diaria de las enfermeras mexicanas.

c. El registro del Proceso Atención de Enfermería en el expediente clínico

Por otro lado, es importante comentar que en la literatura que tenemos en México en relación a los cuidados que se brindan en los diferentes ámbitos de acción de las enfermeras, y que son resultado de la traducción de obras originales en inglés, o francés generadas en EE. UU., Canadá o Francia, lo que siempre fundamentan el hacer de la enfermera en la aplicación del PAE y al inicio de cada obra hay una explicación de qué es el proceso, cómo aplicarlo en el área de conocimiento a la que se refiere la obra, cómo documentarlo, e inclusive, hay ejemplos de hojas de enfermería para la documentación del mismo, es decir, de cómo hacer evidente el conocimiento generado del cuidado ejecutado por enfermería.

De la misma forma es importante resaltar que estos ejemplos están también en libros específicos como el de aplicación del Proceso Enfermero de Rosalinda Alfaro, obra traducida del original en inglés de 2005 y publicada en español en el 2006, situación que deja al descubierto la interrogante de qué paso, que las enfermeras mexicanas en general no lograron documentar el proceso en los registros de enfermería, en ese momento si tenían acceso a la literatura con ejemplos de cómo hacerlo. Sin embargo, en el libro de Bertha Alicia Rodríguez se describe el Proceso Enfermero aplicado en Guadalajara, Jalisco, en un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, ejemplifica formatos de registro del proceso enfermero, los cuales pareciera difícil de creer se hayan llevado a cabo en el día a día, turno por turno del cuidado de enfermería, ya que son 10 hojas para documentar el proceso, así mismo este libro contiene un gran número de elementos del libro de Rosalinda Alfaro en resumen, y sin embargo no se incluyen los ejemplos de registro de enfermería citados en dicha obra, que al ser analizados integran elementos esenciales de la aplicación del PAE en una forma práctica para documentarlos. Esta literatura a su vez, de acuerdo a lo revisado, hay obras de más de 15 años que se publicaron en el idioma español.

Por otro lado, el Grupo Ángeles utiliza instrumentos de valoración con elementos de la teoría de Orem, que son plasmados en los registros de enfermería, de la misma forma los diagnósticos de enfermería que son seleccionados de un listado preestablecido, donde también se enlistan diversas intervenciones de enfermería por cada diagnóstico y que también pueden ser seleccionadas por turno, y además se registran las notas del progreso de los pacientes que permiten la documentación de la evaluación y los resultados obtenidos en el paciente del cuidado otorgado.

d. Impacto del Proceso Atención de Enfermería en la calidad del cuidado

Actualmente se busca hacer visible la utilización de esta metodología, con el uso de los PLACE como parte de las estrategias de la Secretaría de Salud, a través de la CPE, en el que el Sistema Integral de Calidad en Salud apoya la implantación del PAE en las unidades médicas, a fin de favorecer la calidad y seguridad de los usuarios y profesionales (Andrade; 2012:56, 57,131).

Por otro lado, la calidad del cuidado implica la prestación de un *cuidado seguro*, que inicia con la convicción y sustento de los valores que lo constituyen, ordenan y desenvuelven, seguido de una estructura científica integrada por un marco referencial y una metodología que posibilitan que el cuidado de enfermería sea aprendido, practicado, evaluado y enriquecido en los servicios de salud. Dicha estructura científica está representada por el PAE, el cual hace referencia a una actividad privativa sólo de enfermería como núcleo de saber y método racional fundamental para ofertar *cuidado seguro*. De esta forma la comunidad científica de enfermería ha desarrollado estándares de práctica, protocolos de cuidados y taxonomías que coadyuvan a comprender, explicar, desarrollar, estudiar conocimientos y prácticas implicados en la seguridad del cuidado de enfermería (Cometto, *et al.* 2011: 10).

f. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería en el Centro Oncológico Estatal ISSEMyM: replicación de un modelo Ecléctico.

Gestión del cuidado en el Centro Oncológico Estatal

La gerencia del cuidado en enfermería se define como la forma en que se lleve a cabo la satisfacción de cada una de las necesidades de un usuario de forma individual o colectiva. “Forma basada en los conocimientos de la situación natural y social por resolver, de los recursos humanos, económicos y materiales de que se dispone, de las posibles soluciones, del reconocer errores y tomar las decisiones adecuadas, evaluar acciones, mantener liderazgo y relaciones humanas” (Grupo de cuidado, 2010:50).

Lo anterior implica brindar cuidado planificado, con los recursos disponibles, fijando objetivos, metas y estrategias, con conocimiento de la situación real de salud de los involucrados o que lleva a la toma de decisiones asertivas. A su vez implica las estrategias que se deben de tomar en cuenta para desarrollar una buena atención, conociendo la relación causa-efecto para implementarlas y la evaluación y control que lleven a la calidad del cuidado.

En Centro Oncológico Estatal, la gestión del cuidado se ha orientado a la utilización de un Modelo del Proceso de cuidar centrado en el usuario, específicamente un Modelo de Cuidado de enfermería ecléctico por su diversidad teórica y holística, el cual ya ha sido implementado desde hace más de 20 años en el Grupo de hospitales privados del país. Se puede observar que los elementos que componen este modelo permiten ejercer la práctica de enfermería de forma autónoma y dejan clara la especificidad de nuestras funciones. El pensamiento humanístico que actualmente influencia las corrientes de pensamiento de enfermería y el cual está acorde con los conceptos de salud y persona, además, utiliza un lenguaje propio de la disciplina y comprensible, es flexible y permite la

incorporación de conceptos nuevos. Además para el resto de la hoja de enfermería incluye los Indicadores para la calidad y la Seguridad del Paciente, Diagnósticos e intervenciones de Enfermería, así como los requisitos que pide la NOM-004-SSA-1-2013. El presente constituye la primera etapa de la sistematización del cuidado en el Centro Oncológico Estatal ISSEMyM y tiene como objetivo lograr la validación del modelo de cuidado, con el enfoque ecléctico, que permita identificar la alteración de las necesidades humanas ante una enfermedad tan devastadora como es el cáncer.

Modelo ecléctico aplicado en el Centro Oncológico Estatal

Modelo de Cuidado de enfermería ecléctico, por su diversidad teórica y holística, porque contempla los tres paradigmas de Enfermería representados de la siguiente manera: Henderson con su definición de Enfermería, sus niveles de dependencia y fuentes de dificultad (filosófico), Orem con sus necesidades universales y sistemas de Enfermería (crítica) los diagnósticos de la NANDA (racional y objetividad) y en cuanto a la parte metodológica se realizará una valoración y diagnóstico de Enfermería, una planeación y ejecución del cuidado y por último una evaluación del mismo.

Teoría de Orem y filosofía de Virginia Henderson

Se realiza una evaluación de enfermería con base en las Necesidades Universales (Teoría de Orem), donde se identifica la fuente de dificultad y el nivel de dependencia (Concepto de la Teoría de Virginia Henderson). También se evalúa si existe algún problema que esté afectando las Necesidades del Desarrollo o bien se identifican factores que puedan favorecerlo, también se incluyen las Necesidades en la Desviación de la Salud, en donde se identifican algunas alteraciones del estado de salud del paciente que influyen en su capacidad de autocuidado y así la enfermera logra identificar qué sistema de enfermería utilizará

con cada paciente. Estos datos permiten a la enfermera realizar una valoración clínica de su paciente, que se sintetiza mediante la generación de Diagnósticos de Enfermería con base en la taxonomía diagnóstica de la NANDA. Al obtener toda esta información, la enfermera elabora un plan de cuidados diseñado acorde a las necesidades de su paciente, toda la información la obtiene durante la interacción enfermera-paciente y en el expediente clínico, donde quedan registradas todas las intervenciones de enfermería.

Por lo tanto la enfermera debe tener un amplio conocimiento de las patologías, que le permita determinar las áreas en las que requiere centrar su valoración clínica para detectar problemas reales o potenciales del paciente, determinar diagnósticos y establecer su plan de cuidados orientados a la resolución de los mismos.

Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Valoración clínica de enfermería

Esta consta de 3 apartados:

- I. **Necesidades universales** (Tomadas del modelo de Dorotea Orem).
 - 1) OXIGENACIÓN.
 - 2) HIDRATACIÓN
 - 3) ALIMENTACIÓN
 - 4) ELIMINACIÓN
 - 5) ACTIVIDAD Y DESCANSO
 - 6) SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

7) AUTOCONCEPTO

8) PREVENCIÓN DE RIESGOS

Niveles de dependencia:

1. **Totalmente dependiente.** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
2. **Parcialmente dependiente.** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
3. **Independiente.** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

C= Conocimiento. Lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

F= Fuerza. Se entiende por ésta no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

V=Voluntad. Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

- II. **Necesidades del desarrollo:** (Tomadas del modelo de Dorotea Orem). Son aquellas que están en directa relación con el desarrollo del hombre, desde la vida intrauterina hasta la muerte. Aquí se evalúa el grado en que el problema de salud afecta el desarrollo de la persona así como los factores que pueden favorecerlo, según la etapa de la vida en que se encuentre el paciente. Ejemplo: Estas se encuentran obstaculizadas debido a que no puede movilizarse libremente, no puede trabajar, ni ser trasladado a su lugar de origen.
- III. **Necesidades de la desviación de la salud:** (Basadas en el modelo de Dorotea Orem). Aquí se incluyen aspectos relacionados con alteraciones genéticas y procesos patológicos.

- Estado general

- Sensopercepción
- Sueño
- Otros

Incluye un apartado de Intervenciones; para registrar las que se realizan para satisfacer dichas necesidades. Así mismo se incluye el cuadro para registro de cuidados especiales y valoraciones de riesgo de caídas y úlceras por presión, observaciones de la piel y su valoración.

Sistemas de enfermería (Tomadas del modelo de Dorotea Orem). Secuencia de acciones prácticas y deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con sus pacientes para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado.

- **Totalmente compensatorio:** Todos los cuidados son asumidos por el personal de enfermería.
- **Parcialmente compensatorio:** Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el profesional de enfermería.
- **De apoyo educativo:** La persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación.

Implementación de un Modelo de Cuidado en el COE

La implementación del modelo de cuidado en el COE se inició en el servicio de hospitalización, derivado de que era un servicio con áreas de oportunidad donde la reingeniería de los formatos de enfermería permitiría la documentación del cuidado otorgado de forma concreta, completa y que reflejara verdaderamente el trabajo realizado por enfermería.

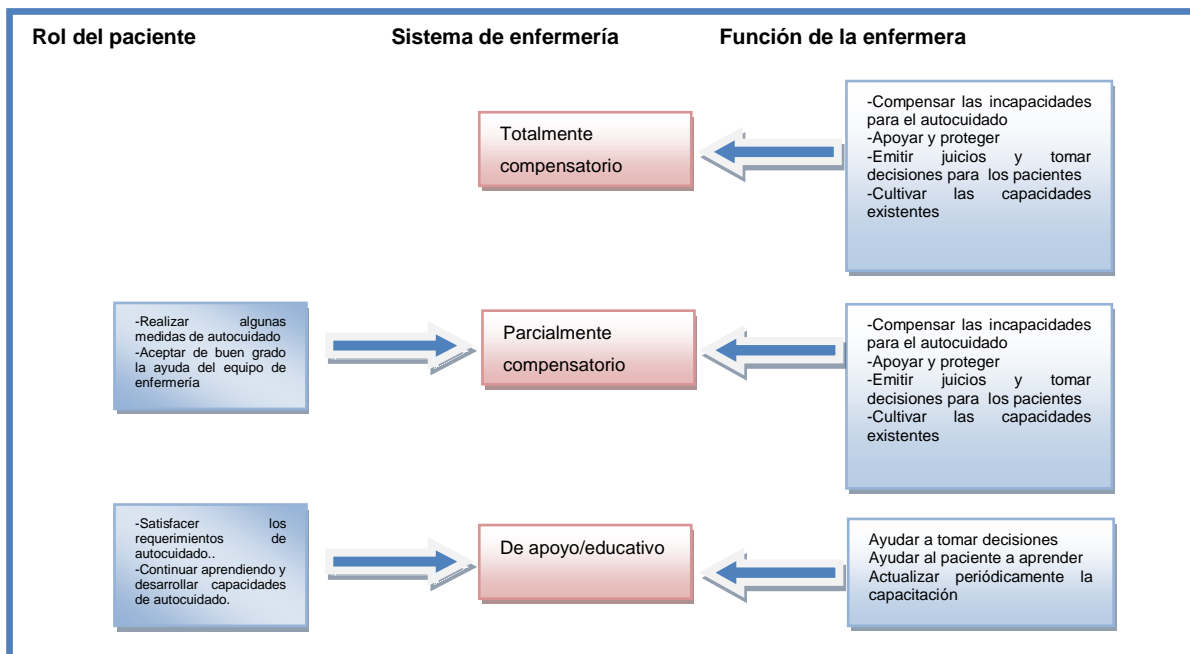


Diagrama No.6 **Elementos del modelo de cuidado ecléctico**. Fuente: elaboración propia 2010.

Se hizo partiendo de la metodología, primero se planteó la propuesta de contar en el Centro con un modelo de cuidados, lo que requirió de iniciar una búsqueda de lo que estaban realizando otras instituciones al respecto, esto fue en el año de 2010, se encontró poca información documental, buscando que esto se hiciera con lo que fuera más acorde al contexto de un hospital de tercer nivel, dedicado al cuidado de pacientes enfermos de cáncer.

Encontrándose en la red sólo información disponible de lo que el Grupo Ángeles había realizado al respecto, donde hacen referencia a un modelo ecléctico, ya planteado como experiencia exitosa en la forma de operacionalizar el cuidado con base a elementos teóricos del conocimiento de enfermería.

Se encargó dicho proyecto de la implementación del PAE y registro del mismo a la Coordinación de Enseñanza e Investigación de Enfermería en el año 2010. Por lo tanto se inició el trabajo con el afrontamiento bibliográfico, para comprender, analizar, digerir y dominar las propuestas de dicho modelo ecléctico. Con lo que

dio inicio el proyecto, capacitando a las enfermeras del área de hospitalización de todos los turnos en relación al modelo a implantar, la forma en que se aplicaría cada etapa del proceso, cómo se realizaría la valoración, los diagnósticos de enfermería, la planeación y ejecución del cuidado y la forma en que se documentaría el mismo mediante un formato estandarizado que facilitara dicha tarea.

Registro del Proceso Atención de Enfermería en el expediente clínico del Centro Oncológico Estatal

La reingeniería de los registros de enfermería fue uno de los retos más grandes que enfrentamos, toda vez que los requerimientos que marcaba en ese entonces la NOM-168, hoy NOM-004 del expediente clínico, sólo solicitaba como requisito el registro de actividades técnicas ejecutadas por enfermería, pero en realidad no planteaba la situación de documentar elementos del cuidado de enfermería.

Se inició la búsqueda en la literatura mexicana, no se encontraron antecedentes de un registro de enfermería práctico para la vida diaria de las enfermeras. Se solicitó apoyo a una colega norteamericana, quien con motivo de las Jornadas de Aniversario del Centro, había acudido con nosotros a compartir sus experiencias en el cuidado del paciente oncológico.

Por lo que adoptamos el formato ya empleado con anterioridad en el Grupo Ángeles, realizando algunas modificaciones en la forma de la organización de la información, incluyendo algunos aspectos como la detección de las necesidades de educación, la documentación del riesgo de caídas y otros elementos marcados como obligatorios de registro y seguimiento por parte del personal de enfermería en apego a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Como se ha planteado al inicio, el objetivo principal de esta investigación es el de analizar la aplicación del PAE en México, desde la epistemología de la enfermería, toda vez que es el método al que la literatura, generada en el seno de la enfermería y las mismas profesionales refieren como la herramienta eje de todos sus abordajes, para planear, ejecutar y evaluar el cuidado. Luego entonces para llegar al fin planteado, se desarrolló una investigación de tipo cualitativa para conocer la situación que guarda la aplicación del PAE, se obtuvo la información mediante la aplicación de una entrevista, que permitió conocer la opinión de algunas de las enfermeras expertas en el tema, partiendo del hecho, de que se trata de un estudio de tipo exploratorio.

Con la finalidad de conocer el significado que tiene para las enfermeras la aplicación del PAE desde la epistemología, se presentan los resultados de este trabajo, así como el análisis, interpretación, argumentación y reflexión sobre si este fenómeno ha contribuido a fortalecer el cuerpo de saberes de la profesión. No olvidando mencionar que partimos del supuesto de que la aplicación del PAE en base a la epistemología de la profesión, no es una realidad reflejada en la práctica diaria de las enfermeras en México. Con este contexto será posible inferir conclusiones y sugerencias que indudablemente generarán otras investigaciones, controversias y conocimiento para la enfermería. En esta investigación de tipo exploratorio se entrevistaron a 16 enfermeras(os) consideradas expertas(os) e informantes clave en el caso de la entrevista, para el caso de la técnica Delphi se reunió un grupo de 4 expertos, cuyos aportes se encuentran incluidos y fueron el punto de partida para la elaboración de la guía de entrevista semiestructurada y el contenido de la misma.

Las entrevistadas, en la etapa empírica, con información clave para esta investigación que participaron y cumplieron con criterios de inclusión, tuvieron las siguientes características:

La entidad Federativa en donde se localizaron el mayor número de participantes fueron el Distrito Federal (9) y el Estado de México (Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1
ENFERMERAS ENTREVISTADAS, SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA

Entidad Federativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Distrito Federal	9	45.00
Estado de México	8	40.00
Guadalajara	3	15.00
Total	20	100.00

Fuente: Entrevistas realizadas, 2013.

En relación al nivel de estudios de las entrevistadas se observa que la mayoría de las participantes cuentan con el grado de Maestría (11) y la minoría se ubica en Especialidad Postécnica (1) respectivamente (Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS DE LAS ENTREVISTADAS

Nivel de Estudios	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Doctorado	1	5.00
Maestría	11	55.00
Licenciatura	4	20.00
Especialidad Postécnica	3	15.00
Enfermera General	1	5.00
TOTAL	20	100.00

Fuente: Entrevistas realizadas, 2013.

Las Instituciones donde laboran las enfermeras participantes fueron: Dependencias del Gobierno Federal, particularmente Secretaría de Salud, Instituciones Académicas, Hospitales de Sector Público y Privado, como se detalla a continuación (Cuadro No. 3).

Cuadro No. 3
INSTITUCIONES DONDE LABORAN LAS ENTREVISTADAS

INSTITUCIONES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México	3	12.00
Hospital Materno Infantil ISSEMyM	1	4.00
Centro Oncológico Estatal ISSEMyM	4	16.00
Centro Médico Arturo Montiel Rojas ISSEMyM	2	8.00
Hospital General de Ixtapan de la Sal ISEM	1	4.00
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	2	8.00
Instituto Nacional de Cancerología	1	4.00
Hospital Ciudad Azteca	1	4.00
Hospital General de México SSA	1	4.00
Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal	2	8.00
UAM Xochimilco	1	4.00
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde	1	4.00
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Guadalajara	3	12.00
Corporativo Grupo Ángeles	2	8.00
TOTAL	25	100

Fuente: Entrevistas realizadas, 2013.

NOTA: Más de una enfermera trabaja en dos instituciones.

CUIDADO PROFESIONAL

La enfermera asume al cuidado como elemento sustancial, objeto de su estudio que implica componentes filosóficos, valores, principios, conocimientos generales y específicos que permitirán la satisfacción de necesidades básicas, hasta la enseñanza, favoreciendo la expresión de sentimientos, y de la misma forma que según el contexto donde se encuentre ubicada la complejidad del cuidado adquiere diversas dimensiones. Analizar cómo lo conceptualiza la enfermera y el significado que le da a la palabra cuidar es fundamental desde la epistemología, así mismo como la concepción que tiene en sí del acto de cuidar, que para fines de este trabajo se maneja como el proceso de cuidar, es evidente que el término de cuidado no cuenta con una definición de aceptación general por el gremio, toda vez que el cuidado, en sí mismo no es un acto sencillo, sino en la medida que el cuidado se ubica en diferentes contextos, parece volverse más complejo, de lo que en sí mismo es, por los componentes esenciales que implica cuidar de otro ser humano.

La sola palabra cuidado en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, hace alusión a una situación puramente intelectual de conocimiento, pero si partimos del significado de la palabra en otro idioma el más común es inglés, el significado adquiere la dimensión del cuidado de la salud o estético. Esto sin lugar a duda ha influido en la forma en cómo la enfermera en México, percibe el significado de cuidar, así como el acto mismo. Toda vez que en México la literatura generada por el propio gremio en relación al cuidado como objeto epistémico no es del dominio común del grupo de enfermería. La literatura que se utiliza en la formación de las enfermeras es la generada en otros países, traducida al español y en la cual el término cuidado adquiere otras dimensiones. Pero cómo enfrentar esta dualidad de conocimiento y acepciones. La enfermera enfrenta entonces el choque que le genera la realidad que vive en la práctica diaria, la forma en cómo se conceptualiza el cuidado y la forma en como los textos definen

al mismo, toda vez que en realidad se haya hecho consciente del estudio del significado del cuidado de enfermería como su quehacer diario.

