

**CONSTRUCCIÓN TEÓRICA
PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA BASADA EN LA
FILOSOFÍA DEL CUIDADO HUMANO**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA**



ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO

**CONSTRUCCIÓN TEÓRICA PARA LA PRÁCTICA DE
ENFERMERÍA BASADA EN LA FILOSOFÍA DEL CUIDADO HUMANO**

**AUTORA: MORENO YRAIDA
TUTORA: DRA. YOLANDA RODRIGUEZ**

VALENCIA OCTUBRE DE 2013



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA**



ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO

**CONSTRUCCIÓN TEÓRICA PARA LA PRÁCTICA DE
ENFERMERÍA BASADA EN LA FILOSOFÍA DEL CUIDADO HUMANO**

AUTORA: MORENO YRAIDA

TUTORA: DRA. YOLANDA RODRIGUEZ

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para optar al título de: Doctora en Enfermería, en el área de Concentración Salud y Cuidado Humano

VALENCIA, OCTUBRE DE 2013

Contenido

DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I.....	14
VIVENCIANDO EL PROBLEMA	14
1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	14
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	29
2.1.- <i>General:</i>	29
2.2.- <i>Específicos:</i>	29
3.- <i>Justificación</i>	30
CAPITULO II	
MARCO TEORICO REFERENCIAL	34
1.- ANTECEDENTES	33
2.- CONTEXTO TEÓRICO	48
3.-MARCO FILOSÓFICO.....	63
4.-MARCO LEGAL:	77
CAPÍTULO III.....	80
MATRÍZ EPISTÉMICA.	81
1.- <i>Paradigma:</i>	81
2.- <i>Enfoque:</i>	82
3.- <i>Teoría fundamentada</i>	83
CAPÍTULO IV	92
ORGANIZACIÓN E INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS	
APLICANDO EL MÉTODO: TEORÍA FUNDAMENTADA.	93
<i>Factores que influyen en el uso de las teorías de Enfermería en la práctica.....</i>	<i>116</i>
<i>Práctica de enfermería desde la perspectiva de las informantes:</i>	<i>147</i>
<i>Percepción de un grupo de enfermeras sobre cuidado Humano y su aplicación en la práctica de enfermería.</i>	<i>203</i>
<i>Conceptos paradigmáticos según la percepción de las enfermeras:</i>	<i>246</i>
CAPITULO V.....	267
CONSTRUCCIÓN TEÓRICA PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA	
BASADA EN EL CUIDADO HUMANO	267
REFLEXIONES FINALES.....	313

RECOMENDACIONES.....	315
BIBLIOGRAFÍA.....	317
ANEXO.- 1.....	322
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	322

DEDICATORIA

A mis dos bellas abuelas, María Romelia Moreno y Leonza Trejo mi gran ejemplo de Amor, fe y fortaleza. Quienes por circunstancias de la vida me permitieron vivir el cuidado humano desde mi propia experiencia en el transcurso de la vida y en su lecho de enfermedad. Aplicando los conocimientos de mi querida profesión de enfermería, evidenciando los valores del Amor, respeto, compromiso, disposición y responsabilidad que el cuidado humano implica.

Yraida Mercedes Moreno Trejo

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su infinita grandeza, por acompañarme en cada reto, por llenar de Salud, bendiciones, Amor y alegrías mi vida y ponerme en el camino de la noble profesión de enfermería, para mi satisfacción y la de otros.

A mi esfuerzo y a mis ganas de aportar un cambio para la profesión de enfermería.

A mi querida familia, mis padres por el gran amor que me demuestran en sus acciones apoyándome y acompañándome en cada reto. Mis hermanos Antonio, Yraima, Yreidys, Gustavo, Douglas, Fernando por creer en mí y apoyarme en esta nueva etapa de mi vida profesional y personal. A mis sobrinos por ser mi alegría, para quienes quiero ser siempre un ejemplo de vida. Especialmente a mi querida Rosdeilys por acompañarme y apoyarme siempre. Y a cada uno de mis familiares que estoy segura estarán felices y orgullosos de verme culminando esta meta,

A la Dra. Yolanda Rodríguez, mi tutora, amiga y persona que se ha ganado mi admiración gracias por su valiosa contribución en este estudio, por creer en mí y siempre tener una palabra motivadora para la culminación de este estudio.

A mis estimadas colegas, informante de esta investigación por su valioso aporte, y por cada palabra de aliento por la idea que plantea un cambio para nuestra querida profesión.

A cada persona enferma que me da la oportunidad de cuidarla porque son la razón de mi profesión y mi inspiración para esta construcción.

A las amigas, amigos y compañeros del programa especialmente a Marianela Mejías, Yeisy Guarate, Nancy Pineda y Carlos Peña porque un día nos planteamos un reto juntos y transcurrimos un camino de crecimiento personal y profesional que estuvo lleno de valores como el Amor, el respeto, el compromiso, comprensión, la amistad y la solidaridad apoyándonos, para hoy ver la culminación de esta meta unidos.

A los Profesores con quien tuvimos la oportunidad de compartir la experiencia de aprendizaje. Especialmente Amarilis Guerra, Nelly Arenas, Cira Bracho, Alacoque Lorenzini, Magda Cejas y Victor Martín Fiorino, Jesús Leal y a nuestra querida e inolvidable Rosa González

A todos Mil Gracias

Yraida Mercedes Moreno Trejo



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA**



ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO

**CONSTRUCCIÓN TEÓRICA PARA LA PRÁCTICA DE
ENFERMERÍA BASADA EN LA FILOSOFÍA DEL CUIDADO HUMANO**

Autora: Yraida Moreno.

Tutora: Dra. Yolanda Rodríguez

Valencia, Octubre de 2013

RESUMEN

El cuidado ha sido la esencia de las actividades de las personas que se dedicaron a la enfermería, cuya función está dirigida al mantenimiento y preservación de la vida, permitiéndonos ver al hombre como un ser Holístico, que requiere cuidados integrales a partir de sus propias necesidades. Con la profesionalización de la disciplina se han incorporado el proceso de cuidar como herramienta de trabajo y las teorías de enfermería como guía de práctica. Sin embargo la práctica no refleja los avances epistemológicos de la disciplina. Por tal razón se formula la presente investigación con el objetivo de generar desde las perspectivas de los profesionales de enfermería una construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano. Está adscrita a la línea de investigación Promoción del cuidado humano en la experiencia de la salud y calidad de vida, del Doctorado en Enfermería. Se utilizó el paradigma cualitativo, bajo el enfoque complejo-dialógico. Se aplicó la entrevista a profundidad a un grupo de cuatro enfermeras que se desempeñan en las dos principales instituciones de salud de carácter público en el estado Carabobo, con estudios de postgrado y experiencia docente. Para la organización e interpretación de los datos se utilizó el método de la Teoría Fundamentada. De la interpretación de los datos, emerge una estructura teórica que refleja una interconexión entre las perspectivas de la práctica, la identificación de factores que influyen en el uso de teorías de enfermería y el reconocimiento de elementos que constituyen la filosofía del cuidado humano.

Palabras Claves: Práctica de enfermería, Teorías de Enfermería, Cuidado Humano.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA**



ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO

**THEORETICAL CONSTRUCTION FOR NURSING PRACTICE
BASED HUMAN CARE PHILOSOPHY**

Author: Yraida Moreno.
Tutor: Dr. Yolanda Rodríguez

Valencia, October de 2013

ABSTRACT

The care has been the essence of the activities of people who has dedicated to nursing, whose function is directed to maintenance and preservation of life, allowing us to see the man as be holistic, that require integrals cares from his own needs. With professionalization of discipline, it has been included the process of care as tool of work and theories of nursing as practice guide. However the practice doesn't reflect epistemological advances of discipline. Accordingly it's formulated such investigation with the object of generate nursing professional's perspectives a theory construction for nursing practice based in human care philosophy. It is attached to the promotion investigation line of human care in the health experience and life quality of the nursing doctorate. It was used the qualitative paradigm, under complex-dialogic view, it was apply the deep interview to a group of four nurses who work in the two principal institutions of health under public character in Carabobo estate with collegiate studies and teaching experience. For the organization and interpretation of data was used the method of grounded theory in the interpretation of data, arises a theory structure which reflect an interconnection among practice perspective, the identification of factors that influence in the use of the theories nursing and the recognition of elements that are the human care philosophy.

Words key: Nursing practice, nursing theory, human care.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó mediante un análisis de la perspectiva de un grupo de enfermeras sobre la práctica actual de enfermería en los principales centros públicos asistenciales de salud de Valencia. Con el fin de generar una construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía de cuidado humano que permita mejorar la calidad del cuidado.

A partir del propósito de este estudio, surge un análisis de tres grandes áreas como son: la práctica actual de enfermería desde la perspectiva del grupo de enfermeras informantes, el uso de las teorías de enfermería como elemento guía de la práctica y el cuidado como actividad fundamental del ejercicio de enfermería.

La práctica de enfermería ha sido desarrollada mediante una evolución histórica que no ha sido favorable, en la cual ha influido el género femenino, la evolución de su formación, la condición histórica que surge a partir de la definición o significado inicial de enfermería como “la atención de los enfermos en hospitales y ayuda a los médicos”, ha determinado las actitudes sociales hacia la profesión y un desempeño caracterizado por un trabajo funcional y rutinario fundamentado más en su carácter técnico que en el profesionalismo.

El uso de las teorías de enfermería influido por factores determinantes para su aplicabilidad en la práctica en el cual no se ha valorado el interés de personas que han dedicado su experiencia y su formación en el desarrollo de un marco teórico que permite darle carácter científico y de profesionalismo al desempeño del profesional de enfermería

El cuidado es considerado como el requerimiento de las cosas, los objetos, ideas, y plantas para su preservación y mantenimiento. El cuidado humano se concibe como una relación entre humanos y tiene su origen en las necesidades vitales que

desde el inicio de la vida han requerido las personas para su mantenimiento y preservación de la especie.

(Colliéri, 1999), al respecto señala que “los hombres como todos los seres vivos han tenido siempre necesidad de cuidado” y define el acto de cuidar como “un acto de vida que tiene por objetivo permitir que la vida continúe y se desarrolle y de este modo luchar contra la muerte del individuo, del grupo o de la especie”. (p.5)

El cuidado humano en el contexto de la enfermería se concibe como una filosofía que implica un conjunto de actividades que comprenden la determinación de los requerimientos de ayuda del ser humano y el cuidar como la acción que ejerce el profesional de enfermería en una relación de interacción humana que permite mantener la salud y preservar la vida. La acción de cuidar implica la determinación de la funcionalidad del hombre mediante satisfacción de necesidades físicas de alimentación, protección, vestido, vivienda, así como las necesidades sociales, psicológicas y espirituales.

El cuidar como función o eje central de la enfermería y lo que implica como una necesidad para el mantenimiento de la vida, no recibió la atención que merecía, en una sociedad donde la actividad médica se consideró tal vez más científica por su desarrollo tecnológico, por lo que se origina un poder médico y una enfermería dependiente y con actividades técnicas dirigidas a procedimientos básicos.

Otro aspecto que ha sido mencionado es la condición de género en la cual se desarrolla la enfermería, donde algunas actividades se concibieron como cosas de hombres y cosas de mujeres y mientras el hombre se encargaba de la caza, las mujeres de las plantaciones y maduración de los vegetales, lo que garantizaba la alimentación y permitía la supervivencia de la especie. Sin embargo (Colliéri, 1999) atribuye al género de la mujer por su capacidad de fecundidad y del niño que traen al

mundo, la base de los cuidados desarrollados por las mujeres como “cuidados corporales y alimentarios”. Por otra parte se reseña la actividad de cuidar por el hombre en la que se exigía fuerza física como “desplazamiento de articulaciones, reducción de fracturas, dominio físico de los agitados y personas en estado delirante, de locura o de embriaguez constituyéndose así los cuerpos de enfermeros vinculados al ejército” (p.14)

Otro elemento influyente en el desarrollo de la enfermería es la evolución lenta de la formación, que surge del interés en la profesionalización de las enfermeras en el cual Florencia Nightingale como pionera, marcó la diferencia en las características de las personas que se desempeñaban como enfermeras. (García Martín-Caro & Martínez Martín, 2001) mencionan que las escuelas trataban de “hacer comprender a la sociedad que las enfermeras eran personas de ética, moralidad y preparación digna” (p.139). Pasando a ser la enfermería una actividad desempeñada por personas con conocimiento. Situación que se fortalece cuando a partir de la segunda mitad del siglo XX, las teorizantes de enfermería comenzaron a desarrollar teorías y modelos dirigidos a fortalecer la práctica. Por otra parte a través de la profesionalización de la enfermería a nivel Universitario se han incorporado tales teorías a la enseñanza, pero aún se espera por observar en nuestra realidad la integración de las teorías y modelos a la práctica y de alguna manera hacer investigaciones que evalúen su aplicabilidad. Lo que nos permitirá el tan esperado impacto de la profesionalización de la enfermería.

A pesar de todos estos esfuerzos la enfermería ha venido desarrollando su práctica basada en el modelo medicalizado, biologicista, dirigiendo el cuidado hacia la enfermedad y concibiendo al hombre a partir de un órgano enfermo y el control de su salud depende de especialidades según su alteración orgánica; cuando en realidad se requiere que en el contexto del cuidado de enfermería, se vea al ser humano como un ser Holístico, que requiere cuidados integrales a partir de sus propias

necesidades. Lo que hace necesario identificar la realidad de la práctica de enfermería y proponer nuevas estrategias de cuidado basadas en el Cuidado Humano.

Tal como ha sido planteado el propósito del estudio, es realizar una construcción teórica para la práctica de enfermería, basada en la filosofía de cuidado humano, lo que conlleva a plantear esta investigación bajo el enfoque empírico-analítico y complejo-dialógica. En el cual se pretende Indagar sobre las perspectivas, de las enfermeras en la práctica. Y mediante la implementación del método de la Teoría Fundamentada; la cual según (Leal, 2005) “tiende a dar una interpretación sobre un tópico relevante de amplio nivel conceptual”. (p.110)

Está adscrito en la línea de investigación Promoción del cuidado humano en la experiencia de la salud y calidad de vida, línea perteneciente al Doctorado en Enfermería, Área de concentración Salud y Cuidado Humano.

Este informe se ha estructurado en capítulos. El capítulo I, lo constituye contextualización de la situación problemática, los Objetivos de la investigación y la Justificación del estudio. El capítulo II, se desarrolla el marco teórico vinculado al fenómeno en estudio, los antecedentes de investigación, el marco filosófico y el marco legal. en el capítulo III, se desarrolla la dimensión metodológica del estudio, describiendo el paradigma, el enfoque, el método de análisis e interpretación de los resultados para el cual se seleccionó la teoría fundamentada en los datos y sus conceptos básicos como son las interrogantes, el muestreo teórico, el método de recolección de datos, el análisis comparativo de los datos, el rigor metodológico, los aspectos éticos y la sensibilidad teórica. El capítulo IV en el cual se presenta la organización e interpretación de los datos aplicando el método: teoría fundamentada. En el capítulo V la construcción teórica para la práctica de enfermería basada en el cuidado humano y finalmente las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

VIVENCIANDO EL PROBLEMA

En Este capítulo se presenta la descripción del problema a investigar, la formulación de objetivo general, los objetivos específicos y la justificación de la investigación que se pretende realizar.