Esto permite que las enfermeras entonces generen una definición del cuidado como su razón de ser y la forma en cómo llevan a cabo la acción de otorgar el mismo. El enfoque de toda disciplina profesional deriva de su sistema de creencias y valores, de la naturaleza de su servicio y del área de desarrollo de sus conocimientos. El enfoque de enfermería se define como el estudio de los cuidados en la experiencia de la salud humana. De esta forma se han desarrollado teorías y modelos del cuidado, todas con enfoque humanísticos y el cuidado como la base de la ciencia de enfermería. Cada teoría define al cuidado con diferentes aspectos. De éstas, una cuyo punto de partida para desarrollar sus supuestos, es el cuidado a nivel institucional, es la de Ray que se centra en el cuidado dentro de las organizaciones, situación que no se pueden sustraer las enfermeras mexicanas, toda vez que la práctica de la enfermería en México hoy se encuentra sujeta a una institución en su gran mayoría y que sin lugar a duda esto determina la forma en cómo se conceptualiza y ejecuta el cuidado. Ray sugiere que en la situación de las instituciones u organizaciones, el cuidado de enfermería es contextual y está influenciado por la estructura organizativa. Además la percepción cambia si la persona que lo ejecuta es operativa o administrativa (Kozier, 2013: 450).

En este sentido las enfermeras entrevistadas en este estudio reconocen y señalan los múltiples significados que le dan al cuidado y al proceso de cuidar, lo cual se analiza y describe a continuación.

A. Significado del cuidado.

La acción de cuidar de forma profesional es compleja, es un acto que implica componentes axiológicos y filosóficos, dominio de técnicas, experiencia personal y

conocimientos específicos del campo de acción, sin perder de vista que el sujeto de cuidado es un ser humano. De la misma forma esta acción debe llevar implícita la ideología de quien está ejecutando el cuidado, en relación a cómo percibe al otro, requiere de una metodología para poderlo ejecutar de forma profesional, por lo tanto en la medida que la práctica sea dentro de una institución, éste estará determinado y sujeto a los mecanismos institucionales. Así mismo se reconoce que el término tiene dos acepciones: el de ser objeto de estudio de la profesión y la del acto o forma práctica en la que cuida la enfermera. Dicho acto indudablemente ha cambiado a través de los diferentes momentos históricos que vive la sociedad.

Cuando se hace referencia a que el cuidado implica componentes axiológicos y filosóficos se reconoce que la base teórica para otorgar el cuidado debe de ir acompañada de una filosofía o percepción de cómo vislumbra al sujeto de cuidado y que se requiere de tener ciertos valores, principios, ética profesional, trato digno hacia la persona que se atiende.

Hoy por hoy se percibe que esta actuación debe estar centrada en la persona, por lo cual el humanismo y holismo no deben perderse de la dimensión de cuidar, el propósito de la acción es satisfacer las necesidades de otro que solicita algún tipo de cuidado profesional de enfermería, y que éste debe basarse además en un conocimiento científico. Existe consenso entre las entrevistadas en este sentido, definen al cuidado como:

Cuidado de enfermería debe ser aquel que el enfermero con un pensamiento crítico, con una base teórica, con un compromiso, con fundamento filosófico y disciplina que de alguna manera esté guiando frente al paciente, frente a la persona, sujeto de su cuidado (E-1).

Tiene que implicar varios aspectos, primero tiene que ser con un conocimiento científico.... el cuidado profesional tiene que estar entrenado de un trato humano, un trato digno a la persona, tiene que estar incluido, inmerso durante este cuidado, la búsqueda de las satisfacciones de las necesidades de las personas que solicitan este tipo de cuidado, entonces, básicamente te puedo

concretar que tiene que estar basado en conocimiento científico, debe de estar impregnado con un sentido humano y tiene que estar, evidentemente, inmerso en un aspecto dirigido totalmente a la persona (E-3).

Por otro lado, dentro de la concepción del cuidado, mencionan que requiere de una metodología para poderlo ejecutar. Al trabajar con seres humanos, se requiere de hacer una valoración de las necesidades de cuidado, un diagnóstico de las mismas, planeación, ejecución y evaluación de dicho cuidado. No olvidando lo mencionado al inicio de este capítulo, que en la medida que la práctica sea dentro de una institución, este cuidado estará determinado y sujeto a los mecanismos de la misma. Lo que indudablemente deja entrever que el cuidado que se otorga en los hospitales está determinado por los recursos humanos, materiales, liderazgo de los gestores, conocimiento, cultura y madurez de la organización.

El cuidado profesional es ... una actividad que tiene algunos requisitos, debe tener un marco teórico común, debe tener una ideología, también común entre las personas que lo ejercen, debe tener una práctica, es muy probable que tenga otros elementos, sin embargo...son los elementos sustanciales, para diferenciarlos de una actividad humana, técnica o no técnica, pero esencial para la vida, pero hablando en términos disciplinares, creo que la diferencia lo tenemos que hacer entre una actividad profesional y una actividad no profesional o técnica, y en este sentido, te repito, puntualizando, la actividad profesional tiene una teoría, puntos científicos que sustentan, la actividad que se va a realizar, una ideología también es bien importante, o mística, o filosofía de la profesión, y una práctica que también ya se lleva más con la metodología y todos los mecanismos organizativos y factuales para aplicar el cuidado(E-4).

El cuidado profesional está a base de conocimientos científicos, de una conciencia profesional, de una responsabilidad profesional y por supuesto, de contar con los recursos necesarios para ese cuidado profesional. Bueno, yo creo que en este cuidado intervienen varios elementos, el proceso de la atención de enfermería, que es la esencia fundamental de este cuidado, es la atención de cuidado de enfermería, no hay que confundir el Proceso o el PAE, como se conoce comúnmente, con el cuidado, el cuidado es la esencia de nuestra profesión de enfermería, el cuidado no sólo es la esencia con su raíz epistemológica, sino que además implica esa cualidad específica de cada una de las personas que lo aplican, eso le da la calidad, eficiencia y la eficacia cuando se da este cuidado (E-5).

Así mismo, además de reconocer al cuidado como el objetivo principal de la enfermería, se relaciona al acto de cuidar, con las habilidades, las técnicas,

educación y la promoción de la salud, percibiendo estas acciones como sus componentes. También es importante mencionar que aún no todas asumen el acto de cuidar como actuación generada a partir del conocimiento propio, sino que refieren que se tienen que tomar conocimientos de otras disciplinas.

Está fundamentado en las ciencias de la salud, donde se ha cumplido con ciertas competencias, para obtener un título a través de las universidades, para promover, para mantener y recuperar la salud del paciente y la familia (E-7).

También se refieren al cuidado en relación a las implicaciones de la formación profesional, al mencionar que el cuidado profesional de enfermería, sólo lo puede dar aquella persona que tiene formación universitaria y para otorgarlo se requiere de un título y una cédula profesional, que deje claro que se cuenta con los elementos necesarios.

Es importante resaltar que la mayoría de las entrevistadas al conceptualizar el término cuidado, se refieren al mismo como un acto que implica los componentes ya mencionados, poco hacen referencia al origen etimológico en esencia de la palabra cuidado, la cual implica un acto que no se agota, y directamente se relaciona con la actitud y las implicaciones afectivas que puede tener el mismo y esto se vuelve una realidad, entonces el cuidado pasa ser la ética natural de los trabajadores de la salud.

Es un acto que comienza y termina en sí mismo, y es ante todo una actitud, fuente permanente de actos y es un actitud que se deriva de la naturaleza del ser humano y esa actitud es la que determina principalmente, con las personas que estemos dispuestas o no a brindar ese cuidado, dos son los sentidos principales del cuidado como una actitud: primero el que designa el desvelo, la solicitud, la atención, la diligencia, el celo que se aplica a una persona a una persona, grupo o un objeto que se estima, en este sentido el cuidado demuestra que el otro tiene importancia y que se siente implicado en su vida y en su destino y entonces de ahí es donde desprende la actitud hacia el cuidado, el segundo es por esta implicación afectiva, el cuidado pasa a ser una preocupación, inquietud, desasosiego y hasta sobresalto por la persona amada o con la cual se está ligado por lazos de parentesco o de amistad, de proximidad, de afecto, y de amor, el cuidado entonces, hace una realidad preciosa, como por ejemplo el cuidado de nuestros hijos e hijas y de nuestros enfermos (E-16).

B. El proceso de cuidar

Al hacer referencia al proceso de cuidar se pretende enlazar la forma de pensar de las enfermeras con la forma de hacer, dicha acción es imprescindible en enfermería, que se desarrolla como disciplina y genera su cuerpo de saberes a partir del proceso de cuidar. Lo anterior implica básicamente dos componentes: la forma de pensar en torno al ser humano, su salud y su cuidado, y de forma directa esto determina el segundo componente, su forma de actuar con el ser humano, su salud y el desarrollo del cuidado otorgado. La descripción del alcance y complejidad de este proceso unido al análisis del pensamiento de las enfermeras en torno a éste, pone de manifiesto la necesidad que tiene la enfermera de utilizar en la práctica real una determinada manera de pensar y de hacer su quehacer con un pensamiento crítico y método científico.

Al cuestionar sobre el proceso de cuidar, se recogió la información sobre la forma de pensar y de hacer de las enfermeras, cuyo accionar se vuelve personalizado cuando se dirige al paciente o su familia. Entendiéndose entonces éste como el ejercicio de las posibilidades propias de la profesión. Esta acción parece volverse extremadamente compleja ya que los acontecimientos que se planean a futuro no tiene un fin, como refiere Colliere en su obra Promover la vida. Y entonces la lógica nos llevara analizar el instrumento profesional que se refiere hace posible el acto de cuidar.

Con base en lo anterior entonces la enfermera responsable del proceso de cuidar debe partir de que este es un acto bilateral humano, que implica la percepción del sujeto de cuidado y como se va a cuidar, por lo que tiene implicaciones holísticas. Además de que se requiere de conocimientos teóricos y prácticos.

Este proceso debe de llevar, inmerso el conocer...a quién estoy cuidando, porqué lo estoy cuidando, cómo lo estoy cuidando, debe de estar impregnado

con conocimientos, este proceso debe de estar impregnado de saber cómo dar ese cuidado, qué tipo de cuidado le voy a proporcionar, tener esa habilidad y evidentemente, algo muy importante en este proceso del cuidado, son las aptitudes, la actitudes de la persona que va a proporcionar el cuidado, debe de darlo; proporcionar cuidado es una actitud y una vocación de servicio, una aptitud comprometida, una actitud responsable, una actitud de empatía, una actitud de respeto entre otras actitudes, entonces este proceso debe de estar inmerso en estos tres aspectos (E-3).

Adopte la información que Collier nos está aportando...entonces los elementos de cuidar, pues existen los elementos de conocimiento, los elementos... tecnológicos, la tecnología del cuidado...habla de cuidar en el sentido holístico, en su documento a las instituciones, de cómo para cuidar tenemos que entender y conceptualizar a la persona como un ser... único, un ser holístico y bueno los elementos fundamentales son la relación enfermera y persona cuidada. Si no tenemos una relación empática con la persona que vamos a cuidar, difícilmente vamos a poder entablar una verdadera relación de cuidado, estaremos proporcionando cuidados, pero de proporcionar cuidados a entablar una relación de cuidado hay una diferencia sustancial (E-1).

La necesidad de contar con una herramienta o instrumento metodológico, para llevar a cabo el proceso de cuidar ha quedado de manifiesto desde que surge la enfermería moderna con Florence Ninghtingale, cuando se refiere a la importancia de dejar plasmadas las acciones de las enfermeras en su obra Notas sobre enfermería. El usar una metodología permitirá que las acciones desarrolladas por la enfermera, se transformen de saberes empíricos o conocimiento común, en conocimiento científico con la posibilidad de consolidar el acto de cuidar en enfermería, en una actividad cien por ciento profesional y científica, que sea además reconocida socialmente como tal.

Parto mucho de la metodología científica, y parte de ese proceso de poder determinar cuál es esa situación o el problema que se tiene que abordar, a través del cuidado obviamente, después de ahí cuales son todos los elementos que tenemos, si se puede hacer un diagnóstico desde el punto científico adelante y luego, cuales son todos los elementos que tenemos para poder abordar esta situación, problema, trabajarla con la persona y poderla entonces, solucionar, solventar, o darle herramientas o elementos a la persona para que lo haga, para llegar a evaluar cuáles son los resultados, que se obtuvieron a través de nuestras intervenciones, básicamente es el cuidar y podemos tener una gamma de intervenciones que pueden ser muy técnicas, pueden ser desde acompañamiento, muchísimas intervenciones, que creo que es los retos de enfermería, que tiene bastante posibilidad de intervenciones (E-2).

Como se puede ver, la búsqueda de un instrumento para otorgar cuidado es un elemento necesario, para contribuir en el desarrollo de una disciplina que se considera científica. Esta relación metodológica que se utiliza en el proceso de cuidar no es casualidad, sino el inicio del mismo. La enfermera considera al quehacer que realiza, como un acto profesional, ve la necesidad de desarrollar conocimiento científico y transformar lo que hasta en cierto momento era conocimiento común. (Más adelante abordaremos a detalle la aplicación de la metodología propia de enfermería).

De la misma forma al ser el cuidado un acto bilateral, se considera un aspecto que si bien no es descrito en el trabajo, porque no es nuestro objetivo, no podemos dejar de mencionar a la calidad en el sentido de la satisfacción del usuario con la atención otorgada, donde las entrevistadas también consideran este aspecto dentro del proceso de cuidar, que requiere de medición y monitorización, en el sentido de que a partir de la misma, se aplica la mejora continua a dicho proceso.

El proceso de cuidar a otros implica, que nosotros consideremos que vamos a proporcionar una atención holística al usuario, cualquiera que sea ya sea el individuo, una familia, una comunidad. A partir de una identificación de cuáles son las necesidades del cuidado que este tiene, que se hace a través de la valoración de enfermería cuando nosotros estamos aplicando el proceso de enfermería, como el método que nos lleva o nos permite, llevar a la práctica ese cuidado profesional, y entonces el proceso de enfermería como método de intervención, como método de otorgar el cuidado a los usuarios, como todos sabemos se compone de cinco etapas....El proceso de cuidar lleva varios aspectos, ¿Qué necesito saber?...necesito saber de enfermería, los aspectos normativos de enfermería, los aspectos tecnológicos de enfermería, que quiero decir con aspectos tecnológicos de enfermería; es todo lo que son las técnicas y los procedimientos de enfermería, necesito tener, vamos una formación axiológica que me permita identificar bueno cuáles son las actitudes o ese plus que debe acompañar cada uno de mis actos enfermeros. Cuando estoy atendiendo un evento o un hecho enfermero como tal, entonces debo tener conocimiento de la disciplina, de las ciencias naturales, de las ciencias sociales, de las ciencias del comportamiento, que tienen todas ellas que ver con la comprensión de lo que es la enfermería por que la enfermería no solo se basa en su propio conocimiento, hace uso de estos conocimientos de otras ciencias, también debo saber que es lo concreto, que es la enfermería, que nos rige, cuáles son todos nuestro procedimientos, cuáles son como más axiológicos (E-6).

Las entrevistadas reconocen, que la acción de cuidar tiene tantos significados, desde los cuales es conceptualizada por la mismas enfermeras, y además es un todo integrado por diversos componentes ya mencionados. Es muy importante resaltar también refieren que al ser un acto ejecutado por humanos, está sujeto a la situación de que no siempre se lleve a cabo de forma correcta y esto aunado a la situación de que este varía según el contexto donde se ejecuta.

El proceso de cuidar, estoy consciente de que no lo hemos aplicado al cien por ciento en todos los hospitales, unidades, por eso estamos trabajando, se detectó como una fortaleza, en relación a la profesión de enfermería, para que se incluyera en el cuidado de enfermería, ese proceso para sistematizar homologar estandarizar ese cuidado de enfermería, porque de acuerdo a estudios se ha visto una variabilidad en el cuidado que proporcionamos (E-8).

Otros componentes en los que coinciden las entrevistadas es que el proceso de cuidar requieren de una metodología, refiriéndose al PAE como un elemento fundamental que les permitirá llevar a cabo el acto de cuidar, de la misma forma algunas refieren que este debe fundamentarse en alguna teoría o modelo de enfermería. De la misma forma se refieren a que cuando el cuidado se otorga dentro de una organización el aspecto económico, los recursos humanos, las instalaciones y el material y equipo con el que se cuenta, impacta en el cuidado. Al ser un acto bilateral en relación con otro ser humano los aspectos emocionales, la vocación de servicio están implícitas.

Implica toda una valoración ahora nosotros la hacemos tal vez no está así plasmado, se hace una valoración, para saber que le voy a hacer a mi paciente... mi diagnóstico, luego planifico que voy a hacer, tal vez no está implícito en mi hoja de enfermería, pero lo llevamos a cabo luego evaluó en base a lo que yo valoré de mi paciente, que en realidad era lo que necesitaba, y al final si...una calificación, si era lo que necesitaba y con eso mi paciente mejoro...con el simple hecho de verlo clínicamente (E-14)

Enseñar a cuidar de forma profesional, es una responsabilidad de las enfermeras consideradas como expertas o que llevan un cierto tiempo en la práctica, por lo cual para enseñar a cuidar, se requieren fundamentos de tipo epistemológicos (teoría o modelos de enfermería), pedagógicos y científicos con mayor razón. De

la misma forma las enfermeras deben considerar que se encuentran inmersas en una profesión que requiere de actualización, profesionalización y de aplicar definitivamente lo que se estudia. Y que las enfermeras tienen que asumir que el cuidado inicia por su propia persona.

Estos elementos del proceso del cuidado, para ser efectivos y que puedan estar pegados a la práctica de nuestra disciplina, tienen que componerse de los conocimientos de las artes, del propio conocimiento de enfermería, de las humanidades, las ciencias sociales y conductuales de las condiciones humanas, y en ese sentido la práctica de enfermería puede ser concebida como un campo donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en la ciencia de nuestra propia disciplina, la aplicación de nuestros conocimientos, así como del ejercicio juicioso, la clínica que nos lleva a una intervención reflexiva, porque hoy en día el cuidado se tiene que aplicar con acciones reflexivas y no como algo meramente técnico o monótono. Las disciplinas profesionales en ese sentido tienen por objetivo desarrollar conocimiento, que servirán para definir y guiar la práctica, y eso es lo que debe de estar generando de manera continua, la enfermería, entonces desarrollarse como una ciencia y como profesión, pero estar cambiando y actualizándose de manera continua, con la finalidad de lograr la consolidación del conocimiento o los saberes de enfermería, y para ello tenemos que estar respaldados en nuestras teorías de enfermería, que hoy existen una infinidad de teorías, y estas le sirven para dar sentido y metodología al proceso del cuidado, así como una práctica que haga útil y funcional nuestro proceso del cuidado(E-16).

Unas de las herramientas que se requieren son la profesionalización, la actualización...es aplicar definitivamente lo que se ha estudiado, porque tenemos mucha información pero la realidad se aplica muy poco... cuidarte tú, como persona, porque antes de ser enfermera, recordemos que somos personas y esa es la parte que también he observado que pocas enfermeras nos cuidamos nosotras, segundo lugar nuestra familia, y tercer lugar a donde estamos trabajando, definitivamente, cuidar ese aspecto psicológico, su aspecto emocional, indudablemente el aspecto físico (E-15).

En resumen los elementos del proceso de cuidar, para que puedan ser efectivos deben estar unidos a la práctica disciplinar y están compuestos de los conocimientos de las artes, del propio conocimiento, de las humanidades, las ciencias naturales y conductuales, la aplicación de los conocimientos, aplicando el cuidado de forma reflexiva y no solo con un acto repetitivo. Se debe adquirir la plena conciencia de que la enfermería como ciencia y profesión se está actualizando para lograr la consolidación de su conocimiento, partiendo de una de

las consideraciones más importantes, como son los modelos y teorías que dan sentido a la metodología empleada en el proceso del cuidado.

CUERPO DE SABERES

A. La concepción y conciencia de un cuerpo de saberes propio de enfermería

La necesidad de contar con un cuerpo de saberes en la profesión de enfermería fue una necesidad formal y consiente, como hecho histórico a la mitad del siglo pasado, cuando las enfermeras norteamericanas al desarrollar estudios de maestría y ubicar a la enfermería en el contexto universitario, surge la necesidad de fundamentar la práctica en un conocimiento científico, que fuera único y que reflejara el objeto de estudio de la profesión y que se asumió a partir de ese momento al cuidado como la razón de ser de la enfermería.