1. Contextualización de la situación problemática.

Para una mayor comprensión de la situación problemática partiré del significado de la palabra enfermería, la cual describía el lugar donde se ubicaba a los enfermos y a los heridos, derivado del adjetivo enfermo que proviene de la palabra latina firmus (firme, en pie), infirmus (enfermo) utilizada para calificar al cuerpo humano que tambalea o es derribado y que por esta condición requerían de las personas que se dedicaban al cuidado de los enfermos. Por otra parte en la lengua inglesa se denomina mediante el término Nursing que proviene del verbo Nurse el cual es usado para designar las acciones encaminadas a propiciar el desarrollo de la vida en sus primeras etapas y a la misma acción de amamantar. Es tal que la palabra Nurse tiene el significado de toda persona que cuida niños, ancianos, heridos y enfermos. En este sentido la palabra Nurse nos remite a las actividades dirigidas a la conservación de la vida en todas sus manifestaciones, el mantenimiento, la restauración de la salud y el desarrollo de la vida más que el cuidado de los enfermos en los hospitales y ayuda a los médicos como ha sido entendida la traducción de enfermería.

El análisis semántico ayuda a comprender las actitudes sociales hacia la profesión de enfermería. Si pensamos en enfermería por su significado de sitio de reclusión de enfermos, la práctica de enfermería estará dirigida solo hacia la atención de los enfermos y como ayudantes del médico, basada además en la axiología cristiana de la caridad que hace perder el sentido de profesionalismo o fundamento teórico que se inició con Florencia Nightingale, quien en sus “Notes on Nursing (1859)” define a la profesión como el “arte de mantener el estado de salud mediante la prevención de la enfermedad o la recuperación del estado original” además de señalar que los problemas básicos de los niños y los enfermos no radicaban en la atención a las enfermedades sino que por el contrario enfocó tal profesionalismo en las actividades de cuidar que debían estar dirigidas a proporcionar comodidad y satisfacción de necesidades básicas de las personas que requieren de ayuda.

(Boff, 2002) plantea varias definiciones de cuidado según su significado etimológico. El término “cuidado” deriva del latino cura. “En su forma más antigua, cura en latín se escribía coera, y era utilizada en un contexto de relaciones de amor y de amistad” (p.72). Según este autor expresaba actitud de cuidado, de desvelo, de inquietud y de preocupación por la persona amada o por un objeto con valor sentimental. Otro término mencionado por este autor deriva de cogitare-cogitatus es el mismo que el de cura: “cogitar, pensar, poner atención, mostrar interés, manifestar una actitud de desvelo y de preocupación por la persona amada o por un objeto de valor sentimental”. Surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para el otro traduciéndose esta importancia en dedicación, disposición para la ayuda en sus necesidades, en su sufrimiento, en sus éxitos y en su vida. Para este autor, cuidado significa “desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, delicadeza es una actitud fundamental de un “modo-de-ser” mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud”. (p.73). Por tanto la actitud de cuidado puede provocar “preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad. Al respecto cita a Heidegger quien expresó que: “En cuanto a la totalidad estructural original, el

cuidado es siempre existencialmente a priori de toda posición y conducta fáctica del “ser ahí” (p.30). Es decir que se haya siempre ya en cada persona, en la raíz del ser humano en su conducta, que el cuidado es parte de la naturaleza humana, se encuentra en su origen, en el principio del ser. Significa que el cuidado “es un modo de ser esencial” se encuentra en la esencia del ser humano. El cuidado es considerado “más que un acto una actitud de ocupación, preocupación, responsabilización y de compromiso efectivo con el otro” (p.29)

Es así como los cuidados son inherentes a todas las especies, resultan fundamentales para la vida y para la conservación del entorno. Desde la prehistoria se han observado actividades de cuidado que se han transformado en el tiempo en una filosofía que le otorga identidad profesional a la disciplina de enfermería convirtiéndose en el objeto fundamental de la práctica, tal como lo reseña la historia. El surgimiento de la profesión de enfermería se basó en las conductas humanas, fundamentadas en el enfoque del rol de la mujer y su conducta instintiva de cuidar.

Si consideramos que la profesión de enfermería surge a partir de la necesidad de cuidado que ha requerido el ser humano desde el inicio de su existencia o desde el inicio de la vida, se puede afirmar que el cuidado se constituye en el objeto de estudio y la esencia de la enfermería y se genera una mayor comprensión en cuanto a la esencia de la profesión de enfermería en una función más amplia como es el acto de cuidar.

En este sentido (Colliéri, 1999) define la acción de cuidar como “un acto que permite la continuidad de la vida y su desarrollo, y de ese modo se lucha contra la muerte del individuo, grupo o especie” (p.5). En este sentido si se considera el acto de cuidar como una actividad propia de la profesión se podrá transformar los escenarios de práctica y demostrar su contribución para lograr el mantenimiento de la salud, y la vida de las personas en una lucha continua contra la muerte y la preservación de la existencia.

Por otra parte es importante resaltar la evolución del cuidado planteada por (García Martín-Caro & Martínez Martín, 2001) quienes describen cuatro etapas en la historia del cuidado: “1.- la etapa doméstica, 2.- la etapa vocacional, 3.- la etapa técnica y 4.- la etapa profesional”. Describiendo cada etapa como se menciona a continuación. (pp. 13-189)

1. La etapa doméstica se inicia con el concepto de ayuda que ha estado presente desde el inicio de la civilización, caracterizado por las “actividades desarrolladas por la mujer dirigidas al mantenimiento de la vida, frente a las condiciones del medio, tales como la higiene, la adecuada alimentación, el vestido, en general todas esas actividades que hacen la vida del hombre más agradable y que posteriormente se les ha llamado cuidados básicos”

En esta etapa se consideran las condiciones innatas del ser humano, lo que Sócrates, Platón y Aristóteles en el período clásico del pensamiento griego analizaron como la naturaleza humana del hombre, viéndose el cuidado como una necesidad o problema humano y considerándose los problemas humanos los que nos afectan porque son propios y de lo que el hombre no se puede desentender y que por las características humanas de la condición de mujer influyeron para que se ejerciera la actividad de cuidar.

2. La etapa vocacional: esta influida por la aparición del cristianismo hasta finales de la edad moderna, en esta etapa se ve la enfermedad como una gracia o un castigo de Dios, las personas cuidadoras no requerían ningún tipo de formación más que su formación religiosa y cualidades de caridad, sumisión y obediencia. Esta etapa influyó de manera negativa en el avance científico y la educación debido a que tal como lo menciona (Kozier, B., Erb, & Kathleen, 1995), “la iglesia fomentaba el consuelo y el cuidado de los enfermos pero no permitía el avance de la cura y la prevención de la enfermedad debido a los conflictos entre la iglesia y el pensamiento científico”. (pp. 21-22)

La doctrina filosófica del cristianismo tal como lo plantea (Chavez Calderón, 2004). “En el campo de la moral los imperativos fundamentales son el amor a Dios y el amor al prójimo. La conducta humana es buena cuando en su relación con Dios o con el hombre el móvil es el amor”.