En México este proceso evidentemente se daría algunas décadas más tarde, considerándose que fue hasta 1980 en el siglo pasado. Entonces buscar sistematizar los conocimientos generados de la práctica empírica y la orientación se da hacia el PAE, los modelos y teorías de enfermería que se habían originado en Estados Unidos de Norteamérica principalmente desde cuarenta años atrás. Intentando con esto dar un abordaje al cuidado del paciente, desde el punto de vista de la enfermería, con un enfoque muy diferente al que lo hacia el gremio médico u otros integrantes del equipo multidisciplinario de la salud y asumiéndose como una profesión que reclama un campo de actuación en la atención a la salud.

Cuando se habla de cuerpo de saberes propio de enfermería, se reconoce que denominarlo de esta forma es resultado de la concepción que las enfermeras tienen del conocimiento, que consideran su fundamento para el ejercicio profesional que indudablemente tiene implícito conocimientos más técnicos-empíricos, que teóricos. Si partimos de la concepción de Thomas Kuhn del camino que se recorre, para que una área del conocimiento se asuma como ciencia, él nos muestra a través de numerosos ejemplos que abarcan a las disciplinas

científicas más consolidadas, como la astronomía, la física, la química, que la ciencia posee una fase acumulativa durante largos períodos en los que la investigación es guiada por un paradigma, que termina cuando se inaugura un nuevo paradigma.

Al primer periodo llamado de ciencia normal, lo considera el más característico de la ciencia. Las interrupciones y reemplazos de un paradigma por otro, las llama revoluciones científicas. A su vez, la ciencia normal tiene un período ascendente, en el que el paradigma se expande, hasta un punto máximo. Los fracasos en lograr nuevas aplicaciones, aislados al comienzo, cada vez más frecuentes, desembocan en una crisis. En este momento, comienza un tipo particular de investigación ciencia extraordinaria, en la cual se busca un nuevo marco conceptual, un nuevo paradigma que reemplace al anterior (Lorenzano, 1999:19).

Con base en lo anterior algunas enfermeras asumen que la profesión se encuentra en fase preparadigmática, en la medida en que reconocen que no se está consciente del cuerpo de saberes de la profesión, y no hay un consenso sobre qué forma ese conocimiento, asumen que es un saber que les da identidad.

Algo muy propio de la profesión, que no todos estamos conscientes de ese cuerpo de conocimientos, que ese cuerpo de conocimientos nos permite entender, tu enfermera, tu enfermero, cuando hablo de un diagnóstico, de un dato objetivo, subjetivo, una respuesta humana saber que es, así lo defino... que nos ¿va a permitir comunicarnos, que nos va a permitir interactuar como colegas, y con eso proporcionar cuidados, y que no todos estamos muy conscientes de ese lenguaje... o sea entramos a la carrera, porque a veces entran a un posgrado a una maestría, y como que la maestría es el cuerpo de conocimientos, que deberíamos de estar bien conscientes desde que somos alumnos de pregrado, cual es el cuerpo de conocimientos, del grupo de enfermería, y que además nosotros apenas medio lo conocemos, pues mucho menos ni la sociedad, ni otros profesionales no (E-2).

Considero como te había comentado en una etapa preparadigmático, donde todavía hay muchas propuestas teóricas, algunas de ellas no muy acordes, y que lo bueno de este punto es que.... al menos en las universidades hacen más uso de este desarrollo, pero todavía creo que no estamos en una etapa de un paradigma, ya bien establecido. No está bien consolidado, para consolidarlo hay que definirlo, todavía no está bien definido, porque es pre paradigmático,

todavía el paradigma no está claro, pero se está clarificando, esto no pasa de una etapa a otra, así como día y noche si no, que se hace de manera progresiva, y yo creo que algunas décadas más adelante, la situación va a ser otra (E-4).

De la misma forma mencionan que los elementos que conforman el paradigma (ya que de acuerdo a la posición de la autora de este trabajo, considera que la profesión se encuentra en la etapa de paradigma) de enfermería implican elementos como el humanismo, nunca dejando de lado a la teoría y modelos de enfermería, generados hasta el día de hoy en otros países diferentes a México y el PAE. Así mismo hacen referencia a la transdisciplinariedad movimiento de creación y asentamiento de los saberes “nuevos” o en construcción para denominar a aquellos procesos de formación de campos del saber que se constituyen por el entrecruzamiento de varias disciplinas, creando entre los intersticios “zonas de nadie” que rápidamente reclaman para sí un estatuto epistemológico propio y original (Moran; 2010:8), se refieren a este conocimiento como integral, toda vez que se parte de saberes generados en otras ciencias como la sociología, psicología, la medicina, la química, entre otras. Además de referirse que a partir del cuidado y su relación con los elementos mencionados deben surgir líneas de investigación que les permitan ejercer una práctica de la enfermería basada en evidencias y entonces se estaría generando nuevo conocimiento. Por lo cual, este cuerpo de saberes está consolidado, pero aun es evidente su falta de socialización entre los integrantes de la profesión.

Desde el punto de vista conceptual, metodológico, filosófico, y de la actuación para la práctica, es esta la que integra estos elementos que he mencionado y si yo uso el proceso enfermería, no solo para dar el cuidado si no para dejar evidencia del cuidado, estoy generando líneas de investigación que me permiten, no solo dar el cuidado, si no dejar evidencia del cuidado, estoy generando líneas de investigación que me permiten continuar aplicándolo de esa manera o aplicándolo de diferente manera a partir de esas líneas de generación del conocimiento que están, entonces estoy integrando la teoría, la práctica y la investigación como tal (E-6).

De la misma forma dentro del desarrollo de este paradigma, se enfrenta la situación, de cómo contextualizar el cuidado, hoy por hoy institucionalizado, y si bien, como ya se mencionó las organizaciones, determinaran la forma, del cómo se asumirá este, que hay del conocimiento que lo sustenta. En este sentido se han agregado conceptos como calidad y seguridad a la acción de cuidar, que si bien no son el tema central de este estudio, si es importante mencionarlo, toda vez que las entrevistadas, aluden dentro de su conceptualización, dichos términos y los relacionan en la forma práctica, con el conocimiento que respalda su quehacer, de esta forma se dice que el *cuidado seguro* además de partir de la convicción y sustento de los valores que lo constituyen, ordenan y desenvuelven, este sigue una estructura científica integrada por un marco referencial y una metodología que hacen posible que el cuidado de enfermería sea aprendido, practicado, evaluado y enriquecido en los servicios de salud (Cometto, 2011:10).

Lo defino, evidentemente con varios e indispensables elementos, el conocimiento científico, con un sentido realmente humano, otro aspecto que es la identidad profesional, algo que necesitamos, y promover, todos los profesionales de enfermería desde el punto donde estemos, el compromiso de fortalecer este aspecto de identidad profesional, cosa, que creo que tiene mucha área de oportunidad, otro aspecto que puedo incluir dentro de ese cuerpo de saberes de nuestra profesión pues es el sentido filosófico de nuestra profesión, que va muy de la mano con nuestra identidad profesional, evidentemente con las herramientas sustantivas, que es el pensamiento crítico, análisis juicios... y evidentemente sin dejar de lado una teoría o modelo, que vamos a adaptar (E-3).

El punto de partida es la ética del profesional de enfermería, creo que desde ahí porque del ser y deber ser de la enfermera, y de nuestra ética o para con las personas y para con la humanidad, a nuestro cuidado, entonces ahí tenemos claro hacia dónde dirigirnos, y entonces el cuerpo del conocimiento de la enfermería tendrá que estar alineado con nuestra ética, con la propia arte de enfermería, que son aquellas formas que nos permiten hacer nuestro cuidado, de una forma determinada, entender a las personas como parte integrante de la sociedad y humanidad, también entender que las personas a nuestro cuidado y las enfermeras somos parte de una sociedad, en su conjunto y en ese sentido más sensibles con lo que sucede, en nuestro entorno y hacer una asistencia humanizada. La otra es la construcción a partir de nuestra propia disciplina, del conocimiento generado con nuestra investigación, en ese sentido tenemos que estar generando conocimiento continuamente y mejorando el conocimiento de enfermería y el otro tiene que ver con la situación personal y en donde nuevamente insisto tiene que ver con la actitud, es lo que define que las enfermeras, los enfermeros, presten cuidados efectivos, de calidad, con

seguridad, con ética y basados en evidencia, creo que este es el punto medular, cuando nosotros estamos convencidos de prestar cuidados, y estamos casados con el cuidado, podemos tener mejores resultados, porque no solo vamos en busca de un trabajo remunerado, si no estamos desempeñándonos en algo que es de nuestro agrado, que nos gusta y en ese sentido, podemos tener mejores resultados (E-16).

Es evidente que hay consenso en los cuatro elementos sobre los que sus fundamentos teóricos se sustentan; la persona, el entorno, la salud y el cuidado de enfermería (metaparadigma). De la misma forma coinciden en que su cuerpo de saberes se construye a partir del cuidado esencia de la profesión, por lo tanto uno de sus componentes indiscutible es el método utilizado para otorgar el cuidado, el PAE y de la misma manera las teorías y/o modelos de enfermería. Pero también hacen referencia a elementos como la experiencia y las habilidades prácticas, se refieren a los mismos como las bases científicas de nuestros cuidados, que se adquieren en gran medida durante la formación y que se tiene que acrecentar aún después de concluida la misma, es el conocimiento que se genera a partir de investigaciones.

Las enfermeras reconocen que hay un conocimiento único que resulta de la relación tan estrecha que mantiene la enfermera con el sujeto de cuidado, pero le es difícil conceptualizarla e incluso para algunas enumerar los elementos que componen este cuerpo de saberes. Es importante acotar que se pierde del contexto la situación que desde la epistemología y la sociología de las profesiones si no hay un cuerpo de saberes propios, que además se encuentre socializado entre los integrantes de una profesión, simplemente no eres profesión.

B. Estructuras científicas que sustentan la práctica

a) Conceptualización de la teoría y modelos de enfermería

Las exigencias de este siglo exigen hoy a las enfermeras utilizar conocimiento para contribuir a la salud de los individuos y al bienestar de la sociedad. La

enfermería como disciplina ha dado grandes pasos en las últimas dos décadas en relación a la práctica basada en evidencias, de la misma forma aplicando marcos teóricos de referencia que guían la práctica y la investigación. Esto ha permitido publicaciones que hacen contribuciones significativas para la aplicación de este conocimiento en la práctica (Cutcliffe; 2011:IX).

Para analizar el suceso de las teorías y modelos en enfermería, debemos partir de cómo y para que surge la teoría, en los ejemplos clásicos la teoría, es resultado de la observación de un fenómeno que llamo la atención del sustentante, por largos periodos de tiempo, a partir del mismo emitieron una teoría e incluso agregaron el uso de herramientas tecnológicas. Esto lo hicieron a través de avanzar de la observancia del fenómeno, al concepto del mismo, paso seguido buscaron proposiciones uniendo los conceptos, con las posibles relaciones causales al final obteniendo una teoría o modelo. Para que esto realmente sea relevante se requiere de poner a prueba las relaciones de las proposiciones, de forma continua, una vez que se resisten las pruebas constantes la teoría es válida. Sin embargo si falla puede ser un punto menos o representar la anulación de su validez. Entonces un modelo sería propuestas previas que se han probado con un grado de investigación, y las teorías se modificaron, respaldaron o fortalecieron.

Dentro de este contexto, ubicados en la ciencia de enfermería un modelo conceptual es una guía teórica que orienta el pensamiento y la acción de enfermería, su utilidad depende de la satisfacción o beneficio que se pueda obtener al emplearlo. Las teorías se definen como una conceptualización de algún aspecto de la realidad de enfermería con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería (Grupo de cuidado, 2006:13).

Es sorprendente al realizar la indagación sobre la conceptualización o definición de modelo y teoría de enfermería como hay grandes debates en la literatura de

enfermería sobre esta cuestión y entonces encontramos que hay quien asegura que en enfermería hay modelos y teorías, que son situaciones diferentes. Las mismas teóricas de enfermería cuando iniciaron con una propuesta científica de un fenómeno de enfermería se refieren a este como un marco referencial, un modelo conceptual, conforme el tiempo le dio madurez a su conocimiento se refieren a su trabajo como teoría, tal es el caso de Watson. Afaf Meleis argumenta que todas las conceptualizaciones en enfermería son todas teorías, pero tan solo en una fase de desarrollo diferente. Si nuestra fuente de consulta es una metateórica de enfermería como Jacqueline Fawcett nos plantea claramente la diferencia entre modelos y teorías. De la misma manera encontramos literatura donde se refieren a un modelo de enfermería y una gran teoría como la misma situación.

Resulta interesante conocer cómo las expertas conceptualizan los modelos y teorías de enfermería, la gran mayoría de ellas plantean el término de teoría, pero al abordar la conceptualización de modelo, se refieren a los elementos de un modelo de trabajo, modelos de atención, pero no a la estructura científica que guía la práctica del cuidado de enfermería. Hubo un consenso en la forma de conceptualizar a la teoría de enfermería.

La teoría, es una relación de factores, de variables más compleja, que no solamente describe si no también explica, entonces nos lleva a un conocimiento mayor, a un conocimiento más profundo, donde verdaderamente podemos hablar de la construcción de una disciplina, porque estamos definiendo, cual es la unicidad de esa práctica, iniciada de enfermería... entonces la teoría define, el objeto de estudio de una disciplina, aquel aspecto, aquel elemento, alrededor del cual se va a construir la disciplina, lo que la justifica en la sociedad, y en el mundo de la ciencia y lo que la hace diferente de la otra....(E-4).

Es aquella guía práctica, sustentada por supuesto en una serie de estudios, comprobados a través del tiempo no, es un marco conceptual que te orienta, o te dirige, como hacer algo, y en este caso las teorías de enfermería, bueno pues en su mayoría sobre todo las de alto nivel, o las conceptuales que ya están muy elaboradas muy trabajadas, están validadas y están muy bien dirigidas a cierta población (E-5).

La teoría de enfermería es un abordaje sistemológico que contribuye al conocimiento, de la disciplina de enfermería, y que presenta una postura o una propuesta sobre como poder mejorar el cuidado, a partir de reflexiones filosóficas o sistemológicas (E-16).

En cuanto a modelo conceptual de enfermería, solo algunas hicieron referencia al mismo, ya que la mayoría se refieren al modelo como una estructura organizacional que guía en general la forma en cómo cuidar dentro de una organización. También se hace referencia a la situación de cómo en nuestro idioma las palabras tienen acepciones que dan lugar a múltiples significados cuando se contextualizan las palabras o también a la situación de que no hay diferencia entre modelo y teoría.

En nuestro idioma, las palabras tienen acepciones, y a veces son múltiples si, y modelo hablando en términos epistemológicos, es una teoría, es un marco conceptual, una visión amplia, de un aspecto, que guía una práctica, que nos lleva a la obtención de un conocimiento, y ese conocimiento va a guiar la práctica, este punto yo creo que es muy importante, porque es el punto de partida, en donde debe haber claridad, de los profesionales de enfermería, en el terreno de la epistemología, podemos hablar de las leyes y las teorías científicas, las leyes son indudablemente, marcos explicativos, pero más sencillos que interrelacionan uno o más factores (E-4).

El modelo de enfermería, es aquel elemento que contiene las directrices sobre las mejores formas de prestar el cuidado, y que sirven como una guía para que el profesional de enfermería, tenga opciones sobre, como prestar cuidados efectivos y como mejor calidad ya basados de prácticas reales a la población (E-16).

Los modelos va es como el camino antes de la teoría es la pauta que dan para que se desarrolle la teoría de enfermería pero los dos nos guían para brindar el enfoque que debemos dar de nuestra práctica profesional a lo que es nuestra esencia el cuidado (E-8).

Fue evidente que para las enfermeras es difícil conceptualizar que es un modelo y una teoría de enfermería, con frecuencia se refieren a los términos como sinónimos. La conceptualización se dificulta aún más entre las enfermeras que no cuentan con estudios de maestría en enfermería.

1. Aplicación de las propuestas teóricas de enfermería en la praxis.

Cuando hacemos referencia a la vinculación de la teoría con la práctica, no podemos sustraernos de lo siguiente, es real la aplicación de la teoría en la práctica, una profesión solo adquiere el carácter de científica en la medida en que fundamenta su práctica en elementos científicos, la teoría adquiere su verdadero valor en la medida en que es llevada a la práctica diaria. Entonces tenemos que hacer mención de un elemento más, cuando hablamos de la vinculación de los elementos teóricos con la praxis, este es la gestión del cuidado. Esta se define como el conjunto de acciones organizadas y estructuradas dentro de un proceso creativo con y para las personas a partir de un aporte científico no solo de las teorías de la administración sino de los elementos y las bases conceptuales propias de la profesión de la enfermería, con el fin de orientar los recursos humanos y los del entorno para mantener, desarrollar y fortalecer el cuidado.

Esta tarea implica desarrollar, aplicar competencias profesionales, personales, técnicas y científicas para planear, ejecutar, articular, reevaluar y controlar la acción de cuidar, dentro de un marco de mejora permanente (Grupo de cuidado, 2010: 257), por lo tanto la administración del cuidado requiere de cambios asistenciales y administrativos, dicho de otra forma implica el cambio del paradigma del personal administrativo y de los operativos de las organizaciones.

El personal entrevistado refiere en relación a su experiencia con las teorías aplicadas en su quehacer diario que las más utilizadas en México son las propuestas de Virginia Henderson, Dorotea Orem, Lennieger, Parse, Watson, Calixta Roy, Abellanch, Mercer, Betty Neuman bajo la propuesta de Anderson y McFarlane, la filosofía de Florencia Nightingale, Patricia Benner y el empleo de los patrones funcionales de Marjory Gordon que si bien no son una teoría, son el instrumento de valoración más utilizado hoy. Pero cómo ha sido el proceso de llevar estos elementos a la práctica diaria, las formulaciones han surgido de la

necesidad de cada institución o contexto donde se otorgara el cuidado, si este se lleva a cabo en la unidad de cuidados intensivos la teoría utilizada será la de Virginia Henderson, si el cuidado se otorga a pacientes que han sufrido cambios de contexto cultural, Lenniger sería lo más adecuado, si estamos en el área ginecobstetricia Mercer es lo mejor, si estamos hablando de adaptación y los roles de adaptación, en geriatría, Calixta Roy es quien más frecuentemente se ha aplicado, pero sin lugar a dudas las teóricas más utilizadas por la comprensión, difusión de sus aportes y el abordaje que hacen del metaparadigma de enfermería son Virginia Henderson y Dorotea Orem.

El transitar en la búsqueda de generar conocimiento y experiencia a partir de utilizar teorías de enfermería en el cuidado diario, no ha sido fácil, ha implicado el romper paradigmas personales de las enfermeras que han aceptado el reto de cambiar el rumbo de la enfermería hacia una verdadera ciencia. Esto se ha fortalecido mayormente en la medida en que se ha accedido a estudios de maestría o posgrado; además la vinculación de la teoría con práctica ha implicado, incluir a la formula, el uso del método científico de enfermería, el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Así mismo la formación o el lugar donde se forman las enfermeras, son situaciones que salen a luz cuando se hace este vínculo, el conocimiento que se tiene e incluso esto se relaciona con el momento en que la enfermera egreso de la escuela, ya que antes de la década de los 90's del siglo pasado el dominio de los elementos de las teóricas de enfermería eran prácticamente nulos, no solo por parte del personal operativo, sino de las mismas docentes de las escuelas de enfermería.

Mi experiencia es con Orem, y Henderson, tuve la oportunidad en el posgrado... eran las dos únicas teorías, pues no vigentes pero que eran las más accesibles... tuve una primera aproximación a Orem, después tuve una aproximación a Henderson, también me gusta Gordon, actualmente como que me llama la atención Watson... se cómo abordarlas en el momento que alguien quiera profundizar, porque bueno yo tengo la experiencia de trabajarlas. Te puedo decir qué cuando me enfrente a una teoría, con mi experiencia de ser una enfermera que trabajaba como especialista por mucho tiempo, pues fue un choque tremendo, dije esto para que me sirva... porque además, quienes me

enseñaban, tampoco tenían la posibilidad de saber, solo una aproximación muy vaga, entonces comprender para que nos servía era muy difícil, además yo tenía el paradigma anterior, muy medicalizado, signos, síntomas, tratamientos médicos, entonces mi aproximación con las teorías, fue de primera instancia... como estudiante de posgrado, al aplicar a Orem, al comprender el beneficio, de tener una teoría, para abordar a una persona, y sobre todo entender la teoría... entonces ya entendí, cómo para qué era, y de pronto me dicen, esto que aprendiste en el posgrado, lo vas a aplicar al hospital, entonces así como que espérame tantito, me costó trabajo entenderlo, aplicarlo y hacer que los demás lo apliquen va a ser muy difícil... empecé a analizar que podría ser más aceptado, primero por el grupo de enfermería, y decidir en conjunto con mis compañeras... la taxonomía de NANDA viene por patrones, entonces hubiera sido más fácil, pero yo soy parte de cómo un sándwich, tengo las generaciones anteriores en mi caso, en su momento, mi directora, que también pues de repente nos hablan de teorías, NANDA, NIC Y NOC, y entonces, esto no aplica; realmente si aplica... porque hace doce años... no contábamos con el diez por ciento en licenciados, no todos teníamos la oportunidad de saber que era el proceso actual, como se manejaba, que era un diagnóstico enfermero, entonces cuando, me preguntan cuál es la teoría más aplicable, aquí, lo consenso con mi grupo, buscamos lo más sencillo, y encontramos que Henderson, entre comillas, era los más sencillo, ya después revisamos y analizamos, desde mi punto de vista ya ahora, Henderson no es toda una teoría compleja, son conceptos, bastante aplicables que nos pueden ir guiando, Entonces considera, que este vínculo, de traslapar una teoría, para hacerla aplicable en la práctica...tiene que ver con la formación que el personal tenga... Tiene que ver con la organización, en la cultura organizacional que les tengamos, la apertura, que podamos tener, nuestra propia experiencia, no solo la formación académica, experiencia enfermera pudiéramos decir... Y obligatoriamente tiene que ver con el líder, si el líder quiere, si está comprometido, o conoce de, esto: estar convencido (E-4).

Al aplicar alguna teórica se han considerado también otras situaciones del cuidado institucionalizado como son: tipo pacientes atendidos, recursos humanos con los que se cuenta, entidades clínicas que se presentan, índice enfermera-paciente.

Por otro lado, dentro de un mismo hospital las necesidades cambian y en un servicio puede ser factible trabajar con una teoría y en otro se requiere de trabajar con otra según el enfoque que se quiera buscar, fomentar autocuidado, promover estilos de vida saludables, dar cuidado integral a un paciente inconsciente. O incluso si se trata de una institución educativa dependerá del momento o práctica que este aprendiendo el discente, la experiencia del docente y generalmente en el ámbito educativo siempre se aplica como marco referencial o sustento teórico del PAE.

Desde los primeros ciclos se les habla del proceso, se les habla de algunas teóricas y se hace la vinculación, de la teoría hacia la práctica, yo soy muy dada a hacer este tipo de vinculación, vamos dando la teoría y ya les voy dando algo así como parte de la práctica, ahora imagínense que su paciente necesita ciertos cuidados, porque es, diabético, cardiópata, hipertenso, ¿Cual teórica, cual modelo vamos a implementar aquí? Entonces de acuerdo al modelo formamos las intervenciones, es como hacemos esa correlación (E-12).

De manera general las entrevistadas refieren diversas experiencias en la aplicación de las diferentes propuestas de las teóricas de enfermería, coinciden en señalar que su aplicabilidad en el día a día, no es fácil, las enfermeras docentes están más familiarizadas con las propuestas teóricas, pero estas distan mucho de la realidad institucional, en particular de la práctica hospitalaria, haciendo evidente la separación entre las instituciones educativas y las hospitalarias.

Es importante reconocer que hay lugares en México donde se han logrado grandes avances y es precisamente en donde se ha dado una vinculación efectiva entre las instituciones educativas y las hospitalarias. Resultado de este hecho son los logros que se han obtenido en Instituciones como el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el Hospital General de México, el Hospital de Alta Especialidad del Bajío, el logro en conjunto de la Dirección Estatal de Enfermería del Estado de Campeche y sin lugar a dudas habrá otros ejemplos en el país los cuales no están difundidos entre el gremio.

De la misma forma hay ejemplos como el del Grupo Ángeles que refieren llevan 25 años trabajando con la aplicación de propuestas teóricas y que su trabajo es resultado de su pasión por la enfermería y el deseo de buscar el conocimiento y que en un inicio empezaron por varios años, sin el apoyo de las instituciones educativas ya que en aquel momento las docentes nos tenían un dominio del PAE y de las propuestas teóricas, por lo cual para hacer realidad esta situación tuvieron que viajar a países del extranjero principalmente Estados Unidos de Norteamérica, España y Colombia lo que les permitió tener una visión que se tradujo en la aplicación de las propuestas teóricas.

Cuando iniciamos esto, nos tomamos una etapa previa, en donde cada semana nos reuníamos todo el grupo líder,...nos reuníamos exclusivamente para reflexionar sobre el tema, para comentar artículos relacionados a ello, y siempre lo he confesado creo que todas estamos conscientes de que al principio, teníamos cierta claridad en que queríamos hacer una enfermería más profesional y estructurada,...no sabíamos el cómo, sobre todo, hicimos, número uno, un afrontamiento bibliográfico, dimos a un comité que hiciera la búsqueda, y que seleccionara artículos, representativos del tema, y esos nosotras mismas les dimos lectura, los análisis de esas lecturas, discusiones, finalmente nadie nos estaba exigiendo lo de atención de enfermería, que llevara elementos teóricos y metodológicos...era algo de interés propio, entonces esa fue la parte más bonita, de que era algo en absoluta libertad, y en absoluto deseo de hacerlo, y créeme que todo el grupo, que éramos, como treinta personas, teníamos la misma pasión por el proyecto, tratamos de leer como esponja, y de entenderle, recurrimos a algunos profesores universitarios que nos ayudaron también en este camino, todos los congresos que había, eventos académicos, o científicos en México relacionados con el tema, y que invitaban teoristas norteamericanas, ponentes internacionales destacadas en ello, nosotros estábamos ahí presentes y veíamos lo que teníamos que hacer y lo hacíamos, para tener entrevista con ellas invitarlas a nuestros hospital planteándole nuestras ideas, y no pocas, muchas aceptaron venir, y tuvimos en esta institución a grandes personalidades, que tuvieron la nobleza y la paciencia de estarnos escuchando corrigiendo, guiando ese pensamiento y energía que traíamos, bueno así se fue dando, concretando la idea.

Cuando ya teníamos más firme toda esta etapa, empezamos a tener viajes al extranjero, también eso no fue fácil, en enfermería es un tema complicado... tuvimos la oportunidad de ir no a uno, sino a varios países, muy desarrollados en donde todo este tema ya lleva un camino por lo menos firme, estos viajes fueron a la Unión Americana, pero también visitamos algunos hospitales en España, en Francia, en Italia, en Puerto Rico, varias veces, en Sudamérica pero principalmente en Estados Unidos, este fue un elemento más que ayudo más a la motivación del grupo, que ya era muy buena, entonces la posibilidad de salir al extranjero, conocer un hospital muy desarrollado, y además de ello involucrarse en algo tan específico, cuando uno se mete hacer el afrontamiento bibliográfico, sobre un tema lo que tienes son dudas, pero esas dudas se necesitan porque, no hubiéramos aprovechado toda esa etapa de convivencia internacional, si no hubiéramos tenido dudas, entonces ya no íbamos a preguntar cómo es, si no cómo se le hace...se empezaron a diseñar los primeros instrumentos aplicativos, los formatos...hicimos un sondeo de que había en nuestro país...no había nada escrito, pero nada, nada, ahorita ya empieza a haber, te estoy hablando de más de veinte años no había absolutamente, nada (E-4).

Es importante destacar que la teoría entonces es aplicable a la realidad de las instituciones, pero esto implica sin lugar a duda buscar, conocer y difundir los elementos epistemológicos de enfermería. Sin olvidar la situación de escribir y difundir las investigaciones, experiencias y todo el conocimiento que se genera.

b) Conciencia y aplicación de la metodología de enfermería como evidencia del cuidado otorgado

Las enfermeras asumen a la enfermería como una ciencia desde mediados del siglo pasado, porque en mayor o menor medida coinciden en que cuentan con un cuerpo de saberes propio, el cual se encuentra en fase paradigmática, que posee un método científico propio de actuación, es decir que solo ellas utilizan para abordar a sujeto de cuidado, el PAE permite que su práctica este respaldada por conocimiento científico, que le proporciona bases sólidas para ejecutar los cuidados, con un método sistemático para definir, organizar, implementar y evaluar las intervenciones de enfermería, dado el carácter humano de la profesión.

La importancia del método para la disciplina científica es para evitar el error, no basta la inteligencia y el conocimiento, sino que es necesario saber aplicarlos adecuadamente, es decir se requiere de un método racional que por principio libere al hombre de la fácil caída en el error. El método se diferencia de la técnica y del procedimiento. El termino procedimiento deriva del latín procedo, marchar adelante. Es decir es el modo de hacer algo, por ejemplo tender una cama. El vocablo técnica procede del latín technicus y del griego tehnikos se hace referencia al conjunto de reglas para aplicar la ciencia o el arte. La palabra método deriva del griego meta, von y odon, camino, entonces el método es el arte de encontrar la verdad, es decir el camino hacia el desarrollo científico (Moran, 2010: 79).

Las enfermeras coinciden en señalar lo anterior toda vez que conceptualizan al PAE como el método utilizado para cuidar, es sistemático, flexible, que les permite desarrollar el pensamiento crítico y que su aplicación impacta en la calidad del cuidado y la seguridad del paciente y además llevara al reconocimiento social de la enfermera.

Aplicado a la práctica, todo los días es un método sistemático de trabajo, en donde puedo llevar un paso, otro paso, otro paso y otro paso, y aunarlos, pero, como las circunstancias de la vida clínica son muy diferentes, yo me puedo saltar de un paso a otro paso y en el momento que requiera me regreso o me puedo adelantar, pero si yo cubro esos cuatro aspectos o cinco, dependiendo la concepción de métodos, del proceso enfermero que tengamos, podemos meter dos en uno, si yo estoy consciente de que cumplo eso cinco, estoy teniendo una buena práctica enfermera (E-2).

Método sistemático, proporcionar nuestro cuidado, evidentemente con todas sus etapas que implica, y una manera mucho muy específica e individual y de identidad para hacer nuestro quehacer, es como una manera de definirlo (E-3).

Como un método de la profesión su aplicación en la realidad de cuidar requiere de conocer las ventajas y desventajas de su implementación, de el porque se utiliza o no durante la ejecución del cuidado. Los resultados arrojados en estas interrogantes, según las entrevistadas nos dicen que las ventajas de su utilización: permite otorgar cuidado de calidad y la sistematización del trabajo, favoreciendo el pensamiento lógico de la enfermera, beneficios profesionales, como fundamento para otorgar cuidado de calidad, es indispensable su registro como evidencia de la asistencia otorgada, en la medida que es utilizado en la práctica diaria permite el reconocimiento de otros profesionales de la salud sobre su quehacer.

Si nosotros seguimos este proceso sistemático, la calidad de atención se da por sí, la calidad de las intervenciones se va dando, y se exactamente qué es lo que estoy haciendo, además nos lleva por ser sistemático, a tener que implementar un juicio crítico, razonamiento, que es parte de lo que a veces perdemos, o a veces nunca tenemos (E-2).

El proceso de atención del PAE, lo hemos venido realizando desde siempre, valoramos a nuestro paciente, mentalmente le hacemos su diagnóstico, o diagnósticos de enfermería, establezco mis resultados, y digo que quiero lograr con este paciente durante este turno o durante esta hora, y finalmente intervengo llevando los resultados, lo hacemos todos los días de manera inconsciente, el hacerlo consciente nos cuesta trabajo, porque, porque implica conciencia, implica razón, implica responsabilidad, implica registrar, registrar lo que hago, y desafortunadamente como antes no era un acto consciente, no había espacios necesarios y suficientes, para registrar cada una de mis actividades, hoy ya estamos pugnando por eso, porque cada unidad de salud,

modifique, rediseñe, restructure, o hagan una reingeniería total, de sus formatos de enfermería, por la necesidad de registrar (E-5).

De la misma forma como reconocen las ventajas que les aporta el utilizar la metodología de enfermería en la práctica, hacen referencia al gran vacío que hay en la misma al no poderlo llevar cabo, las dificultades que implica llevarlo a la realidad de los sujetos de cuidado, y la problemática que han enfrentado quienes han hecho un acto consciente su aplicación. Las enfermeras no son conscientes de la aplicación, de su metodología al momento de ejecutar el cuidado. Las enfermeras del Grupo Ángeles como pioneras en la aplicación consciente del PAE en el cuidado diario, enfrentaron la situación de la ausencia de literatura al respecto hace veinte años cuando inicio con la aplicación, y registro del PAE en sus informes de enfermería, la carencia de experiencias vivenciales, la debilidad en el personal docente que no tenía firme los conceptos relacionados al tema. La resistencia del personal operativo, al parecer se debe a la formación del personal de enfermería, cuando se refieren a la idea de la forma tan complicada, con la que en la escuela fue enseñado y el desconocimiento del personal de la metodología, por la diversidad que hay en la formación académica de las enfermeras.

Hoy día hay una gran desventaja por esta gran diversidad de formación académica que tenemos, yo creo que la principal desventaja es que al utilizar o pretender utilizar y plasmar el método enfermero, pareciera que seguimos encasillando al paciente, en algunos rubros no, en los ocho diagnósticos, o en los doce, en los dieciséis o en los setenta, la gran desventaja de aplicar el proceso enfermero surgen si pretendemos aplicarlo sin análisis, sin pensamiento crítico, porque sin pensamiento crítico, así te pongan una gamma de la NANDA, pues vas a encasillar al paciente y nada más no, desventajas en cuanto en tiempo de atención y en cuanto ello yo creo que en la medida en que lo asumamos y podamos ver los beneficios, pues en esa medida podrían desaparecer y creo que es lo principal, no sé si en tu experiencia, pero en la nuestra cuando la gente dice es que tenemos que aplicar el proceso, pero es que nos vamos a llevar mucho tiempo, tenemos muchos pacientes como crees que lo voy a hacer, adicional por que lo miran como adicional, a su actividad de trabajo, y no es su forma de trabajo, yo creo que más que desventaja nos tiene que aportar ventajas (E-1).

Desde la Universidad les hablaron, de método enfermero, proceso atención de enfermería, como es, porque a mí me hablaron del proceso pero era diferente, te puedo decir que ya el cuarenta por ciento o cincuenta por ciento, hizo su carrera con esta metodología, la desventaja que el sesenta por ciento, no lo

conoce, y entonces ahí pues entras en conflicto no, porque es un paradigma diferente, y aceptarlo es un poquito difícil, esa es una desventaja, entonces, en relación en ponerlo a la práctica y que no sea a tiempo, ahí es donde tienen que adquirir la habilidad,...No es que me voy a sentar, a hacer una valoración, y a sacar un diagnóstico, y después una intervención, y me voy a llevar tres horas como un estudiante, no, aquí es como se lo tienes que plantear, es un proceso sistemático que tú vas a estar haciendo en continuo, continuamente valoraras, harás un diagnóstico, a la mejor no es tan completo como te lo marca un libro, pero si tienes que tener presente, tienes que intervenir y si estas en un área de cardiología, es a veces urgencias, pero tienes que saber, exactamente, que intervenciones tienes que realizar, y tienes que valorar, la persona cual fue su respuesta, realmente lo haces, a veces lo haces, acomódalo... yo ahí no le he visto las desventaja porque el personal, te puedo decir que es mucho tiempo, no necesitas, lo que haces con este razonamiento, pensamiento lógico, ordenado de cuatro puntos, y si tú lo estás haciendo así, y en continuo, te vas a enseñar a hacerlo así, vas a adquirir esa habilidad de ver así, las cosas, y esa es la, pudiéramos ver la desventaja de que no lo conocen pero ya cuando empiezas a platicar, de hacerlo más asimilable, mas gentil, si se puede, creo que uno de los grandes problemas que hemos tenido, digo, cuando yo llevo ...digo, esto a mí no me sirve, porque yo cuido pacientes, porque yo tengo un paciente monitorizado, intubado, que voy a estar pensando en un proceso, pero cuando yo, empiezo a comprender, que lo que está en la teoría, lo podemos aterrizar a la práctica, es diferente...simplemente te dicen el termino taxonomía, ahorita ya te es más familiar, pero antes taxonomía, todo mundo le da miedo, todavía el personal del hospital le dices NANDA, NIC, NOC, y se me quedan así, espérame tantito, yo creo que un diez por ciento sabe de qué se trata, pero el otro restante, hasta las jefas, hay espérame a mí no me hables de eso, porque yo no le entiendo, yo creo que es mucho, como lo estamos tomando, y lo estamos llevando a la práctica, y creo que mucho es que la parte docente, nos quedamos en la teoría, la epistemología, les digo, tradúzcanmela al lenguaje, de todos los días de todas las enfermeras... yo pienso que es el gran problema que tenemos. (E-2).

Se reconoce de forma consiente por todas las entrevistadas al PAE como el método que fundamenta el cuidado, pero también se reconoce y se asume que no se aplica en la realidad de la práctica diaria, que hay lugares donde se aplica como parte del cuidado cotidiano, de la misma manera hay sitios donde apenas se ha iniciado su socialización y aplicación en algunos de los servicios del hospital, pero de igual forma hay lugares donde sencillamente no se aplica, y la principal causa es el desconocimiento de cómo hacerlo.

1. El dominio de la metodología en la cotidianeidad

Cuando se habla de metodología consensuada en la literatura como el método para generar conocimiento de una disciplina, que se asume como ciencia, el dominio del mismo por parte de quienes la ejercen debe ser total, la situación que se observa en enfermería en el siglo XXI, hoy en México se ha publicado la NOM 019 del Ejercicio Profesional de Enfermería, en ella se hace alusión al PAE como la metodología que deben usar las enfermeras mexicanas al brindar cuidado, y se hace referencia al mismo, como del dominio común de los profesionales de la enfermería, pero los mismo profesionales se refieren a este como un método de alta complejidad, difícil de utilizar en la práctica diaria por falta de tiempo, falta de conocimiento y dominio del mismo y de los componentes que implica su aplicación como son las taxonomías NANDA, NIC y NOC, a la ausencia de herramientas que faciliten su aplicación, se atribuyen estas situaciones a la falta de compromiso profesional de las enfermeras, el liderazgo ejercido por las gestoras de enfermería, la diversidad de formación académica, el año de egreso de la formación profesional y la falta de reconocimiento, y el desconocimiento de los elementos epistemológicos de la profesión.

Eso es muy triste, definitivamente no lo estamos dominando y curiosamente, por ejemplo cuando ves a los alumnos de pregrado, pareciera que ellos tienen una idea muy clara de lo que deben hacer pero, creo que esa brecha e, área laboral sigue muy abierta, ahí llega un momento en que los alumnos de pregrado se pierden, se pierden yo no sé si los confundimos entre una forma de ver el proceso, porque también entre los docentes también tenemos esa dificultad, unos ven el proceso de una manera, otros ven el proceso de otra manera, y dicen es que eso choca con lo que a mí me enseñaron, tan solo hablando de las taxonomías, si tú quieres ver el proceso utilizando las taxonomías a mí no me han enseñado taxonomías y hay universidades que se las enseña al pie de la letra, una cosa es el proceso y otra las taxonomías, pero vienen de la mano (E-1).

El dominio es difícil que se domine al cien por ciento el proceso, y de su identidad con el proceso, yo creo que todos inconscientemente tienen esa identidad con el proceso, pero así en general estaríamos hablando que el personal de enfermería se identifica con él, digamos un cincuenta por ciento, y que las etapas, si hablamos de etapas, ¿Cuál es la etapa que más trabajo les da?, son valoración y diagnóstico definitivamente, porque la ejecución tienen muy claros sus objetivos con el paciente, y además tienen sumamente claro

que es lo que le tiene que hacer, y además ¿Cómo lo evalúan, lo evalúan todos los días sus resultados, volvemos a lo mismo, ¿Cuál es el problema de fondo? Que no registramos, que no registramos de manera consiente, pero ese proceso de manera inconsciente, todos el personal de enfermería lo realiza, todos los profesionales de enfermería lo realizan inconscientemente, y repito las etapas que más les cuestan trabajo son las de valoración, porque pocas unidades de salud tiene establecido, como valorar a sus pacientes, cuales características, con qué tipo de valoración, si con patrones funcionales, si por aparatos y sistemas, y por un marco conceptual teórico no, pocos lo tiene definido, pero si valoran al paciente aunque les ha costado trabajo no, sin eso no podrían dar las prevenciones ni cuidados de enfermería que requiere cada paciente, y menos individualizarlo, porque aparte de todo este panorama estamos y hemos visto muy claramente que es difícil individualizar el cuidado, y cada enfermera le da a cada paciente lo que necesita, lo malo es que es inconsciente, y no lo registra, pero ahora el paso siguiente es hacerlo consiente y registrarlo (E-5).