3. La etapa técnica: Se produjo lentamente desde el renacimiento hasta el siglo XIX, con el renacimiento se inicia lo que también se llamó Humanismo que implicó revaloración del hombre que busca acercarse al paradigma de la cultura. Se inicia con el desarrollo científico y tecnológico, se centra en la atención del enfermo como sujeto de una enfermedad, la clase médica se centra en la búsqueda de la causa de la enfermedad y su tratamiento, surgen el instrumental médico, se concentraron los recursos sanitarios para la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, surge la persona cuidadora como personal paramédico o auxiliar para cumplir tareas delegadas por el médico, con fines diagnóstico y curativos, tales como la medición de signos, la administración de medicamentos y las curas. Desaparece la enfermería influida por los poderes políticos y religiosos dándose inicio a la enfermería en vías de profesionalización en la que Florencia Nightingale tuvo gran influencia cambiando las características de las personas que se formaban como enfermeras por personas con ética, moralidad y preparación digna.

4. La etapa de la profesional: esta etapa se afianza a partir de 1970 del siglo XX La enfermera se incorpora como miembro del equipo multidisciplinario, ampliando su campo de actuación en el cual el cuidado del enfermo integra un conjunto de actividades dirigidas a propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación del individuo con su entorno, debido a que surge una nueva definición de salud como el equilibrio entre los individuos y su ambiente.

A partir de este nuevo concepto de salud surge la necesidad de que las enfermeras comiencen la búsqueda de su razón de ser y traten de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas, surgen las enfermeras investigadoras, que

a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión con el uso de métodos de trabajo científico y la enseñanza a nivel universitario.

Esta etapa de profesionalización se basó en las exigencias para la preparación y titulación donde el poder político es el regulador y controlador, disminuyendo la influencia religiosa y la relación enfermera - enfermo se ve influida por la tecnología que llegó para separar a la enfermera del contacto físico con las personas, traduciéndose en un alejamiento del enfermo y pérdida de la identidad con respecto al cuidado, pasando de una actitud centrada en cuidar a la persona a la de curar centrada en la enfermedad o en el órgano, actividad que se derivó de la práctica médica debido a que estos profesionales asumieron la formación de enfermeras profesionales transmitiendo su filosofía basada en tratar y curar la enfermedad según los signos y síntomas.

(Kozier, Erb, & Kathleen, 1995) menciona que “los individuos daban cuidado o curaban basándose en la experiencia y transmisión oral del conocimiento que tenían sobre la salud y la enfermedad y el rol tradicional de la mujer como esposa, madre, hija y hermana influían siempre en el cuidado” (p20). En un principio “El rol de cuidar era desempeñado por esclavas por lo tanto no tenían estatus y su trabajo no merecía documentarse”. Lo que trajo como consecuencia que las cuidadoras tenían insuficiente preparación. Estas autoras además describen como los grupos de Diaconisas que tuvieron su origen en el imperio romano durante los siglos III y IV, fueron suprimidos durante la edad media por las iglesias occidentales. Sin embargo estos grupos volvieron a aparecer ocasionalmente a lo largo de los siglos con más notoriedad en 1836 cuando Theodor Fledner restituyó la orden de las diaconisas y abrió un pequeño hospital y escuela de formación en Kaiserswerth Alemania en la cual Florencia Nightingale recibió su formación”. (pp. 22-23)

Con la orden de Diaconisas asociada a la organización religiosa, se impulsó el reconocimiento de la necesidad de los servicios de las mujeres en el cuidado de los

enfermos, de los pobres, de los niños y de los presos. La formación incluía el cuidado de los enfermos en los hospitales, instrucción en enfermería visitadora, doctrina religiosa, ética y farmacia. Extendiéndose este movimiento por los cuatro continentes. Posterior a la participación de Florencia Nightingale en la guerra de Crimea, cuando volvió a Inglaterra en 1860 abrió la escuela de formación para enfermeras Nightingale, que sirvió como modelo para otras escuelas de formación, cambiando el estatus de la enfermería hacia un trabajo respetable para las mujeres marcando el inicio de la enfermería como profesión.

La evolución como profesión de enfermería pareciera haberse detenido en la etapa técnica del cuidado, en lugar de un avance hacia el profesionalismo, debido a que se esperaba que las personas dedicadas a la disciplina de enfermería desarrollaran ciertas características. (Kozier, Erb, & Kathleen, 1995) cita a Flaherty 1979 quien describe algunas de estas características de profesionalidad, “educación, un código de ética, el dominio de un arte, el ser un miembro informado implicado en la profesión organizada y la responsabilidad por las acciones” (p.4)

En cuanto al conocimiento se requiere de una preparación especial relativa con el rol que se va a desempeñar, un cuerpo de conocimientos, una técnica, una orientación del profesional hacia el servicio que se va a proporcionar. En razón de esto surgen las teorías de enfermería como una contribución en el desarrollo de una base de conocimientos para la disciplina, que se inicia a partir de las investigaciones y escritos planteados por Florence Nightingale conocida como la pionera de la etapa profesional, sin embargo desde que Florencia escribiera sus primeras notas de enfermería, transcurrió un siglo para que ocurriera el proceso de documentarse, y surgieran las enfermeras investigadoras entre las que se mencionan según lo planteado por (García Martín-Caro & Martínez Martín, 2001) Peplau (1952) quien formuló su “teoría de las relaciones interpersonales en enfermería considerando el cuidado como el centro de las relaciones interpersonales. Y Virginia Henderson (1966), quien fue la “primera en definir la función de la enfermería formulando su

modelo basado en 14 necesidades del ser humano y al mismo tiempo enfermeras docentes entre las que se destaca a Ida Orlando comenzaron a describir métodos de trabajo propios de la enfermería”. (p 161)

Con el desarrollo de las teorías a partir de las cuatro últimas décadas del siglo XX, se fortalecieron los niveles de formación de las enfermeras en la búsqueda de una definición clara de la profesión y de su razón de ser como es el cuidado; puesto que para los años 70, tal como lo menciona (Cabello, José, 2006) “se carecía de conexiones conceptuales y de sistemas teóricos sólidos” (p 93). En los años 80 se continúan incorporando más bases teóricas a los currículos profesionales y se trata de influir en el interés por el análisis y el uso de las teorías en la práctica clínica surgiendo así los paradigmas dominantes como conceptos propios de la profesión: persona, entorno, salud, cuidados enfermeros, acción o actividad de enfermería.

Con esto se inicia una evolución acelerada que persigue alcanzar un cuerpo de conocimientos propio de una disciplina académica, retomar el proceso de formación profesional, promover la responsabilidad de organizar y dirigir los servicios de enfermería, además de comprometerse con la investigación encaminadas a incrementar el cuerpo de conocimientos pasando de ser una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, a estar orientada en el cuidado basado en un marco teórico propio que utilice una metodología lógica y racional con el uso del proceso de enfermería y los diagnósticos de enfermería.

Sin embargo según lo que plantea (Marriner Tomey & Raile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, 2002), a pesar de las enfermeras que aspiraban que su trabajo se desarrollase como una profesión y como una disciplina académica “el ejercicio de la enfermería continuó reflejando más nuestra herencia vocacional que nuestros sueños profesionales” (p.5)

Por su parte en Venezuela la evolución de la formación de enfermeras surge desde niveles muy básicos que se mantienen hasta mediados del siglo XX, al respecto, (Vessuri, 2001), reseña que:

La enfermería en Venezuela se inició bajo un modelo de educación en enfermería de salud pública que la Fundación Rockefeller (FR) exportó en las décadas del treinta y cuarenta con la intención de formar una elite dentro de la enfermería, consistente en personal paramédico de nivel universitario que tuviera más que un barniz de conocimiento científico-técnico, con la finalidad de apoyar a los médicos modernos cuyo desarrollo, la FR también propugnaba. En esa época se revisó el proceso de negociación del proyecto de cooperación de la Fundación Rockefeller con el gobierno de Venezuela para el establecimiento y orientación de la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE) en Caracas y las vicisitudes de realización de dicho proyecto en un contexto muy diferente del que le sirvió de origen. (p.29)

El autor antes citado refiere que “para 1951, a pesar de los esfuerzos para elevar los requisitos educativos de admisión para la educación media... De 112 estudiantes de la escuela en 1951, sólo 29 tenían un nivel educativo superior a sexto grado”.