Al respecto es importante mencionar que las mismas enfermeras hacen referencia al personal de enfermería que cuenta con estudios de maestría. Reconocen que hoy el gremio ha tenido acceso a este tipo de estudios, sin que esto sea garantía del dominio del conocimiento propio de la profesión, toda vez que las enfermeras han estudiado maestrías que no están vinculadas directamente con la enfermería, por lo cual su formación no está teniendo casi ninguna aportación a la profesión, ya que no adquieren en su formación los fundamentos epistemológicos de la enfermería. De la misma forma mencionan que la falta de dominio del PAE está relacionada con la disociación teórica-práctica, la falta de actualización de los docentes sobre las realidades que enfrentan los escenarios clínicos y como son en la actualidad. Que si bien se cuenta con docentes que se encuentran en ambos escenarios, es un grupo minoritario que ha logrado transformar esta realidad. Otro aspecto que no se puede dejar del lado es la diversidad de formación que hay entre los profesionales de enfermería, hay un gran número de enfermeras técnicas o técnicos en enfermería, cuya formación sigue siendo como en los tiempos iniciales de la profesionalización de enfermería, carece de un fundamento científico en su formación.

Hay muchos hospitales, que han ofertado muchas maestrías, no están relacionadas como tal con enfermería, porque el personal tiene maestría, y no sabe manejar el proceso, no sabe cómo aplicar los places...pero no lo saben y la mayoría que tienen maestría, no lo saben aplicar, y aunque los que tiene

maestría no siempre tienen mayores conocimientos en la aplicación del proceso, porque desafortunadamente las maestrías que llegan a adquirir no están relacionadas con el área de enfermería, entonces eso hace que se deslinden de lo qué es el proceso, y a ese grado y a ese nivel, vuelvo a lo mismo no lo saben aplicar (E-9)

En mi hospital no, vuelvo a lo mismo la mayoría del personal es egresado de Colegio de Bachilleres Técnico, donde sí es cierto que saben hacer algunos procedimientos, pero no saben las bases científicas de todos esos procedimientos, tal vez lo conocen, pero estamos muy lejos de que en su quehacer diario, lo apliquen como debe de ser o por lo menos tengan la idea de que cada día que van a trabajar, lo hagan aunque indirectamente, si yo me pongo a revisar a cada enfermera, yo sé que de cierta forma toman algo del proceso (E-13).

No en su totalidad, existen por supuesto profesionales de la enfermería, que se encuentran inmersos, dentro del ámbito docente y dentro del ámbito asistencial, y creo que estos profesionales son quienes tiene un mayor acercamiento a la teoría, al conocimiento, científico académico, y por otra parte con la relación de la práctica real y esto permite que ellos puedan aterrizar, de una manera más acertada como prestar mejores cuidados, sin embargo derivado de la formación de los profesionales de enfermería, y de la propia expertis de los profesores de asignatura, específicamente de estas asignaturas el proceso atención de enfermería, es lo que ha limitado que el personal de enfermería, hasta inclusive en las instituciones de salud, sepan de una manera específica cómo abordar un planteamiento del cuidado de enfermería, o plan de cuidados de enfermería, porque estos deberán estar casados tanto, con la teoría, como la práctica, lo que encontramos que la teoría está alejada de la práctica, y que muchos de los profesores de las facultades no están actualizados en función de cómo se prestan los cuidados, como el proceso atención de enfermería tiene que estar aterrizado a la práctica real, que se aplica en los hospitales, en los centros de salud, o en la instituciones de alta especialidad, todos los días, entonces de manera general yo podría decir, que en su mayoría el personal no conoce a bien el proceso atención de enfermería, y esta repercutido que tengamos poco avance, en función de estos registros clínicos a un proceso de atención de enfermería (E-16).

La evidencia muestra que la enfermera aplica el PAE en su práctica diaria, pero la realidad es que no ha podido socializarlo entre todos los integrantes del gremio y no ha logrado que esto sea evidente ante los ojos de otros profesionales o de la sociedad.

2. La evidencia documental generada de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería

Con la información vertida anteriormente si no hay dominio del mismo, es evidente que su utilización en la práctica diaria es escasa y que solo algunas instituciones

han logrado avances importantes en la aplicación fortalecida por la documentación del mismo. Hoy la dinámica de la sociedad requiere que los diversos profesionales de la salud muestren la evidencia de las actividades desarrolladas de forma clara y verídicamente, en que se traduce en contar las evidencias escritas del cuidado otorgado por enfermería. Si la enfermera admite tener una metodología que sustenta su práctica, debe tener los elementos que evidencian la misma, esto tácitamente se traduce en tener registros escritos o electrónicos del cuidado utilizando la metodología propia de enfermería. Pero en el contexto real de la práctica como hacer posible esta situación, si los medios de los que dispone la enfermera para documentar el cuidado otorgado, no le permiten llevar a cabo este cometido.

Dentro del grupo de enfermeras entrevistadas hay quienes reconocen plenamente que la documentación del PAE, no es una realidad en la práctica cotidiana de enfermería, toda vez que los registros con los que se cuenta para documentar el cuidado de enfermería no lo permiten, se desconoce la forma de poder llevarlo a cabo, se percibe como algo lejano y muy complicado de poder ejecutar. En la medida en que la institución en la que se labora es un hospital grande, esta posibilidad se vuelve más compleja.

De las instituciones que han logrado hacer consciente la metodología en el hacer diario de las enfermeras hacen referencia que han tenido que realizar toda una reingeniería de los formatos de enfermería, han requerido de una metodología para la implementación de mejoras en lo que se refiere a la documentación. Desde el uso de formatos estandarizados, capacitación de cada una de las etapas del PAE, implementación de Planes de Cuidado de Enfermería, cuya propuesta viene de la Comisión Permanente de Enfermería, hasta llegar al Uso de Guías de Práctica Clínica como es el caso de un Instituto Nacional del país.

La documentación requirió de una reingeniería, de nuestros instrumentos, empezamos por el área de hospitalización, que nos quedara claro que tenemos una valoración focalizada, ... agregamos la parte de las metas internacionales, no como diagnóstico enfermero porque se puede hacer como diagnóstico enfermero, nosotros las tomamos como metas internacionales, nosotros ya manejábamos riesgos de lesión, riesgos de caídas, ahora lo estamos incluyendo ya de manera un poco más profunda, estamos incluyendo, valoración del dolor que es algo que a veces nos están solicitando, y bueno no solo porque se nos está solicitando en el área que estamos, pero muy dirigido lo que es la valoración del dolor, la parte de cardiología, la necesidad de oxigenación por ejemplo, todo lo que va de cardiología, lo que es la valoración del electro, la parte de la respiración y todo esto no, después nosotros no dejamos de lado, todo lo que utilizamos, como son parámetros de laboratorio, también lo tenemos registrado, y esta es la parte con todos estos elementos, para valoración, después la parte de planeación la estamos poniendo nosotros en ponerle, el diagnóstico enfermero, con las posibles intervenciones, propuestas en la evidencia científica, y obviamente para eso tenemos las guías de práctica clínica, de ahí las vamos condensando, en donde ellas ahora no tienen que redactar si no, tienen que elegir la intervención más apropiada, hacer la intervención, y al final tienen que evaluar la respuesta humana, de la persona ante la intervención, ha sido un poquito difícil porque de pronto se quedan solo en ponerle la palomita a la intervención, tenemos que ser muy cuidadosos, porque si no podemos pasárnosla palomeando y eso no es el proceso atención, ahí tenemos que tener mucho trabajo, pero esta es la forma de implementar nuestros métodos de atención de enfermería, y documentarlo, la otra y que tenemos tiempo de ver, es el impacto en la persona, es la mejor manera de documentar el proceso de atención de enfermería, digo teóricamente debe de mejorar la respuesta humana y debemos de egresar pacientes en mejores condiciones de cuidado y auto cuidado, entonces otra parte lo que estamos haciendo es como evaluar, por todas las circunstancias, las de cómo podemos evaluar, entonces así documentamos nosotros la aplicación de nuestras enfermeras (E-2).

De la misma forma en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad se cuenta con software electrónico que se pueden alimentar de manera gradual para adaptar los registros de enfermería, de acuerdo al modelo de cuidado que utilizan, o con la información ya disponible en una base de datos preliminar, dichos formatos estandarizados van de 4 a 6 cuartillas que permiten documentar de forma esencial el uso de la metodología y el cuidado otorgado. Para la ejecución de dichos cambios desde la gestión administrativa y operativa del cuidado refieren que se requiere de conocimientos de la epistemología del cuidado de enfermería, pero también dichas acciones no han sido fáciles de llevar, nuevamente se refieren a que la acción de cuidar dentro de las organizaciones está supeditada a los recursos económicos, humanos y materiales de los disponen.

He observado que las enfermeras han mejorado sus registros, los aplican y que han venido evolucionando, que han ido creciendo a partir de las propias experiencias que le brinda, el estar utilizando el lenguaje taxonómico, de los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, hablare del caso del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en donde estuve trabajando como coordinador de turno, y en donde observe como era la forma de los registros de enfermería, en donde el proceso atención de enfermería ya se incluyó dentro del sistema electrónico, y esto favorece que el personal tenga el proceso atención de enfermería ya de una manera sistemática y electrónica, y a partir de aquí ellos empiezan a identificar los diagnósticos de enfermería, intervenciones específicas, y el desarrollo del problema que los guía, signos y síntomas, en donde ellos priorizan cual es la intervención necesaria, y evalúan el resultado al final del turno. Sin embargo también se observó que no todo el personal de enfermería, está relacionado de manera directa con el plan de cuidados de enfermería, aun licenciados y maestros en diferentes ámbitos, desconocen de manera específica el proceso atención de enfermería, si bien durante su formación lo han escuchado o lo han conocido de manera ambigua, ya en su operación ya con los lineamientos con el plan de cuidados de enfermería, definidos por la CPE, y su forma de inclusión en los registros de enfermería, el personal no está relacionado con esta forma de trabajo, y es donde se observa una dificultad de las personas a trabajar con este proceso, y también la renuencia porque también hay personas que son renuentes a trabajar por el desconocimiento, del proceso sistematizado de enfermería, con los planes de cuidado de enfermería, sin embargo también se observó que al asesoramiento, continuo de las personas, se encontró el involucramiento, el acercamiento y las necesidades de estudio por parte el personal para mejorar los cuidados a partir de esta estandarización, del proceso.

3. Forma ideal de documentar el Proceso Atención de Enfermería

La documentación de enfermería es uno de los aspectos más relevantes de la práctica de enfermería. Es esencial establecer un procedimiento del registro de la información para asegurar que se da cumplimiento a las actividades del cuidado establecidas previamente, además es elemental tener en cuenta que la documentación es la forma que permite hacer visibles las acciones ejecutadas por el personal de enfermería.

De la misma manera la documentación es una estrategia de control a distancia que permite la monitorización de la calidad del cuidado, ya que permitirá identificar desviaciones de las normas establecidas a fin de implementar las medidas necesarias para reorientar las acciones de mejora.

En este contexto las enfermeras consideran que los formatos para documentar deben ser estandarizados, que viertan datos sobre la valoración focalizada y básica, que permitan planear el cuidado y la utilización de guías de práctica clínica, de este modo la documentación debe ser lo más completa posible. Esto sin descartar la posibilidad de la documentación electrónica y en la medida de que esta no se encuentre disponible, continuar con realizando el registro documental. Pero el plantear una manera de documentación del PAE en la práctica diaria de enfermería, requiere necesariamente el conocimiento de la epistemología del cuidado y reingeniería de los formatos de enfermería que permitan la inclusión de todos los elementos del proceso de cuidar. Ya que en la actualidad los registros preestablecidos en la mayoría de los hospitales del país, no reflejan uniformidad en el registro, además de que la situación de enseñanza del método, no es la misma situación que enfrenta la enfermera en la práctica real, lo que evidentemente provoca la debilidad para el registro.

Actualmente si bien ya hay hospitales que han iniciado la documentación, se están validando las formas de realizarlo, son escasas las instituciones donde la documentación es una realidad en todo el hospital, algunos de los que se han aventurado para enriquecer las evidencias para la ciencia de enfermería, no lo están realizando en todos los servicios, solo han iniciado en algunas de las áreas del mismo hospital y por lo tanto no se puede generalizar el que la documentación sea la ideal para toda la institución.

Estamos en una era donde la tecnología ya es indispensable, pues tenerlo todo de manera sistemática, en una plataforma,... y que sé que en otros países se hace, yo he tenido la oportunidad, la enfermera puede elegir, o puede elaborar un diagnóstico, y el mismo programa te dice si va dentro de lo que se requiere, te da toda la gama de intervenciones, en donde tú puedas tener tu intervención, la más adecuada, y de ahí partas a tener una evaluación que tú puedas dar los datos objetivos, subjetivos de esta evaluación y de ahí partas al siguiente turno, ya con un planteamiento del proceso de atención de enfermería, casi, casi se te va dando uno con el otro, esa es la forma ideal... (E-2).

De la misma manera en este contexto al proponer una forma ideal de documentación, se hace referencia a la necesidad de la vinculación de las Instituciones educativas con las unidades hospitalarias, que permitan al alumno la enseñanza, el aprendizaje, el dominio y el planteamiento de formatos que realmente muestren la vinculación teórico -práctica y por ende la forma de documentar. No olvidar que en este proceso siempre involucrar al último eslabón que ejecutara la acción, el personal operativo, de la misma forma al personal de mandos medios.

Primero, que hay que tomar en cuenta al personal que directamente está ejerciendo el cuidado, yo creo que entre todas si podremos llegar a una hoja de enfermería, se me ocurre ahorita tenemos una para hospitalización, hay que tomar en cuenta la atención medica continua, sentarnos con esa gente que nos den sus propuestas y a lo mejor en base a eso... generan más ideas, otra estrategia es que siempre he dicho que el grupo de enfermería, vamos a ser un verdadero grupo o un equipo que nos compartamos nuestros conocimientos, que es algo que no sabemos hacer, siempre nos limitamos a lo que nosotros sabemos, y de cierta forma somos egoístas tal vez por el trabajo que nos cuesta no sé, pero si el compartirnos las ideas entre hospitales o compartir nuestras experiencias, entre nosotros mismos, creo que eso puede ayudar para ser un buen proceso, a través de una hoja de enfermería, electrónica o física (E-13).

4. Plan de Cuidados de Enfermería

Durante las últimas décadas los sistemas de atención de la salud en México han hecho grandes esfuerzos para incorporar la calidad en la atención a los pacientes en el marco de los Programas Nacionales de Salud por lo menos de manera definida durante los dos últimos sexenios de gobierno. En el programa Nacional de Salud del 2007 dentro del Programa Estratégico de SICalidad se encuentra referida la acción # 9, denominada “Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)” en donde la CPE retoma este Proyecto como una prioridad derivado de la diversidad de sistemas de trabajo que hay entre el personal de enfermería del país, buscando establecer un método de criterios unificados y homogéneos encaminados a mejorar la calidad y seguridad de los pacientes. Lo que como ya mencionamos en el marco teórico finalmente propone es la estructuración de planes de cuidados de enfermería estandarizados que contribuyan a la mejora de la calidad del cuidado y

la seguridad de la paciente y su familia. Dentro de este contexto es trascendental conocer y mostrar que refieren las entrevistas en relación a este tema.

En este sentido encontramos la falta de consenso entre el personal entrevistado, las opiniones son en favor y en contra del proyecto toda vez que consideran que para estandarizar un conocimiento requiere de la validación del mismo antes de generalizarlo y el PLACE no está dando esta validación al conocimiento que considera como estandarizado y entonces surge una nueva alternativa, la de crear las guías de práctica clínica de enfermería, generadas a partir de conocimiento de enfermería previamente validado, donde el Instituto Nacional de Cardiología hoy es institución pionera en esta propuesta de conocimiento generada para enfermería.

Me tocó participar, en las primeras reuniones, desde mi punto de vista de operativa, y docente, yo contenía la necesidad de tener un plan de cuidados, y la necesidad de poder operacionalizar el cuidado, porque si no, no sirve, bueno para mí la enfermería en una Universidad es buena, pero si no se lleva a la práctica y si no impacta en las personas, se pierde se queda en la universidad y entonces pues realmente la sociedad, ni nos conoce, ni nos compra, ni sabe quiénes somos, me toco ese trans, y aprendí mucho porque veía a los muy teóricos, yo era de la parte muy operativa, ...no sabemos, creo que el PLACE es bueno, pero le falta operacionalizarlo, quizás no deban a ciertos grupos de enfermería, no deben decir como lo puedes hacer operativo, conócelo es tuyo, pero hazlo operativo, porque ahí seguimos como en el limbo no, ahí están los places, pero ahí se están quedando, necesitamos hacerlos operativos, que desventaja yo le veo, cuando yo tuve la oportunidad de trabajar guías, que las intervenciones no están científicamente documentadas, hay intervenciones que se pueden cuestionar, y que si ahí estuvieran documentadas como ya validadas, porque se publicaron por expertos por ejemplo, no hay que cuestionar, no sé si me alcanzo a explicar, porque hay ciertas intervenciones que no están, hay intervenciones que nos la conocemos de siglos las enfermeras, pero en donde están validadas no, primero habría que haberlas validado y luego estandarizado, esa es la debilidad que yo le veo al place, que si tuviéramos las intervenciones especializadas, documentadas, validadas, tendríamos muchísimo mayor riqueza (E-2).

Se decide la estandarización del cuidado, a través de los planes de cuidado, fue un riesgo total definitivamente, todo se empezó a gestar en la Dirección de Enfermería, la pregunta inicial ¿Cómo lo vamos a hacer?, y el cómo nos llevamos un año, en decir cómo lo vamos a hacer?, ya encontramos el cómo y ahora vamos a establecer, los puntos del como lo vamos a hacer, y esos puntos fueron un lineamiento, para decidir cómo elaboramos los planes de cuidado, bueno ya tenemos el cómo, y ahora hay que darlo a conocer,

entonces ese darlo a conocer el lineamiento implícito también, otra gran roca no, porque el hecho de difundir, de invitar a la gente, a que elaborara sus planes de cuidado, de capacitarlos, nos emparentábamos con muchas situaciones, de que por qué?, para qué? Yo ya voy de salida, ya me voy a jubilar a mí no me interesa, soy profesor, pero yo lo enseño como yo lo entiendo, entonces hasta en esta parte, teníamos que influir para que el proceso de atención de enfermería, que se aterrizará en los planes de cuidado, pues se les enseñara de manera fácil, de manera, digerible y que además, se enseñara con identidad, porque si no se enseña con identidad, y solo por obligación, pues entonces el alumno así lo percibe, y que esperamos de un profesionista en un futuro, bueno pues que no le guste realizar el proceso de enfermería, y de un cuidado, como Dios le dé a entender y no como debe de ser. Entonces fueron varios elementos que tomamos en cuenta para llegar a este riesgo, que se tomó desde aquí, en esto ya tenemos trabajando cinco años, y yo creo que hemos tenido resultados, buenos, entidades federativas enteras, que se han adherido a este despliegue y que lo están haciendo y que han obtenido buenos resultados, todos los Secretarios de Salud de cada Entidad Federativa, de que estamos haciendo con la estandarización del cuidado, incluso ellos dan los recursos para que el personal se venga a capacitar... ¿y que esperamos con esto? Mejores resultados, que cada vez la práctica de enfermería, se realice con bases científicas, con evidencias, para tomar las mejores decisiones para la práctica y que el único beneficiado al cien por ciento sea el paciente (E-5).

Es importante resaltar como surge este proyecto, el cual evidentemente no nació desde las bases de la epistemología de enfermería, sino más bien de situaciones políticas e institucionales que influyen en la forma de llevar a cabo el cuidado y de la corriente de pensamiento que hoy domina el ambiente de las organizaciones hospitalarias, la calidad y seguridad del paciente.

c) Aplicación de la teoría utilizando como medio al Proceso Atención de Enfermería

Este método al que hacen referencia las enfermeras debe ir acompañado de un marco referencial, porque si no, estará vacío o no tendrá sentido, pero por otro lado otras consideran que el marco referencial no es indispensable para aplicación del PAE, toda vez que los marcos referenciales que se tienen al día de hoy se originaron en contextos diferentes al de la población mexicana. Pero la aplicación evidenciada por la documentación del PAE han referido no es cuestión fácil, y si le suman el uso de una teoría de enfermería la cuestión se vuelve más compleja.

Las opiniones vertidas nos reflejan esa falta de consenso y de la misma manera revelan las maneras en las que cuidan las instituciones, de acuerdo a la dinámica del sistema de salud, qué sucede con las instituciones que otorgan cuidado sin un modelo de cuidado definido, consciente y claro asumido por los protagonistas del cuidado.

Se muestra que en la realidad general de la praxis hay una desvinculación total del PAE y los elementos teóricos de enfermería, aunque se reconoce que los mismos son parte del marco referencial para aplicar la metodología, y que su uso permitirá fortalecer el carácter científico al acto de cuidar, además de traer grandes beneficios para el paciente, permitirán contar con una orientación y un enfoque ineludible.

Se reconoce que el conocimiento que se construye en una disciplina científica, se edifica a partir del objeto de estudio y los problemas de la práctica diaria, hay enfermeras que desean continuar con el trabajo que ya han realizado las colegas Norteaméricas en la búsqueda de enriquecer el saber de enfermería para aplicar la teoría útil.

Cuando se implementa un marco de referencia o referente teórico, utilizando como medio al PAE se deben de considerar elementos de congruencia entre ambos, las necesidades institucionales y la satisfacción del usuario. Se reconoce que la relación que nace de la vinculación de ambos es compleja pero indispensable y requiere de la comprensión y aplicación de la epistemología de la enfermería y partir de un total dominio del PAE. La utilización de estos marcos referenciales definitivamente guiara la práctica, facilitara la organización de los conocimientos.

Debe haber relación debe haber relación sin embargo en la práctica todavía los tenemos desvinculados o sea pareciera que no hemos entendido que el proceso enfermero debe estar orientado a un modelo a una teoría que te permita, no sé si la palabra aterrizar sea lo más correcto posible pero que te permita aterrizar esos conceptos de esa persona del entorno de la salud y del

cuidado en las circunstancias que está ocupando esa persona en ese momento debe estar vinculados pero lamentablemente no lo hemos logrado vincular (E-1).

Se puede integrar de hecho muy bien, y hemos tenido experiencia en varios hospitales que sea hecho, definitivamente las teorías con el modelo nos dan ese marco de referencia, es decir como tienes que hacer las cosas sí que te lo estén marcando, pero cuando ya lo integras con el proceso de atención de enfermería, en todas sus etapas, entonces ese marco conceptual, te orienta a que generes una cultura de enfermería, en el proceso de cuidar, y que además te sirva para que te de las pautas, para hacer una valoración de enfermería, con ese marco conceptual, o con esa teoría, y que partiendo de esa teoría y del proceso de atención de enfermería, integres un modelo de la atención de enfermería, el modelo es algo muy completo, por eso mi preocupación de que cuando una unidad de salud dice, voy a implementar un modelo de atención de enfermería, es preocupante porque tiene que pensar en mucho elementos, la teoría, el modelo, el proceso de atención y como va hacer esa integración e conocimientos, que tiene que ser muy alineado a la necesidad que está presentando esa población, ese hospital, ese servicio, esos pacientes, porque todo va dirigido a satisfacer la necesidad de los usuarios (E-5).

d) Proceso Atención de Enfermería como fortaleza del cuerpo de saberes de enfermería

La enfermería se asume como ciencia a partir de mediados del siglo XX. Hoy se requiere que la disciplina este respaldada por conocimiento científico, bases sólidas para ejecutar el cuidado, con un método sistemático. El arte del cuidado es así, la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería, aunque existen varias formas de enriquecer el cuerpo de saberes de la profesión, la aplicación y documentación del PAE es una de las formas de hacerlo aportando conocimiento científico general y específico sobre el cuidado para permitir consolidar el mismo.

El PAE permite crear la conciencia sobre la existencia de este cuerpo de saberes propio, esto es, monopolístico de la profesión de enfermería, que integra en su corpus aspectos epistemológicos, ontológicos y filosóficos y que única y exclusivamente es el personal de enfermería quien debe hacer uso de ellos a través de su método (Cárdenas, 2009: 113-114).

Las enfermeras consideran que PAE alimenta el cuerpo de saberes en la medida en que se combina con la investigación, buscando la mejora del cuidado otorgado. Este fortalecimiento estará condicionado por la situación de si se registra la información de la aplicación del método como parte de las evidencias generadas del cuidado otorgado.

Debe fortalecerlo en la medida en que lo estamos aplicando adecuadamente y registrando adecuadamente, la hoja de enfermería que hemos estado usando convencionalmente, es muy rica en conocimientos, en registros pero si no lo hacemos en base a modelo, pues se va perdiendo. Pero si nosotros trabajamos con modelo enfermero y registramos con modelo enfermero por supuesto que vamos a poder rescatar, tantas y tantas actividades del cuidado, que no tienen un sustento teórico... si nosotros registráramos esos procesos, creo que los registros clínicos de enfermería, se convertirían en un tesoro para generar investigaciones, para muchas cosas no para la evidencia del cuidado (E-1).

El proceso enfermero, fortalece, alimenta ese cuerpo de conocimientos, porque es quien da el lenguaje, porque es quien da resultados en las personas, y estos resultados obtenidos en las personas, son los que fortalecen ese cuerpo de conocimientos, es el que da, el para que esta la enfermera, para que esta el enfermero, y es el que alimenta el cuerpo de conocimientos, es el que nos da intervenciones nuevas, que forma nueva de valorar a los pacientes, diagnósticos nuevos y diferentes, los tenemos a través de ese proceso, y eso que obtenemos, es lo que nos va a fortalecer el cuerpo de conocimientos, por eso el proceso es tan importante no (E-2).

Hay consenso entre las entrevistadas en el sentido de que reconocen, que el cuerpo de saberes de la profesión se verá enriquecido con el conocimiento que se genera a partir de la aplicación del PAE donde se genera parte de las bases del cuidado científico, de la misma forma fortalece el uso de un lenguaje común entre las enfermeras, además de que en la medida que la enfermera es consciente del uso de un método para cuidar este guiara su práctica diaria. De esta forma la enfermera puede basar su práctica en evidencias y generar productos de investigación que ayuden a la mejora continua del cuidado y por lo tanto se llegara a un crecimiento como gremio.

Yo creo que ya lo ha fortalecido, simplemente por existir el proceso de enfermería, creo que ya le dio al conocimiento de la enfermería, ya le dio las bases las herramientas científicas que necesitábamos, para presentarnos ante la sociedad como una verdadera profesión, lo que necesitamos es que se vea

reflejado a través de nuestro cuidado, tal vez habrá enfermeras que su conocimiento no sean demasiado, o no, dominemos todos los temas, pero una enfermera mientras este, no se en algún hospital y trate todo el tiempo de desarrollar su cuerpo de saberes, de estudiar, de investigar, va a fortalecerse y lo va a poder hacer pues, a través del proceso.

EL MODELO DE CUIDADO ELEMENTO GERENCIAL PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Otro elemento importante que guarda una profunda relación con la aplicación del PAE es el modelo de cuidado, como elemento gerencial que las unidades ocupan para su utilización, toda vez que cuando una institución carece de esta forma de asumir como van a cuidar, lo hacen, pero sin una dirección pareciera que se trata de un barco a la deriva. Pero esta concepción no es aun percibida de forma consiente por todas las enfermeras.

Un modelo es algo replicable, un modelo es algo que uno, ya sea con la experiencia, con el conocimiento, con todos los elementos que deban de considerarse, se va aplicando se va estableciendo un modelo, en este caso me quiero dirigir al modelo de atención, entonces un modelo es algo replicable, un modelo es algo que se puede ir construyendo evidentemente de conocimiento de la experiencia, y algo que se puede ir adaptando dependiendo de la organización o de la institución (E-3).

La gestión del cuidado implica todo un conjunto de acciones organizadas y estructuradas dentro del proceso creativo con y para las personas a partir del aporte científico no solo de las teorías de la administración, sino de los elementos conceptuales y del cuerpo de saberes propio de enfermería, con el fin de orientar los recursos humanos y los del entorno.

Dicha gestión permitirá que el personal el desarrollo y la aplicación de competencias, aptitudes profesionales, personales, técnicas y científicas que permitan plantear, ejecutar articular y reevaluar todas las acciones del cuidado en el marco de la mejora continua.

El modelo de cuidado es un todo, un complejo estructurado, conceptual y metodológicamente. Es decir es una estructura del conocimiento de enfermería constituida por un marco de referencial o un referente teórico, una metodología y representa la posibilidad de planear y sistematizar el cuidado. Es decir es la unión

real en la práctica donde convergen la teoría, la metodología para aplicar la teoría (PAE). Es decir es una propuesta de cómo llevar a cabo el proceso de cuidar. Por lo tanto impulsará o generará conocimiento, fortaleciendo el cuerpo de saberes, permitiendo además englobar los conocimientos que permitirán que la práctica de enfermería pueda ser calificada.

Es algo bastante complejo, el modelo del cuidado dentro de ya una organización, tendrá que ver con que tanta madurez tenga la organización, comentaba yo hace un momento, que para que las instituciones, hablamos de cuestiones de salud hospitalares o instituciones magistrales, que comprenden varias ejecuciones, primero tendrán que tener una madurez dentro de la organización, desde la ubicación de enfermería, dentro de la estructura orgánica ya como un elemento importante, y después que la propia organización de enfermería, que tenga bien definido el grupo poblacional y la forma en la que abordaran los mejores cuidados, con las mejores prácticas para la atención, de las personas, en ese sentido cada institución deberá buscar cual es el modelo que mejor se adapta al nivel de población atendida, en su caso si podrán aplicar el modelo del auto cuidado, en función de necesidades de educación de la población, o en su caso las necesidades de práctica de la población, que puedan ser sustituidas por la enfermera, en función de las catorce necesidades de Virginia Henderson, y también tiene que ver la forma en la que proporcionan los cuidados, porque entonces deberemos tener enfermeras expertas, en el proceso del cuidado, o en la gestión del cuidado, que estén de manera continua buscando, evaluando, y mejorando el cuidado a partir del proceso atención de enfermería (E-16).

Llegar a la aplicación de modelos de cuidados no es sencillo requiere, de investigación, seguimiento, conocer la estructura organizacional, cultura organizacional, lo que finalmente se traduce en el otorgamiento de cuidado de calidad. Implica el uso de una metodología para la aplicación de un modelo de cuidados y el trabajo continuo, sostenido y en equipo.

Este elemento no se identificó por todas la entrevistadas, siendo pionero en la aplicación del mismo el Grupo Ángeles, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y el Hospital General de México y también algunas instituciones educativas han incursionado en el desarrollo de los mismos, en el caso del Hospital Civil de Guadalajara, están iniciando a trabajar con todo un programa de capacitación al personal del hospital y con una alianza entre el Colegio de

Enfermeras, la Facultad de Enfermería y la Institución Hospitalaria en este caso particular están trabajando con un Modelo basado en los 13 dominios de enfermería.

Con base en los resultados presentados, el cuidado es asumido en forma consensuada como el objeto de estudio de las enfermeras, a partir del cual ejercen su práctica profesional. El cuidado tiene diversos significados que pueden variar de una institución a otra, se perciben como un acto que va más allá de la realización de técnicas o procedimientos, es un hecho con alta carga emocional, humanismo y componentes axiológicos. Algunas enfermeras reconocen la importancia de un marco referencial o teórico para llevarse a cabo, pero todas coinciden en la importancia de aplicar una metodología para ejecutarlo y darle el carácter de científico, asumiendo como su metodología el PAE y en el caso de aludir a un marco referencial, se puede partir de la visión de alguna teórica de enfermería o incluso de una filosofía de cuidado que adopte la institución donde se encuentra ejerciendo la práctica.

Se observa una situación que es preocupante, en la vida real de la práctica de la enfermería, no podemos separar los núcleos temáticos que para fines de estudio y comprensión del abordaje del estudio hemos planteado. El profesional que ejecuta el cuidado debe llevar a la realidad asistencial el reconocer su objeto de estudio y razón de ser, ejecutarlo con base en cuerpo de saberes y consciente de todos los elementos que implica el proceso de cuidar, de cómo es la práctica real de la enfermera en campo de trabajo? en la medida de que se reconoce que no hay conciencia del cuerpo de saberes, de que no es posible aplicar la metodología científica que, antes se asumió como la forma que tiene la enfermera para cuidar, su estructura científica, puede debilitarse, y no desarrollarse. Aún más una profesión no se puede asumir como tal, si desde la epistemología y la sociología de las profesiones no cuenta con cuerpo de saberes propio y consensuado entre los profesionales que ejercen la profesión.

El PAE no es documentado en todos los hospitales, solo menciono que se realiza en el Instituto de Cardiología, en el estado de Campeche a nivel del Sistema de Salud Estatal, en los Hospitales de Alta Especialidad de manera muy asertiva en el Hospital de Alta Especialidad del Bajío, en el Grupo de Hospitales Cristus Muguerza, y en el Grupo Ángeles desde hace 20 años, lo anterior se hace de forma estandarizada según el modelo de cuidado de cada institución. En el Estado de México en tres hospitales del ISSEMyM se ha iniciado a trabajar, pero aún no en todos definen un modelo de cuidado y no está generalizado a todos los servicios. Lo anterior se conoce resultado de las entrevistas aplicadas, pero sin lugar a dudas hay otros lugares donde se estará aplicando y aun no están difundidos los resultados.

El supuesto planteado se asume, pues es evidente que no se conceptualiza con claridad el cuerpo de saberes, se reconoce que no se aplica la metodología en la práctica real. Esto como resultado de que hay una escasa apropiación de la enfermera por la metodología científica en su hacer, el desconocimiento sobre la forma más factible de vincular la teoría y la práctica. Así mismo tendencias a actitud favorable o en contra, respecto a la aplicación del PAE.

El grupo de expertas consideran que para que la aplicación del PAE se pueda llevar a la práctica se requiere de líderes de enfermería con conocimientos y compromiso profundo con la profesión, que estén dispuestas a correr riesgos, realizar investigación y dar continuidad al cuidado.

CONSIDERACIONES FINALES

Con base en los resultados presentados, el cuidado es asumido en forma consensuada como el objeto de estudio de las enfermeras, a partir del cual ejercen su práctica profesional. Este tiene diversos significados que pueden variar de una institución a otra, que se perciben como un acto que va más allá de la realización de técnicas o procedimientos, que es un acto con alta carga emocional, humanismo y componentes axiológicos. No todas reconocen que se requiera de un marco referencial para llevarse a cabo, pero sí la importancia de aplicar una metodología para ejecutarlo y darle el carácter de científico, asumiendo como su método al PAE y en el caso de aludir a un marco referencial o teórico, se puede partir de la visión de alguna teórica de enfermería o incluso de una filosofía de cuidado que adopte la institución donde se encuentran ejerciendo la práctica.

La conceptualización del cuidado sin lugar a duda, se liga a los componentes axiológicos, al conocimiento y el sistema de valores y creencias de las enfermeras. Indudablemente la forma en que lo perciben, está influenciada por la práctica institucional, que en la mayoría de los casos, ejerce la enfermera en México, agregando así otros componentes al cuidado. Estos hallazgos contrastan con el estudio realizado por Hudacek en donde un análisis reveló siete dimensiones de cuidados específicas de la enfermería: asistencia, compasión espiritualidad, dimensión comunitaria, comodidad, intervención en la crisis y superación de la distancia, sobre todo cada dimensión reflejaba el orgullo de los profesionales y su compromiso con las decisiones que tomaron para ayudar a sus pacientes (Kozier, 2013: 13).

El proceso de cuidar fundamentalmente lo ligan al PAE, y en general se pierden de vista los fundamentos teóricos que sustentan este proceso e incluso hacen referencia a que su base de conocimiento son elementos biomédicos, y dejan de un lado componentes filosóficos y teóricos de enfermería.

Las enfermeras reconocen que la aplicación del PAE en la mayoría de los casos no es una práctica consciente y frecuente. Mencionan que es resultado de que el cuidado se realiza en base al modelo biomédico, admiten que el principal problema es la falta de conocimiento sobre el tema. Este desconocimiento está relacionado con la formación académica y profesional de las enfermeras, ya que aún hay un número considerable de enfermeras técnicas. Esto aunado a la falta de actualización y profesionalización del gremio, la poca investigación realizada y generada al respecto, pero principalmente a la falta de socialización de los componentes epistemológicos de la profesión entre los profesionales de la enfermería. De la misma forma se desconoce la metodología necesaria para la aplicación del PAE como parte de una actividad cotidiana para el cuidado, ya que la gran mayoría se refieren al desconocimiento, pero no plantean posibles soluciones al problema identificado.

Otro elemento aducido a la falta de aplicación del PAE, es la forma en como se ha enseñado el mismo, y al desconocimiento que hay entre las docentes del tema. Refieren que el problema número uno es la disociación teórico-práctica tan marcada. La realidad que experimentan los estudiantes cuando se enfrentan a la situación en la práctica, las enfermeras no aplican muchos referentes teóricos enseñados en su formación. En el caso de los hospitales que han logrado grandes avances, la forma en que se aplica el PAE, dista mucho de la que les fue enseñada en las instituciones educativas.

La falta de dominio de los elementos epistemológicos de la profesión es evidente, estos son desarrollados sólo por un grupo pequeño de enfermeras en México, las cuales han iniciado a generar literatura, donde dejan de manifiesto su aporte a la ciencia de enfermería, pero es evidente que son pocas las que han escrito sus experiencias. Y de la misma forma las que han estudiado o investigado al respecto. En general las enfermeras se refieren al hecho de aplicar el PAE y los elementos de la teoría de enfermería como un sueño, aún lejano.

Al grupo de enfermería en México, se le ha dificultado el generar su propio conocimiento, en la medida que han accedido a estudios de maestría, la situación pareciera más prometedora, pero varias enfermeras han desarrollado estudios en áreas no relacionadas directamente con enfermería, por lo cual no han fortalecido los fundamentos epistémicos de la profesión y no han podido hacer aportes a la ciencia de la enfermería.

En México existe experiencia en relación a la aplicación de modelos y teorías de enfermería, pero poca literatura al respecto. Entre las teóricas más aplicadas se encuentran Virginia Henderson y Dorotea Orem. Pero esta aplicación no ha sido sencilla, es resultado de la experiencia de años de trabajo, de la formación profesional, pero sobre todo la pasión por ser enfermera y encontrar el gusto por la enfermería.

La vinculación para aplicar el PAE con base en un marco referencial o referente teórico se ha dado, pero en muchos casos sólo ha sido en forma de estudios de caso o en grupo reducido de pacientes. Pocas son las experiencias en donde se ha realizado ya como parte de un modelo de cuidado dentro de un organización, destacándose los casos del Grupo Ángeles como pionero, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el Hospital General de México y los Hospitales del Grupo Cristhus Mugerza.

Todas las participantes coincidieron en que una de las formas de fortalecer el cuerpo de saberes de enfermería, es mediante la aplicación del PAE y sustentado en los marcos referenciales de enfermería y/o los referentes teóricos.

Pero por otro lado, es importante destacar que para algunas enfermeras les fue difícil identificar cuáles son los elementos que constituyen su cuerpo de saberes, aún más, hay quienes todavía se refieren a los componentes del modelo biomédico como propios.

Se considera que el elemento más difícil de conceptualizar fue el de modelo de cuidado, el cual no está claro entre las enfermeras, es sólo del dominio de un grupo muy reducido de las participantes, es un elemento poco socializado y prácticamente desconocido para las enfermeras.

De acuerdo a los resultados obtenidos de esta investigación, el PAE no es una realidad en la práctica diaria de las enfermeras en México, por lo que se acepta el supuesto planteado en un principio. Considerando que esto es resultado de la falta de socialización de los componentes epistémicos de enfermería, y que sin lugar a duda la única manera de fortalecer el cuerpo de saberes propio de enfermería es a partir desarrollar, estudiar e investigar para la formación y el desarrollo de la ciencia de enfermería.

La socialización puede definirse como el proceso por el que las personas: a) aprenden a convertirse en miembros de grupos y de la sociedad, y b) asimilan las reglas sociales que definen las relaciones en que tomarán parte, implica aprender a comportarse, a sentir y ver el mundo de una manera similar a otras personas que se ocupan de la misma función que uno mismo. La meta de la socialización e infundir a los individuos las normas, valores, actitudes y conductas que se consideran esenciales para la supervivencia de la profesión (Kozier, 2013:19). Por lo tanto este proceso de socialización entre las enfermeras mexicanas no está consolidado, es evidente la necesidad de fortalecerlo, desde los fundamentos epistemológicos de enfermería.

SUGERENCIAS:

Es necesario realizar otros estudios cualitativos, para revelar los motivos por los que las enfermeras no se apropian de la epistemología de la profesión y su metodología en la práctica diaria.

Se considera que la CPE debe abordar la aplicación del PAE desde los fundamentos epistemológicos de la profesión, sólo de esta forma se podrá lograr una práctica de enfermería basada en el cuerpo de saberes propio de la profesión y se logrará generar conocimiento para la ciencia de enfermería.