Es decir que la preparación de las enfermeras para la época en su mayoría no habían terminado los estudios de primaria. Un factor importante que señala este autor es que “las mujeres jóvenes de Venezuela que completaban la secundaria y continuaban con una educación profesional con frecuencia preferían medicina o farmacia. Las recompensas de prestigio y pecuniarias en esos dos campos eran más elevadas que en enfermería”. Lo que trajo como consecuencia la escasez de personal de enfermería en el país, por lo que según este autor “En 1946, el Ministro de Sanidad solicitó a la ENE que lo asistiera en el adiestramiento de enfermeras auxiliares. La escuela preparó un curso de tres meses” lo que trajo como consecuencia un aumento del número de auxiliares de enfermería con bajo nivel académico y la elevación del número de personal de enfermería con menor nivel de formación.

Otro factor mencionado por (Vessuri, 2001) que contribuyó al atraso del desarrollo teórico y científico de la profesión de enfermería en el país, es que:

“En una sociedad en rápido proceso de transformación y complejización, se abrían continuamente mejores oportunidades laborales para las mujeres con más educación. Una y otra vez los esfuerzos de la enfermería por convertirse en un poder social, en el sentido de entender el cuidado de salud no meramente como una ocupación sino como una profesión calificada, abortaron” (p. 50).

El interés por proporcionar mejor atención de salud y la idea de formar enfermeras mejor preparadas, constituyen la motivación para la creación de los estudios universitario, dicha formación inicialmente se llevaba a cabo en la escuela nacional de enfermeras (ENE) la cual fue trasladada a la nueva Ciudad Universitaria donde se promocionaba la formación del profesional de enfermería mediante programas de reclutamiento, y la publicidad indirecta que los medios y agencias de gobierno daban a la ENE, contribuyeron a aumentar el número de aspirantes; pero no el nivel educativo. “La principal respuesta continuó siendo de jóvenes con sexto grado... en 1946, se admitió a las primeras monjas que hasta entonces, habían dirigido y trabajado en sus propios hospitales, pero no eran enfermeras graduadas”. (p. 52)

A partir de la década del 60 se inician las primeras escuelas de enfermería a nivel universitario para el estudio de la licenciatura en enfermería, en el país con la creación de la Escuela de Enfermería en la Universidad de los Andes en 1964, en la Universidad del Zulia en 1968, en la Universidad de Carabobo en 1972, en la Universidad Central de Venezuela en 1992.

Mediante resolución del Ministerio de Educación número 33.300 de fecha 04-09-1985 en el cual se establece el técnico superior como nivel mínimo de formación la formación de Técnico Superior Universitario en Enfermería. Posteriormente según resolución 1.033 de fecha 09-02-1987 en la cual este ministerio resuelve llevar los

estudios de enfermería a nivel superior y se cierra el nivel de formación media, en las escuelas nacionales de enfermería a partir del período 1989-1990. Hasta la época la enfermería era ejercida en su mayoría por los técnicos medio en enfermería y los bachilleres asistenciales con mención en enfermería.

En la actualidad prácticamente ha desaparecido el auxiliar de enfermería con los programas de profesionalización dirigido a los trabajadores del área de la salud que se inician a partir del año 1985 y ya se cuenta en el país con el cuarto y quinto nivel de formación para el profesional de enfermería. Iniciándose los estudios de Doctorado en enfermería, área de concentración Salud y Cuidado Humano, aprobado por el CNU el 28 de mayo de 1999 en gaceta oficial Número 36.726 del 18 de junio de 1999.

Las referencias históricas sobre la formación en enfermería demuestran que el desarrollo ha sido lento en comparación con otros países de Latinoamérica; lo cual interfirió en el desarrollo profesional y teórico de enfermería a nivel nacional. Con el nivel universitario de enfermería se incorpora en la enseñanza los modelos y teorías incluyendo principalmente a las primeras teóricas como guías para el cuidado en las diferentes asignaturas clínicas. Además de la introducción de un método de trabajo que es el proceso de cuidados de enfermería, la investigación y la administración de los servicios de enfermería.

A partir de la formación a nivel universitaria se esperaba un cambio en el desarrollo de la práctica de enfermería, que evidenciara las características de profesionalismo tales como el uso del conocimiento científico, técnico, la incorporación de las teorías y modelos que se establecen como guía de la práctica, integración de la investigación con el fin de validar la aplicabilidad de las teorías de enfermería, el uso de un método de trabajo como es el proceso de cuidar, la aplicación de los valores y el código de ética, el uso de las técnicas de comunicación para el desarrollo de una interacción más humana.

Con la evolución que ha tenido la profesión coincidiendo el desarrollo del nivel profesional con el surgimiento de las teorías de enfermería, incorporadas a la formación académica como referencia para la práctica, se considera que los profesionales estaban en condiciones de desarrollar todo su potencial, habilidades y conocimientos para proporcionar cuidado humano de calidad y reflejar una mayor preocupación e interés por las personas y no quedarse solo en la ejecución de procedimientos técnicos. No obstante lo que se ha observado es que a pesar del mayor nivel de formación, los profesionales de enfermería cada vez delegan más los cuidados en el familiar o en el mismo paciente perdiéndose así la esencia de la profesión; ejerciendo una práctica rutinaria basando sus actividades en los signos y síntomas de la enfermedad y en las técnicas y procedimientos. Actitud que ha sido justificada con el exceso de trabajo, el aumentado número de pacientes que no se equilibra con el número de enfermeras o que las instituciones y los modelos hospitalarios no han dado el apoyo que se requiere.

Después de medio siglo de haber alcanzado un mayor nivel de formación aún no se evidencia el uso de teorías y modelos o la incorporación del proceso de cuidar. Por el contrario la enfermería continua sumergida en un paradigma positivista-médico-biologicista; tal como lo plantea (Rodríguez, 2006), en la que se percibe “una concepción mecanicista del hombre y su práctica ha estado circunscrita a instituciones de salud específicamente a los hospitales, prevaleciendo el enfoque curativo” (p. 15). En este enfoque se sigue considerando al proceso de salud-enfermedad como una alteración del equilibrio fisiológico del organismo que le da un enfoque mecanicista al hombre deshumanizando el cuidado y haciendo que la práctica se enfoque en los signos y síntomas de enfermedad perdiéndose el sentido de integralidad del ser humano, quien debe ser valorado y tratado desde el punto de vista fisiológico, psicológico, social y espiritual.

En razón de esto la práctica está dirigida más a la atención de la enfermedad que a la forma de responder el ser humano ante una enfermedad, además se evidencia falta de una visión clara de la función de la profesión, a pesar de los aportes de las

teóricas para definir la práctica de enfermería, continúa la hegemonía médica, la falta de concepción de un modelo teórico que guíe la práctica y que permita enfocarla en cuidados de enfermería dirigidos a ayudar a las personas a satisfacer necesidades y a la proporción de comodidad ayudando y reduciendo las molestias físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales que les permita ver al hombre como una totalidad unificada o ser integral.