Se sugiere a las instituciones educativas que desde la formación de las enfermeras establezcan con claridad cuáles son los componentes epistemológicos de la profesión. De esta forma las enfermeras conocerán qué es lo que tienen que desarrollar y fortalecer durante su quehacer profesional.

En las instituciones de salud públicas o privadas, cuando se implemente un modelo de cuidado, éste deberá tener base en el conocimiento propio de enfermería, adecuándose al contexto de la misma y partir del cuidado como el eje y fundamento de la práctica de enfermería.

La socialización de los componentes del cuerpo de saberes propio de enfermería, deberá hacerse al interior de las instituciones como un compromiso profesional, ético y moral de los líderes del grupo de enfermería y una responsabilidad compartida de todas las enfermeras mexicanas.

SUGERENCIAS PARA EL CENTRO ONCOLÓGICO ESTATAL DE ISSEMyM

A partir de los resultados obtenidos de la experiencia de los expertos, se consideran los siguientes puntos para aplicar en el ISSEMyM:

Iniciar la construcción de un Modelo de cuidado en base a las necesidades de cada hospital, pero partiendo desde los elementos epistemológicos.

Ya hay en ISSEMyM la inquietud y el reconocimiento de generar un aporte al cuerpo de saberes de enfermería. Será necesario continuar sobre la misma línea y las recomendaciones para el Centro Oncológico en particular serían las siguientes:

- 1) El cuidado debe abordarse como el objeto de estudio desde la epistemología.
- 2) Se debe definir el modelo de cuidado de acuerdo a su contexto y partiendo de un diagnóstico situacional.
- 3) Las estrategias de aplicación real del PAE en la praxis, deben partir conscientemente desde los elementos epistemológicos.
- 4) La gestión del cuidado implica siempre a la parte administrativa, pero no olvidar que se sustenta en el capital humano operativo y su contexto.
- 5) El acto de cuidar profesionalmente es complejo por sus implicaciones, debe hacerse con conciencia siempre, no olvidar que requiere de una guía metodológica científica.
- 6) Aplicar, documentar y evidenciar el PAE, generando evidencia que fortalezca el cuerpo de saberes.
- 7) Potenciar los conocimientos epistémicos de enfermería en el personal operativo.
- 8) Reingeniería de los registros de enfermería que permita evidenciar el cuidado otorgado y el PAE, partiendo de la propuesta generada del personal operativo y guiada por el personal administrativo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade Cepeda, Rosa María, Julia Teresa López España, 2012, *Proceso de Atención de Enfermería. Guía Interactiva para la Enseñanza*. Trillas, México, 192 pp.
2. Andrade Cepeda, Rosa María, María del Rosario Chávez Alonso, 2004, *Manual del Proceso de Cuidado en Enfermería*. Editorial Universitaria Potosina, México, 167 pp.
3. Atkinson Leslie D., Mary Ellen Murray, 1985, *Proceso de Atención de Enfermería*. Manual Moderno, México, 141 pp.
4. Alfaro-LeFrevre, Rosalinda, 2003, *Aplicación del Proceso Enfermero*. 5ª ed., Masson, Barcelona, España, 274 pp.
5. Alfaro-LeFrevre, Rosalinda, 2009, *Pensamiento Crítico y Juicio Clínico en Enfermería*. 4ª ed., Elsevier-Masson, Barcelona, España, 299 pp.
6. Benavet Garcés, Ma. Amparo, *et al.*, 2012, *Fundamentos de enfermería*. Difusión Avances de Enfermería, Barcelona, España, 420 pp.
7. Berman Audrey, Shirlee Synder, 2013, *Fundamentos de Enfermería de Kozier&Erb*. Pearson, Madrid, España, Volumen I y II, 1620 pp.
8. Boff Leonardo, 2002, *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Trotta, Madrid, España, 160 pp.
9. Burns Nancy, Susan, K, Grove, 2004, *Investigación en Enfermería*. 3ª ed., Elsevier-Saunders, Barcelona, España, pp. 553.
10. Cárdenas Becerril, Lucila, *et al.*, 2009, *Cuidado Profesional de Enfermería*. FEMAFEE, México, 183 pp.
11. Cárdenas Becerril, Lucila, 2005, *La profesionalización de la enfermera en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones*. Ediciones Pomares, México, DF, 320 pp.

12. Coffey Amanda, Paul Atkinson, 2005, *Encontrar sentido a los datos cualitativos*. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia, 264 pp.
13. Colliere Marie Françoise, *Promover la vida*. 2ª ed, Mc Graw Hill, México, DF, 350 pp.
14. Cometto, María Cristina, et al., 2011, *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 432 pp.
15. Cutcliffe John, et al., 2011, *Modelos de Enfermería. Aplicación práctica*. Manual Moderno, México, DF, 273 pp.
16. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, 2002, 22ª ed, Espasa Calpe, S.A. Barcelona España, Tomo I, 1180pp.
17. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*, 2012-2014. Elsevier, Barcelona España, 534 pp.
18. Doenges Marylynn E., et al., 2008, *Planes de cuidados de enfermería*. Mc Graw Hill, México, DF, 987 pp.
19. Donahue M. Patricia, 1985, *Historia de enfermería*. Hancourt-Mosby, España, 506 pp.
20. Fawcett Jaqueline, 2005, *Contemporary Nursing Knowledge. Analisis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2ª ed, F.A. Davis Company Philadelphia, USA pp.
21. Fernández Pérez, Jorge A., et al., 2008, *El mundo de las profesiones en el siglo XXI: perspectivas y enfoques*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Universidad Autónoma del Estado de México. México, 280 pp.
22. Fernández Ferrin Carmen, et al., 2006, *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*, 3ª ed. Elsevier-Masson, España, 116 pp.
23. Freidson, Elliot, 1978, *La profesión médica: Un Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado*. Editorial Península, Barcelona, España, 375pp.
24. García Hernández, María de Lourdes, et al., 2012, *El cuidado de la vida y de la salud: una cosmovisión*. Editorial Cigome, Toluca, México, 159 pp.

25. Geri Lobiondo- Wood, Judith Haber, 2006: *"Nursing research": Methods and critical Appraisal for evidence-based practice*. Nursing research, Edit. Mosby Elsevier. 6ta Ed. 131-147 pp. (Traducción de la Dra. García Hernández, María de Lourdes).
26. Gesirrish Kate , Lacey Anne, 2008, *Investigación en enfermería*, 5ª ed, Mc Graw Hill, Madrid, España, 550 pp.
27. González Rey Fernando Luís, 2007, *Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información*, Mc Graw Hill, India, 156 pp.
28. Gordon Marjory, 1996, *Diagnóstico Enfermero*.3ª ed., Harcourt, Madrid, España, 454 pp.
29. Griffith Janet W., Paula, Christensen, 1993, *Proceso de Atención Enfermería. Aplicación de Teorías, guías y modelos*. Manual Moderno, México, 141 pp.
30. Grupo de Cuidado, 2010. *Cuidado y Práctica de Enfermería*. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Editorial Universidad Colombiana, Bogotá Colombia, 270 pp.
31. Grupo de Cuidado, 2006. *El arte y la ciencia del cuidado*. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Editorial Universidad Colombiana, Bogotá Colombia, 385 pp.
32. Grupo de Cuidado, 2010. *Avances en el cuidado de Enfermería*. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Editorial Universidad Colombiana, Bogotá Colombia, 523 pp.
33. Hernández Sampieri Roberto *et al.*, 2006, *Metodología de la Investigación*. 4ª ed., Mc Graw Hill, México, 850 pp.
34. Kérouac Suzanne, et al., 1996, *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson, 168 pp.
35. Lenise do Prado Martha, et al., *Investigación cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales*, 2008, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 238 pp.
36. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Comisión

- Permanente de Enfermería, 2011, *Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*. México. D.F. 47 pp.
37. *Manual de enfermería* Zamora, 2006, Zamora Editores LTDA, Bogotá D.C. Colombia, 1168.
 38. Marriner Tomey, Ann, Martha Raile, Alligood, 2011, *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed., Elsevier-Mosby, Barcelona, España, 797 pp.
 39. Martínez Riera, José Ramón, Rafael del Pino Casado, 2012, *Fundamentos de enfermería*. Difusión Avances de Enfermería, Barcelona, España, 420 pp.
 40. Moran Aguilar, Victoria, Alba Lily Mendoza Robles, 2010, *Proceso de enfermería. Uso de lenguajes NANDA, NIC y NOC. Modelos referenciales*. 3ª ed., Trillas, México, 324 pp.
 41. Morse Janice M., 1994, Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia, 447 pp.
 42. Nightingale, Florence 1990, Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. 2ª ed. Salvat, España, 139 pp.
 43. Pineda Elia B., Eva Luz Alvarado, 2008, *Metodología de la investigación*. 3ª ed. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 260 pp.
 44. Rodríguez Sánchez, Bertha Alicia, 2004, *Proceso Enfermero Aplicación Actual*. 2ª ed., Ediciones Cuellar, México, 276 pp.
 45. Strauss Anselm, Juliet Corbin, 2002, Bases de la investigación cualitativa. *Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia, 341 pp.
 46. Téllez Ortiz, Sara E., Martha García Flores, 2012, *Modelos de Cuidados en Enfermería. NANDA, NIC, Y NOC*. Mc Graw Hill, México, 134 pp.
 47. Wolcott Harry, 2003, Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia, 225 pp.

HEMEROGRÁFICAS

1. Arlandis Casanova Martina, Sellan soto Ma. Del Carmen, 2008, “Aplicabilidad del Modelo de Autocuidado de D. Orem: elaboración de un registro de valoración inicial integrado para atención primaria y atención especializada”. Revista Nursing, Vol. 26, No. 2, Febrero, pp. 54-61.
2. Cortes Barragan Beatriz, Tenahua Quitl Inés, 2009, “Aplicación del Proceso de Enfermero a paciente con Diabetes Mellitus tipo 2”, Revista Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 17, No. 10, Nov-Dic, pp. 112-116.
3. Franco Orozco Magdalena, Benitez Trejo María Amalia, 2002, “Factores de conocimiento del PAE en los Estudiantes de Enfermería”, Revista Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 10, No. 4, Mayo, pp. 443-446.
4. Fuentes Estrada Edith, et al., (2000), “El proceso de profesionalización en enfermería. Un análisis desde la sociología de las profesiones”. Tesis de Licenciatura, UAEM.
5. García Hernández, María de Lourdes. (2010), “Fundamentación epistemológica del cuidado de enfermería, como objeto de estudio de la enfermera profesional en México”. Tesis de doctorado, UAEM.
6. Graffylia, Revista de la Facultad de Filosofía y Letras, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Año 4 Número 6, Otoño 2006, pp. 121-199.
7. Guevara Valtier Milton Carlos, Rivas Acuña Valentina, et al, 2009, “Proceso de enfermería en un lactante menor con complicaciones cardiorrespiratorias” , Revista Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 5, No. 17, Junio, pp. 231-234.
8. González Santana Araceli, Hernández Cortes Gabriela Guadalupe, 2012, “Proceso de enfermería como constructor de autonomía profesional. Una investigación acción”. Tesis de licenciatura, UAEM.
9. Juvé Udina María Eulalia, 2005, “Desarrollo de un sistema para la valoración clínica basado en la teoría de la complejidad y la ciencia enfermera”, Revista Nursing, Vol. 23, No. 5, Mayo, pp. 50-56.

10. Ledesma Delgado María Elena, Ortiz Diaz Ma. Elena, et al, 2005, "Conocimiento y aplicación del Proceso de enfermería por Estudiantes de la Licenciatura", Revista Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 13, No. 3, Abril, pp. 82-86.
11. Raña Lama Camilo Daniel, Pita Vizoso Rosa, et al, 2004, "Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería", Revista Enfermería Clínica, Vol. 14, No.2, Marzo-Abril, pp. 77-82.
12. Rodríguez Hernández, Claudia Patricia, et al, 2008, "*Significado que le atribuye Enfermería al Proceso Enfermero en su Experiencia de la praxis*", Revista Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 16, No. 10, Nov-Dic, pp. 434-437.
13. Rossano Bastida María Trinidad, "Aplicación del proceso de enfermería en Instituciones Públicas y Privadas de la ciudad de Toluca". Tesis de maestría, UAEM.
14. Villalgorido Ortín P., A Merino-Peralta, et al, 2005, "Validación de un plan de cuidados estandarizado en el paciente con neumotórax espontáneo" Revista Nursing, Vol. 23, No. 10, Mayo, pp. 58-63.

ELECTRÓNICAS

1. Ariza Olarte Claudia. "Desarrollo epistemológico de enfermería" [En línea] Abril-Junio 2011: [fecha de consulta: 1 de junio de 2013] Disponible en: www.revistas.unam.mx › Inicio › Vol 8, No 2 (2011) › Ariza Olarte.
2. Cabal E. Victoria Eugenia, Guarnizo Mildred T. 2011: "Enfermería como disciplina". Revista Colombiana de Enfermería • Volumen 6 Año 6 • Págs. 73-81. (Fecha de consulta: 25 de Febrero de 2013) Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036648.pdf.
3. Darmer, M. R., Ankersen, L., Nielsen, B. G., Landerberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. 2006: "Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark". Journal of Clinical Nursing, pp. 15,

- 525-534. [Fecha de consulta: 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01475.x/pdf>
4. Durán, de Villalobos, María Mercedes. "Marco epistemológico de la enfermería". *Aquichan* [en línea] 2002, 2 (octubre) : [fecha de consulta: 5 de junio de 2013] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120203>> ISSN 1657-5997
 5. González Salcedo Priscila, Chávez Reyes Alida Mireya. 2009: "Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente". *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo Bogotá (Colombia)*, 11 (2): 47-76, julio-diciembre de 2009. (Consultado: 22/03/2012). <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=145220480004>.
 6. Hernández Martín, Francisca, Del Gallego Lastra Ramón, *et al.*, 1997: "La enfermería en la historia un análisis desde la perspectiva profesional". *Revista Cultura de los cuidados*. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, España. [en línea] 2o Semestre Año I N° 2 Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/18/35>.
 7. Lee, T. T. & Chang, P. C. 2004: "Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan". *Journal of Clinical Nursing*, pp. 13, 33–40. [Fecha de consulta: 22 de marzo de 2012] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.00818.x/full>
 8. López M MG, Rus M C, Martínez Q MM, Cortez Q GA, Delgado M M. 2007: "Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardíaca". *Revista Enfermería en Andújar, Jaén España*. 2007; N° 41 / 2. o cuatrimestre 2007. (Consulta: 26/05/2012).
 9. Lorenzano, César; Lorenzano Pablo. 1996: "En memoria de Thomas Kuhn", en *Redes*, No. 7. Septiembre de 1996. Universidad Nacional de Quilmes. pp. 117-138. [Fecha de consulta: 25 de junio de 2013]. Disponible en: www.clorenzano.com.ar/epistemologia/keconomicas.pdf.

10. Lucia Noreña, Ana, Noemí Alcaraz Moreno, et al, 2012: "Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa". Revista Chía, Colombia. Vol. 12, No 3, Año 12, 263-273 pp.
11. Machado, María Elena, 1991: "Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque". Educ Med Salud, Vol. 25, No. 1. Documento fotocopiado.
12. Müller-Staub, M., Lavin, *et al.*, 2006: "Nursing diagnoses, interventions and outcomes application and impact on nursing practice: systematic review". Journal of Advanced Nursing, 56: 514–531. Article first published online: 31 OCT 2006. (Fecha de consulta: 30 de Abril de 2012) disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.13652648.2006.04012.x?r3_referer=wol.
13. Muñoz de Rodríguez, Lucy. 2012: "Teorías de cuidado de la disciplina de enfermería". Aquichan, vol. 12, núm. 3, diciembre, pp. 211-212 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia. [Fecha de consulta: 26 de abril de 2013] disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948001>.
14. Pérez-Rodríguez Ma. Teresa, Sánchez-Piña Sofía, Franco-Orozco Magdalena, Ibarra Angélica. 2006: "Aplicación del Proceso de Enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal". Revista Enfermería IMSS Vol. 14 (1): 47-50 [fecha de consulta: 14 de mayo de 2012]. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=223:aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-en-la-practica-hospitalaria-y-comunitaria-en-instituciones-del-distrito-federal&Itemid=86
15. Pinto Afanador, Natividad, 2002: "El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería". Revista Avances en Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Vol. 20, No. 1: 43-51 [Fecha de consulta: 15 de agosto de 2013]. Disponible: www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312
16. Ponce Gómez, Gandhi, Rivas Espinosa, Juan Gabriel, *et al.*, 2008: "Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación". Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro

Social 2008; 16(1): 3-6. [Fecha de consulta: 13 de Mayo de 2012] Disponible en:http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=144:nivel-de-conocimientos-acerca-del-proceso-enfermero-y-la-percepcion-de-autoeficacia-para-su-aplicacion&catid=104:ano-2008volumen-16&Itemid=80

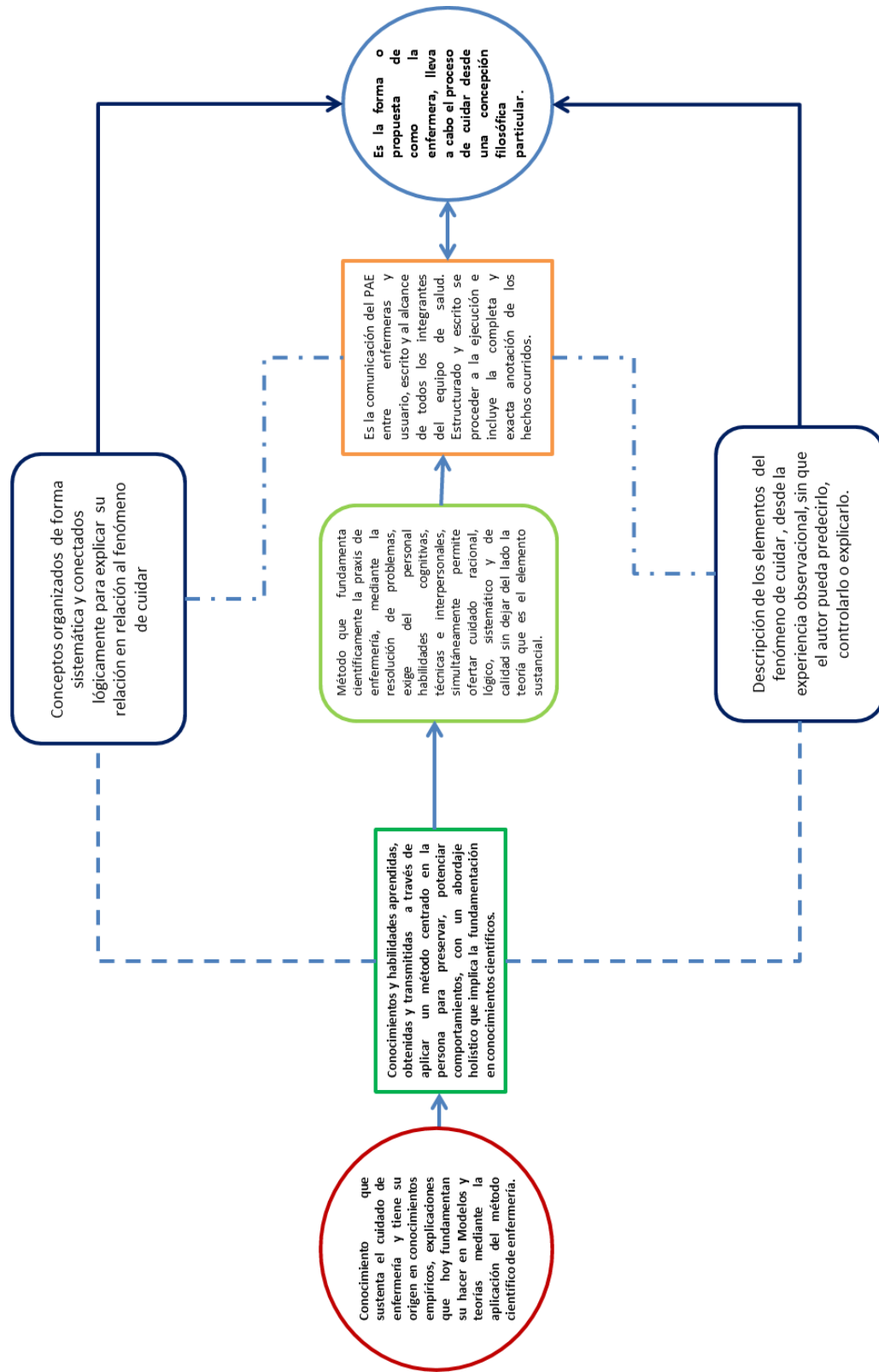
17. Reina G. Nadia Carolina. 2010: "El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado". Umbral Científico 2010, núm. 1, diciembre, 2010,18-23, Universidad de Manuela Beltrán, Colombia. [Fecha de consulta: 14 de mayo de 2013] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>> ISSN 1692-3375.
18. Rojas Valenciano, Ligia. 2006, "El enfoque constructivista en el curriculum de enfermería: motivación, dificultades y demandas que enfrenta el o la docente". Enfermería Actual en Costa Rica [en línea] 2006, 5 (octubre-marzo) : [Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2013] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44800901>> ISSN

OTRAS

1. Puntel de Almeida, Ma. Cecilia, 2004, "El cuidado como objeto de estudio y los nuevos paradigmas emergentes en enfermería". Documento fotocopiado, Brasil, 10 pp.