Por otra parte la práctica de enfermería es dirigida hacia el cumplimiento de normativas institucionales que la enmarcan en una rutina o en actividades cronometradas, desarrollando un método de trabajo por funciones que les limita para conocer e interactuar con las personas que demandan sus cuidados y actuar según sus necesidades. Además de evidenciarse fallas en los mecanismos de supervisión que no garantizan el cuidado de calidad y la satisfacción propia y del cliente.

Actualmente el Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social plantea según (García & Salgado, 2001) que entre los principales problemas del modelo de atención que motivaron a una nueva concepción teórica o nuevo modelo basado en la atención integral de salud se encuentran:

El enfoque biologicista, individual y medicalizado, baja eficiencia, eficacia y calidad de los servicios, insatisfacción de los usuarios y proveedores, deshumanización de la atención, predominio de la atención hospitalaria de alto costo en detrimento de las acciones de promoción y prevención de la salud (p.5)

Problemática que ha determinado la práctica de enfermería y la forma como se ha proporcionado el cuidado; lo cual reclama la transformación de la práctica mediante el uso de teorías y una visión integral del ser humano de tal manera que se fortalezca la práctica, se optimice la prestación del cuidado, desarrolle características de autonomía, trabajo en equipo y liderazgo que les aporte el poder que se requiere para el desarrollo y reconocimiento de la profesión.

Hablar de práctica de enfermería involucra la importancia y el uso de conceptos que reflejen acciones dirigidas a un cuidado humanizado que implica una actitud atenta demostrada por la enfermera mediante una interacción con el ser humano que requiere de ayuda mostrando conductas de sensibilidad ante el dolor humano, interés y preocupación por el bienestar del paciente. Proporcionando cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades básicas de la persona y a superar sus expectativas, el respeto a la dignidad, la conservación de la vida o las experiencias de vivir o de morir.

En la actualidad las innovaciones científicas, tecnológicas y las necesidades sociales generan cambios que afectan a los seres humanos y a las organizaciones las cuales deben reorientar su visión y misión. En el caso de las instituciones de salud deben responder a las necesidades de salud, garantizando eficiencia, efectividad y calidad de servicio, partiendo de la identificación de necesidades, demandas y expectativas del ser humano que requiere de cuidados; para lo cual cuentan con personal profesional, técnico y de servicio. Entre estos profesionales se encuentra el profesional de enfermería quienes deben realizar actividades de cuidado y mantenerse en constante actualización científica y tecnológica para contribuir con la misión institucional.

En este sentido se cree necesario que la enfermería haga uso del conocimiento que le aportan las teorías y modelos existentes como referencias para la prestación del cuidado lo que les permite una concepción del hombre como un ser holístico más que como una enfermedad. (Marriner-Tomey, 1994) al referirse a los modelos conceptuales existentes, considera que estos “proporciona un marco de referencia definitivo a sus partidarios indicándoles hacia donde deben mirar y que preguntas deben formularse. Como se ha de observar el mundo y que aspectos de ese mundo han de tenerse en cuenta”. (p.59)

Estos son elementos importantes de analizar en la perspectiva de mirar la profesión de enfermería hacia el crecimiento y el fortalecimiento de sus bases del profesionalismo que permita proponer una visión clara de los aspectos necesarios para dirigir el cuidado en la práctica de enfermería de calidad.

Lo que hace pensar que al aplicar un modelo teórico de cuidado en enfermería que demuestre profesionalismo y autonomía proporciona un estilo propio para prestar el cuidado y disminuya la falta de poder que ha desarrollado la enfermera en el sistema de salud, Tal como lo mencionan. (Leddy & Pepper, 1985), La enfermera no se ha apropiado de una base de poder amplia que le “permita influir en las decisiones políticas que podrían mejorar en grado sumo la prestación del servicio de salud, aunque la enfermera se encuentre en excelente posición para hacerlo” (p.216).

De acuerdo a las consideraciones expuestas en esta investigación se pretende la construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano, con el fin de proporcionar un referencial teórico para la transformación de la práctica y contribuir a la optimización del cuidado y el logro de las metas de las instituciones de salud. Que permita incorporar estrategias coherentes con la realidad nacional y con el perfil de las necesidades de los venezolanos. Que conlleve al desarrollo de una profesión que basa sus acciones, criterios, conocimientos y habilidades en un cuidado humanizado donde la persona enferma y su familia cumpla con las expectativas y satisfacción de necesidades humanas.

Para desarrollar la presente investigación se formuló la siguiente interrogante:

¿Entre las perspectivas de las enfermeras estará presente el uso de la filosofía del cuidado humano como un marco teórico de su práctica?

De la cual se derivan otras interrogantes:

2. ¿Cómo ven las Enfermeras el uso de las teorías de enfermería en la práctica?
3. ¿Que factores influyen en la aplicabilidad de las teorías de enfermería a la práctica?
4. ¿Cómo ve la enfermera la práctica de enfermería actual?
5. ¿Cuales son las expectativas de las enfermeras sobre la práctica.
6. ¿Que es Cuidado Humano para las enfermeras?
7. ¿Como incorpora el cuidado humano en su práctica diaria?
8. **Objetivos de la Investigación:**

2.1.- General:

Generar desde las perspectivas de los profesionales de enfermería una construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano.

2.2.- Específicos:

1. Reflexionar sobre el uso de teorías de enfermería en la práctica.
2. Interpretar las perspectivas de las enfermeras sobre la práctica de enfermería.
3. Interpretar la percepción de las enfermeras sobre la aplicabilidad del cuidado humano en la práctica de enfermería
4. Estructurar una construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano.

3.- Justificación

La razón de ser del profesional de enfermería es la persona a quien va dirigido el cuidado, para lo que es necesario que los profesionales de enfermería determinen el grado de ayuda que requiere, según las limitaciones, las capacidades y la incomodidad que le produce la enfermedad tanto físico, social, psicológico, espiritual y cultural. Esta ayuda es proporcionada a través del cuidado, el cual debe ser humanizado. Por lo tanto es necesario entender la enfermería mediante un enfoque social en la cual su contribución principal es asegurar la continuidad de la vida y su desarrollo mediante un comportamiento y acción que envuelve conocimiento, valores, habilidades y actitudes que les permitan comprender las necesidades y favorecer las potencialidades de las personas para mantener y mejorar la condición humana en el proceso de vivir o morir.

Por tal motivo en esta investigación se pretende generar una construcción teórica que constituya un referente para la práctica de enfermería basado en la filosofía del cuidado humano que permita considerar el cuidado como función esencial para el desarrollo de la práctica y los diferentes conceptos que este implica. En tal sentido se espera:

Promover a nivel nacional mayor participación de los profesionales de enfermería ajustados al nuevo modelo dirigido por el Ministerio del poder popular para la salud y desarrollo social el cual según (García & Salgado, 2001)

Propone entre sus líneas políticas, el desarrollo del modelo de atención integral en los establecimientos de salud del país, en los cuales se considera necesario producir cambios sustanciales implantando como norma nacional la atención integral al usuario, definiéndolo como “la no fragmentación de los servicios de salud sino que se les practique todas las acciones básicas programadas en una sola consulta donde pretende garantizar calidad, accesibilidad, cobertura, equidad y solidaridad” (p.5).

De manera que la construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano, estará en coherencia con el modelo de atención integral del gobierno y estará dirigida a cuidar a la población con el fin de mantener a las personas saludables, aumentando su expectativa de vida; lo cual contribuirá a la productividad del venezolano

En el sistema hospitalario, con la aplicación de una práctica de enfermería basado en el cuidado humano se pretende la prestación de un mejor servicio de salud, puesto que se propone una herramienta que permita proporcionar el cuidado adaptado a las necesidades reales de los usuarios disminuyendo la estadía hospitalaria de las personas, aumentando la disponibilidad de camas y disminuyendo sus costos, así como la posibilidad de reingresos. Lo que se traduce en generar prestigio para las instituciones que proporcionan cuidado humanizado, servicio de calidad, satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

A los usuarios o clientes se les brinde cuidado según un referencial teórico que guía la práctica del cuidado y estaría dirigido a satisfacer necesidades interferidas según las respuestas humanas y su capacidad funcional para superar las expectativas del cliente reinsertándolo lo más pronto posible a su entorno social, mejorándose la calidad de atención y cuidados que reciben de manera que se acorta su hospitalización y se disminuye la posibilidad de reingreso o complicaciones.

Para la profesión de enfermería, considerando que estamos en tiempos de proponer cambios que fortalezcan la profesión, que promuevan el reconocimiento social, además se busca modificar la concepción histórica de una práctica basada en el método funcional, que se basa en el trabajo cronometrado y rutinario tecnificado y mecanicista que caracteriza una práctica con personal menos calificado por su bajo nivel de formación. Con aportes teóricos como el que se pretende se les proporciona herramientas que les permita humanizar el cuidado aumentando su autonomía profesional, permitiéndose reconocer en ellas cualidades y un sistema de valores que

las conlleve a generar cambios y políticas que incrementen su participación en el sistema de salud con mayor responsabilidad hacia sí misma y hacia sus pacientes o personas a quienes va dirigido el cuidado. Esto traerá como resultado una actuación más independiente dentro de su propia disciplina en la resolución de problemas de la sociedad a quien se dirigen los cuidados.

Además se aspira que a partir de la experiencia y las expectativas de las propias enfermeras surja un referencial teórico que responda a las necesidades de la población y a la realidad de la enfermería a nivel nacional.

Finalmente que los resultados constituyan un aporte teórico para todos aquellos que investiguen en las líneas de práctica de Enfermería y cuidado humano y el surgimiento o generación de nuevos aportes teóricos en el cuidado de enfermería que permitan enriquecer los contenidos de formación universitaria y promuevan la importancia de hacer investigaciones sobre los enfoques teóricos que contribuyan al desarrollo profesional y a mejorar la calidad de los cuidados mediante la construcción de nuevos modelos y teorías apropiados a nuestra realidad y a nuestro contexto social.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En el presente estudio se pretende realizar una construcción teórica para la práctica de enfermería bajo el enfoque de Cuidado Humano el cual permitirá formular definiciones esenciales de cómo desde las perspectivas de las propias profesionales de enfermería se conjuga el saber y el hacer enfocado en el cuidado humano. Permitiendo analizar la forma en que se concibe el cuidado y como este debe ser ofrecido de una forma cada vez más humanizado y por consecuencia más eficaz.

1.- Antecedentes

(Spezani, Lanzelloti, & Costa Aguiar, 2007) Realizaron una investigación en Brasil, titulada “reflexionando sobre la práctica y la importancia de los cuidados de enfermería en la terapia Intensiva, con el objetivo de analizar el cuidado de enfermería prestado a los pacientes, siguiendo la perspectiva biológica/reduccionista de atención y su impacto sobre el proceso salud-enfermedad de los individuos cuidados. en el que tratan de vislumbrar nuevas posibilidades de actuación en la busca de la mejora de la calidad de la asistencia en salud, y la importancia de repensar la práctica de la enfermería como una posibilidad de contribuir con la sociedad facilitando su evolución para obtener mejores condiciones de vida y salud.

Los resultados precisan que los cuidados de enfermería son de gran importancia para el restablecimiento del paciente crítico, incluso, la adopción de un sentido crítico llega a ser necesaria como un camino para que estos profesionales distingan los

aspectos que son importantes en la ejecución de los cuidados y mejoren el impacto de sus acciones sobre la clientela asistida. A fin de mejorar la descripción, la reflexión y la comprensión de los fenómenos relacionados con su práctica cotidiana de cuidados a los clientes, frente a los innumerables desafíos que se presentan y que impiden ofrecer un cuidado que vaya más allá de las barreras del biologicismo, reconociendo que es necesario ir un poco más adelante y, al mismo tiempo, todos los discursos teóricos, principalmente los que provienen de la enseñanza invitan todo el tiempo a repensar lo cotidiano de la prácticas de enfermería a través de una propuesta más humana de intervención. Con el fin de mejorar la práctica y alcanzar mejores resultados, reconocimiento, satisfacción personal y poder. Con el deseo de mejorar la calidad del servicio en el mundo de la salud y al mismo tiempo, elevar la profesión enfermera a la condición de ciencia, reconocida y legitimada en el medio social.

Utilizaron como estrategia metodológica la revisión bibliográfica con la lectura y el siguiente análisis crítico-reflexivo de libros y periódicos científicos en consonancia con la temática en discusión. del análisis critico-reflexivo y de la selección de una colección compuesta de 336 trabajos, con recorte temporal entre 1982 y 2006, que fue compilado en el periodo comprendido entre los meses de Enero de 2005 y Mayo de 2006. Articulando el pensamiento con autores de expresión en otras áreas de aquellos considerados de mayor relevancia e interés para la temática en cuestión.

Los resultados proponen la teorización y fundamentación del hacer, orientado por un contexto teórico que es formulado, madurado y desarrollado por el propio ejercicio de la práctica. Sugiriendo que la transformación de toda y cualquier realidad solamente será fomentada a partir del momento en que se realice una mirada más profunda a los fenómenos que se desarrollan en el contexto diario de vida, buscando identificar peculiaridades y en un contexto macro de interrelaciones, interpretarlo, analizarlos y transformarlo. Por tanto, el saber de la enfermería no

puede ser concebido como una instancia abstracta, neutra o desvinculada de la práctica: él cual debe ser históricamente construido.

En la discusión de resultados proponen: Necesidad de cambios, sumar esfuerzos en el sentido de mejorar las condiciones adversas de la vida y de la salud, que las personas involucradas en cuidado de la salud son sujetos sociales y políticos, sujetos de cultura y afecto, formados para desempeñar su misión como actores sociales que participan en la construcción de la historia, en la estructura y dinámica de campos de la salud y de la ciencia en el contexto de la dinámica social, en la edificación del futuro como instancia constituyente de la identidad sugestiva y social, requiere cambiar el enfoque predominantemente especializado por un abordaje diferenciado que englobe al cliente en cuanto individuo con necesidades propias.

El cuidado de enfermería es de primordial importancia para la hospitalización, y permite conquistar la confianza y la aproximación, mediante el establecimiento de una relación de afecto capaz de fortalecer el instinto de lucha por la supervivencia y por la recuperación. El planteamiento de cuestiones acerca de la naturaleza de los cuidados y de la forma como estas son ofrecidas, puede ser el inicio del desarrollo de otros modelos de atención en salud en que múltiples factores cualitativos distintos sean valorados. Las prácticas educativas en salud para el autocuidado pueden ser instrumentos para fomentar modificaciones comportamentales que ayuden a los clientes a establecer actitudes que los beneficien en un futuro. La adopción de un sentido crítico podrá ser un camino para los profesionales de la enfermería para diferenciar la atención de los aspectos que les son importantes en la ejecución de los cuidados, mejorar el impacto de dicha atención. Y necesidad de una práctica consolidada en modelos de investigación y alternativas terapéuticas. Preocupación por la calidad del servicio prestado buscando formas de gestión.