ANEXOS

Anexo No. 1 Definición de núcleos temáticos.



Fuente: Elaboración propia 2012.

ANEXO No. 2

Por medio del presente envié cordiales saludos y a su vez solicito de su valioso apoyo y colaboración con el estudio que me encuentro realizando como parte de mi trabajo de Tesis para obtener el grado de maestría y en el cual solicito de su valiosa colaboración, aporte de conocimiento y experiencia toda vez que Ud. es líder de enfermería con información, experiencia y conocimiento importante para aportar a este estudio le invito participar con su aporte, bajo la siguiente modalidad que solo requiere de nuestra comunicación por vía electrónica en tres ocasiones.

Por medio de la presente le envío saludos, y le informo y solicito su apoyo ya que con motivo de encontrarme realizando la Maestría en Enfermería con opción terminal en Oncología en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. Estoy realizando el trabajo de Tesis **titulado *EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO FORTALEZA DEL CUERPO DE CONOCIMIENTOS DE LA PROFESIÓN: SITUACIÓN QUE GUARDA SU APLICACIÓN EN MÉXICO.*** En el cual se tienen como *objetivos generales:* 1) Describir la forma en que se está aplicando el proceso de enfermería por las enfermeras mexicanas, y cómo contribuyen a fortalecer el cuerpo de conocimientos de enfermería. 2) Describir y argumentar la forma en que la enfermera documenta el PE en sus registros de enfermería.

Po lo cual estimada (o) colega le invito a participar en la aportación de su gran conocimiento, de la Ciencia de la Enfermería, para la construcción de los conceptos que mencionan a continuación. La recolección de esta información la estamos llevando a cabo utilizando es un método de investigación sociológica denominado Técnica Delphi.

El interés de contar con su aporte es el de considerar que Usted es una experta(o), líder y agente transformador de la enfermería.(o). Agradezco de antemano su valiosa colaboración.

Los conceptos sobre los cuales buscamos su aporte son:

- 1. Concepto de cuidado profesional de enfermería y Cuerpo de saberes de enfermería.**
- 2. La relación del Proceso de enfermería con el cuidado profesional.**
- 3. Como está aplicando el Proceso de Enfermería en la Institución en la que labora y si es el caso como lo está documentando**

Sus respuestas se solicitan sean contestadas al correo: hegufu@hotmail.com

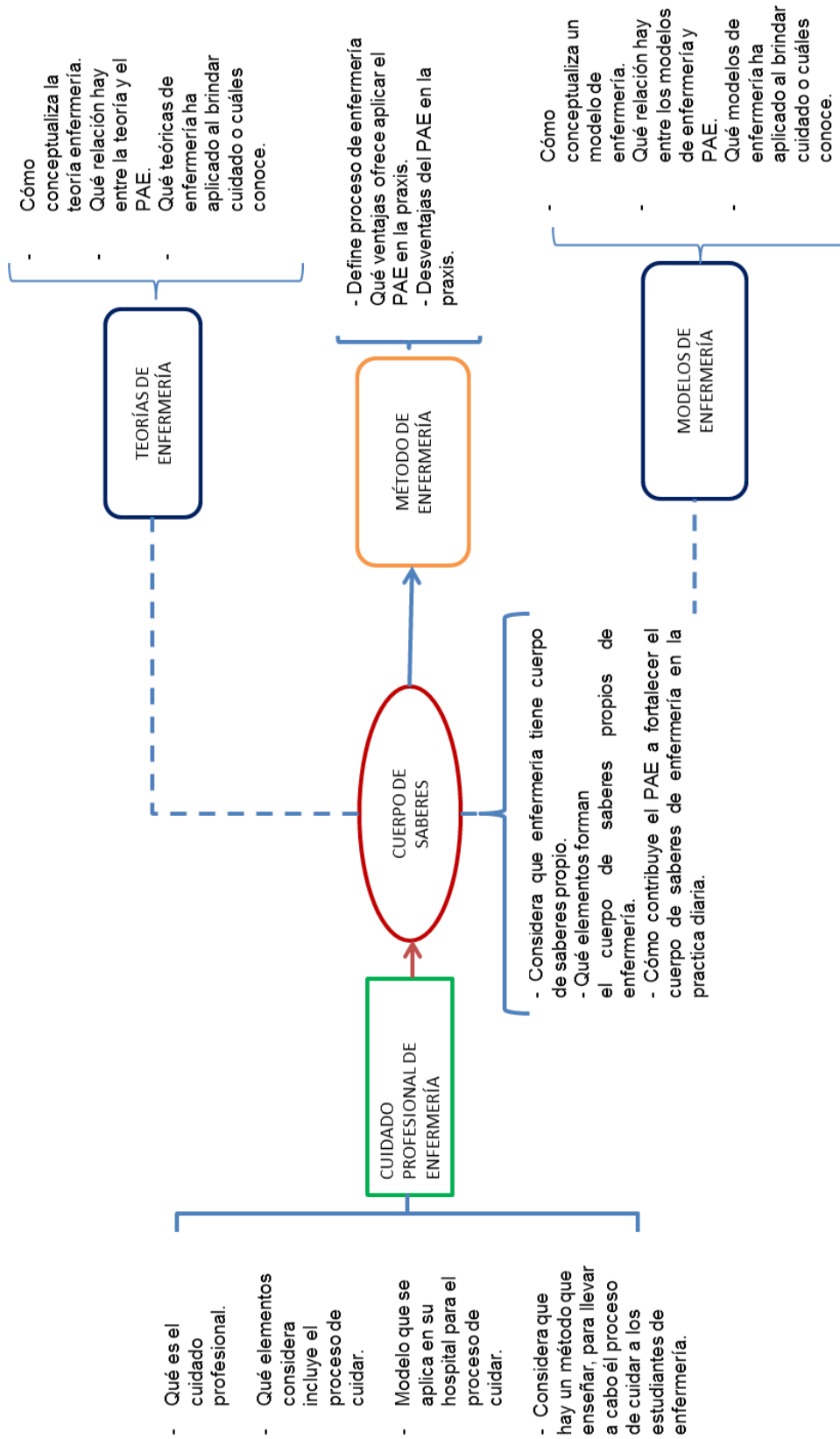
Gracias por su apoyo

Lic. Enf. Edith Fuentes Estrada

Alumna de la Maestría en Enfermería Oncológica. .

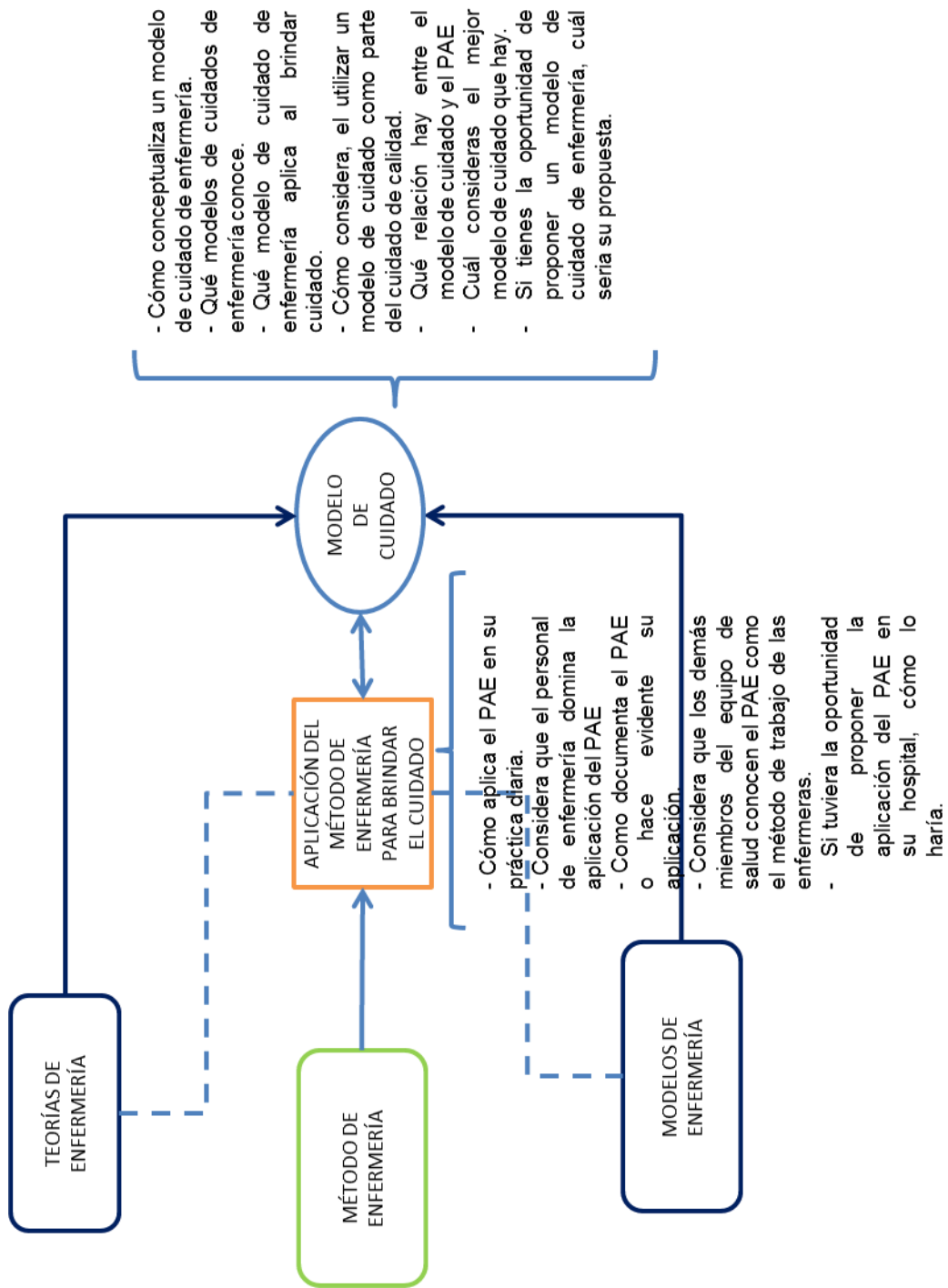
Facultad de Enfermería. UAEM.

Anexo No. 3 Categorías de investigación por núcleos temáticos.



Fuente: Elaboración propia, 2012.

Anexo No. 4 Categorías de investigación por núcleos temáticos.



Fuente: Elaboración propia, 2012.

Anexo No.5 Listado de enfermeras entrevistadas.

No. de entrevistada	Trayectoria grado académico	Edad	Años de experiencia laboral	Institución laboral	Puesto desempeñado	Función desempeñada y área de trabajo	Publicaciones
1	Licenciada en Enfermería Postécnico en enfermería quirúrgica	40 años	20 años	INCAN	Jefe del Departamento de Educación del personal de enfermería y paramédico	Coordinación de actividades administrativas, docencia e investigación.	No refirió publicaciones
2	Maestría en Administración de organizaciones de Salud Licenciada en Enfermería	45 años	25 años	INCICH	Coordinadora de Calidad del Cuidado INCICH	Coordinación de actividades administrativas, docencia e investigación.	Diversos artículos relacionados sobre cuidado, proceso de enfermería y enfermería cardiológica, Autora del libro de Guías de práctica clínica cardiovascular para enfermería y coautora de libro Indicadores de calidad para enfermería
3	Maestría en Administración de organizaciones de Salud Licenciada en Enfermería	37 años	20 años	INCICH	Directora de Enfermería del INCICH -Editora y Jefe de la Revista Mexicana de Cardiología	Coordinación de actividades administrativas, docencia e investigación.	15 artículos de revisión y editoriales para revistas sobre cuidado, proceso de enfermería y enfermería cardiológica, Autora del libro de Guías de práctica clínica cardiovascular para enfermería y coautora de libro Indicadores de calidad para enfermería

Fuente: Entrevistas aplicadas, 2013.

4	Maestría en Administración de organizaciones de Salud Licenciatura en Enfermería Postécnico en pediatría Postécnico en rehabilitación Diplomado en Terapia enterostomal en Colombia Estudios de Administración en Hospital Humana de San Antonio Texas, USA	57 años	44 años	Hospital Ángeles Pedregal.	Directora de Enfermería del Grupo Angeles	Coordinación de actividades de administrativas, docencia e investigación.	Diversos artículos relacionados sobre cuidado, proceso de enfermería y enfermería y calidad, Indicadores de calidad para enfermería, seguridad del paciente entre otros Diversos artículos relacionados sobre cuidado, proceso de enfermería y enfermería y calidad, Indicadores
5	Maestría en Licenciatura en Enfermería	45 años	24 años	Dirección de Educación y Calidad de la Secretaría de Salud	Coordinadora Normativa de Enfermería.	Coordinación de actividades de administrativas, docencia e investigación.	Diversos artículos relacionados sobre cuidado, proceso de enfermería y enfermería y calidad, Indicadores
6	Maestría en Salud Pública	52 años	27 años	Facultad de Enfermería UAEM	Docente de Tiempo Completo	Coordinación de actividades de administrativas, docencia e investigación.	Diversos artículos relacionados sobre cuidado, proceso de enfermería y enfermería .
7	Maestría en Administración de Sistemas de Salud Licenciatura en Enfermería	39 años	15 años	Centro Médico Arturo Montiel Rojas del ISSEMyM	Coordinadora de Enseñanza e Investigación de Enfermería	Coordinación de actividades de administrativas, docencia e investigación.	No refirio publicaciones
8	Maestría en Administración de Sistemas de Salud Licenciatura en Enfermería	38 años	16 años	Hospital Materno Infantil del ISSEMyM	Coordinadora de Enseñanza e Investigación de Enfermería	Coordinación de actividades de administrativas, docencia e investigación.	No refirio publicaciones

9	Maestría en Enfermería con Énfasis en Docencia	35 años	12 años	Centro Médico Arturo Montiel Rojas del ISSEMyM	Enfermera operativa de la Unidad de Cuidados Inttensivos, Docente de Supervisora de enfermería, Docente de asignatura de la Facultad de Enfermería Universidad de	Funciones técnicas y de docencia	No refirio publicaciones
10	Especialista Postécnica	45 años	25 años	Facultad de Enfermería Universidad de Guadalajara, Hospital Civil de Guadalajara	Supervisora de enfermería, Docente de asignatura de la Facultad de Enfermería Universidad de	Funciones de docencia, administrativas, investigación y técnicas	No refirio publicaciones
11	Postécnico en Enfermería Quirúrgica Postécnico en Cuidados Intensivos Enfermera Perfusionista	58 años	40 años	Facultad de enfermería Universidad de Guadalajara Jubilada del Centro Médico de Occidente del IMSS	Docente de Tiempo completo de la Facultad de Enfermería Universidad de Guadalajara	Funciones de docencia, administrativas, investigación y técnicas	No refirio publicaciones
12	Postécnico en Enfermería	55 años	37 años	Facultad de Enfermería Universidad de Guadalajara, Jubilada del Centro Médico de Occidente del IMSS	Docente de asignatura de la Facultad de Enfermería Universidad de Guadalajara	Funciones de docencia, administrativas, investigación y técnicas	No refirio publicaciones
13	Licenciada en Enfermería	31 años	7 años	Centro Oncológico Estatal ISSEMyM Facultad de Enfermería de la UAEM Hospital General de Ixtapan de la Sal	Supervisora de Enfermería Docente de la Asignatura de la Facultad de Enfermería de la UAEM Enfermera operativa del area de pediatría	Funciones de docencia, administrativas, investigación y técnicas	No refirio publicaciones

14	Licenciada en Enfermería	30 años	6 años	Centro Oncológico Estatal ISSEMyM	Encargada del Servicio de Terapia Intensiva	Funciones administrativas, y técnicas	No refirió publicaciones
15	Enfermera General	45 años	25 años	Centro Oncológico Estatal ISSEMyM Hospital Angeles Interfomas	Enfermería operativa	Actividades técnicas y administrativas	No refirió publicaciones
16	Maestría en Ciencias de la Enfermería Licenciatura en Enfermería	38 años	13 años	Dirección de Educación y Calidad de la Secretaría de Salud. Subdirección de Hospitales Regionales de Alta Especialidad	Coordinador Normativo de Enfermería	Funciones de docencia, administrativas, investigación.	No refirió publicaciones
PARTICIPANTES EN TÉCNICA DELPHI							
1	Maestría en Administraciones de Salud Licenciada en Enfermería	45 años	25 años	Hospital General de México	Directora de enfermería	Funciones de docencia, administrativas, investigación,	relacionados sobre cuidado, proceso de enfermería y calidad, Indicadores de calidad para
2	Dra. en Educación. Mtra en Enfermería	55 años	40 años	UAM Xochimilco	Docente de Tiempo Completo	Funciones de docencia, administrativas, investigación,	Diversos artículos relacionados sobre cuidado, proceso de enfermería y educación entre otros
3	Lic. En enfermería y Obstetricia	35 años	10 años	Vivo Hospitales Ciudad Azteca	Coordinador de Educación y Calidad en Enfermería	Funciones de docencia, administrativas, investigación,	No refirió publicaciones

4	Maestría en Enfermería con Énfasis en Docencia Licenciada en enfermería	32 años	8 años	Centro Oncológico Estatal ISSEMyM	Enfermera operativa de Hospitalización	Funciones técnicas y administrativas,	No refirió publicaciones
---	---	---------	--------	-----------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------

ANEXO No. 6

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

1. Cómo define el cuidado profesional?
2. Qué elementos considera o conoce que incluye el proceso de cuidar?
3. Cómo define modelo/teoría de enfermería?
4. Qué relación hay entre la modelos/teoría y el proceso de enfermería?
5. Qué teóricas de enfermería ha aplicado al brindar cuidado o cuales conoce?
6. Cómo define modelo de cuidado de enfermería?
7. Qué modelos de cuidados de enfermería conoces y cual aplica al brindar cuidados profesionales de enfermería?
8. Qué relación hay entre el modelo de cuidado y el PAE?
9. Cómo define al proceso de enfermería, ventajas y desventajas en la praxis?
10. Cómo aplica y documenta el PAE en tu práctica diaria como resultado del cuidado brindado?
11. Consideras que el personal de enfermería domina la aplicación del PAE?
12. Si tuvieras la oportunidad de proponer una forma de documentar el PAE en el día a día y por turno en tu hospital como lo harías?
13. Si tienes la oportunidad de proponer un modelo de cuidado de enfermería. ¿Cuál sería tu propuesta?
14. Cómo define el cuerpo de saberes propio de la profesión?
15. Cómo considera que el PAE contribuye a fortalecer el cuerpo de saberes propio de enfermería?
16. Qué opina de los PLACES propuestos por la Comisión Permanente de Enfermería a nivel Nacional?

Anexo No. 7

CONSENTIMIENTO LIBRE INFORMADO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Usted está siendo invitada a participar en el estudio de investigación titulado: ***El proceso de enfermería como fortaleza del cuerpo de conocimientos de la profesión: situación que guarda su aplicación en México*** que tiene como objetivos *generales*: 1) Describir la forma en que se está aplicando el proceso de enfermería por las enfermeras mexicanas, y cómo contribuyen a fortalecer el cuerpo de conocimientos de enfermería. 2) Describir y argumentar la forma en que la enfermera documenta el PE en sus registros de enfermería. Los beneficios para la profesión es aportar elementos de análisis en relación a la aplicación del Proceso de Enfermería y los requisitos desde la epistemología de enfermería en relación al cuerpo de conocimientos.

Si Usted accede a participar en el estudio, se le solicitará su involucración, participando en una entrevista, la cual será grabada con fines de la misma investigación. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable, en caso no aceptar la invitación.

La información obtenida en este estudio será mantenida en absoluta confidencialidad por la investigadora, no tiene riesgo su participación, la publicación de datos se realizará sin nombre.

Usted recibirá una copia de este consentimiento informado, que cuenta con teléfono, e mail y dirección del investigador pudiendo aclarar las dudas sobre su participación en el proyecto y su participación, ahora y en cualquier momento.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo participar en este estudio de investigación. Recibí copia firmada y fechada de este consentimiento.

Fecha: _____

Lic. Enf. Edith Fuentes Estrada

hegufu@hotmail.com

Telefono:0447224281884