Y finalmente presentando entre sus conclusiones que los cuidados pueden volverse más eficaces y humanizados con la introducción de una mirada más

totalizadora sobre los clientes que son cuidados. En la medida en que sean diferenciados sus potencialidades y límites, serán obtenidos mejores resultados con el trabajo que es desarrollado. Los profesionales de enfermería ejercen un importante papel en la construcción de la ciencia, de la ética y de la política del cuidado humano. El contexto de la práctica y cuidados aún carece de una posición acerca de los que son y de lo que representan ante momentos tan importantes frente a la enfermedad, siendo la enfermería una identidad a clarificar. Es necesario un pensamiento crítico con esta conducta pueden contribuir realmente con la sociedad por medio de la ejecución de una práctica transformadora que conduzca a la formación de un contra discurso libre y emancipador.

En este estudio se pueden observar elementos fundamentales que contribuirán a la construcción teórica y epistemológica de la práctica de enfermería, en vista de que se considera la importancia de analizar desde lo que es la enfermería y su quehacer basado en el cuidado y de cómo mediante el análisis desde una perspectiva de su evolución histórica hasta la cotidianidad de su quehacer diario, mediante una práctica basada en un contexto teórico y fundamentado en el saber y el poder en la cual se coincide en la necesidad de cambios que buscan mejorar la calidad del servicio dirigido a proporcionar un cuidado más humanizado con una visión de ser cuidado con necesidades propias en un sentido de integralidad como ser total, y que permita la construcción de un modelo de cuidado vigente según las necesidades del usuario reconociendo el alcance y límites del profesional de enfermería que permitan la construcción científica, ética y de políticas propias de la profesión basadas en el cuidado humano.

(Daza de Caballero, 2005) en su trabajo titulado Cuidado y práctica de enfermería. Planteó su interés por la exploración y comprensión del fenómeno del Cuidado como un aspecto fundamental para el desarrollo profesional y disciplinar, estableciendo como estrategia la construcción de una línea que permitiera, durante un período de tiempo de trabajo continuo, hacer aportes al fenómeno del Cuidado y así

fortalecer, por un lado, el área de Conceptualización y Práctica, y por el otro enriquecer la mirada particular del Cuidado en Colombia con la intención de contribuir a mediano plazo a mejorar la calidad del Cuidado de Enfermería y aportar a la formación de futuros profesionales.

Se propuso inicialmente emprender el análisis del concepto de Cuidado, utilizando la metodología de estado del arte, tipo de investigación documental inspirada en una búsqueda de las estructuras de significación, haciendo un análisis crítico del concepto. Al revisar los supuestos teóricos que sustentan el concepto de Cuidado y sus dimensiones encontró que muchos de los autores en Enfermería (Imogene King, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach, Josephine Paterson y Loreta Zderad) han encontrado que la dimensión *interacción* es fundamental en la relación enfermera-paciente. Otras como Myra Levine y Dorotea Orem han resaltado el valor terapéutico de la intervención de Enfermería. Martha Rogers enfatiza en la relación del ser y medio ambiente y otras señalan como fundamental el *cliente* como Dorothy Johnson, Sor Callista Roy y Betty Neuman”.

De igual manera el afecto y la participación, como dimensiones del Cuidado han sido motivo de análisis por diversas teóricas, quienes consideran fundamental estos aspectos en la relación enfermera-paciente. En sus conclusiones sugiere que a pesar del nivel de acuerdo existente alrededor de estas dimensiones, en la práctica cotidiana profesional no es tan clara la articulación de los aspectos teóricos revisados.

En una segunda etapa, orientada a explorar las vivencias de las personas que reciben el Cuidado, y los profesionales de Enfermería que lo brindan, con el fin de acercarse de una manera más real y poder contrastar si la connotación que tiene para el profesional converge en algunos puntos con las vivencias de los pacientes.

Considera que a través de la investigación cualitativa, de la fenomenología en particular, el abordaje de esta segunda etapa, le permitió comprender e interpretar

los diversos significados que tiene el Cuidado tanto para quien lo recibe como para quien lo brinda. Señala que los resultados de estas experiencias pueden contribuir a la comprensión del fenómeno en estudio y al mejoramiento de la calidad de la práctica profesional.

Los resultados obtenidos apuntan a reafirmar que, en general, las dimensiones de la interacción, afecto y participación constituyen aspectos fundamentales en la relación terapéutica enfermera-paciente. Los pacientes esperan que se les brinde una atención de alta calidad humana y científica que les permita resolver su situación de salud y aprender a manejar las alteraciones crónicas que alteran la calidad de vida.

Otro aspecto que se está también desarrollando es la calidad del Cuidado de Enfermería, desde las estructuras asistenciales, los procesos de atención prestados por el equipo de Enfermería y la satisfacción tanto del equipo de Enfermería como de las personas que reciben el Cuidado en las instituciones sanitarias. Así mismo, la dimensión sobre la ética del Cuidado constituye un aspecto fundamental del grupo de Conceptualización y práctica y en particular de la línea de Cuidado. Se vienen adelantando reflexiones teóricas en la actividad permanente del seminario y proyectos de investigación orientados hacia los derechos de los pacientes, consentimiento informado y percepción del Cuidado por parte de ellos.

En este estudio además consideran que a pesar de que existe un cierto nivel de acuerdo entre los profesionales, en cuanto a que el Cuidado es uno de los pilares fundamentales de la Enfermería, en nuestro medio son pocos los trabajos originales de investigación que han explorado de manera sistemática los referentes teóricos que lo sustentan, las diferentes dimensiones, los problemas de una práctica fundamentada en el Cuidado, y los modelos de prestación de servicios de salud que favorecen o dificultan las prácticas de Enfermería fundamentada en el Cuidado.

El trabajo presentado por esta autora es de gran relevancia para el presente estudio, debido a que propone una línea de investigación y grupos de investigadores que permiten analizar y comprender el cuidado y la práctica de enfermería, mediante la perspectiva de diferentes teorizantes que proponen diversas dimensiones del cuidado que pudieran ser seleccionados y analizados al momento de hacer una discusión teórica sobre el cuidado como razón de ser de la práctica de enfermería. dentro del contexto de construcción y generación de nuevos conocimientos, como una de las formas de proyección de la práctica de enfermería basada en el cuidado humano, tal como lo plantea la autora citada “en la búsqueda de nuevos conceptos, nuevas relaciones, y nuevos significados que permitan enriquecer el campo semántico del ser y del quehacer profesional”.

(Ferreira de Mello & Erdmann, 2007) investigaron sobre el cuidado de la salud bucal de ancianos utilizando la teoría basada en los datos, cuyo Objetivo fue describir los fundamentos y la adaptación de la construcción de una teoría esencial sobre el fenómeno cuidado en salud bucal en ancianos de instituciones, utilizando para ello, el método de la Teoría Fundamentada en Datos (TFD).

Estas autoras consideran que la TFD es una metodología que permite formular abstracciones ordenadas a partir de los datos de la vida real. Utilizando ese referencial, es posible elaborar una teoría relevante y funcional para la comprensión del significado de las prácticas de cuidado a la salud bucodental del anciano.

Las autoras se basaron en supuestos como el cuidado de la salud bucal forma parte del objetivo de proteger la vida, y supone una visión integral de la salud del ser humano de sus relaciones con otros seres, con la sociedad y con el medio ambiente. Consideran en esta investigación el proceso de construcción epistemológica como un cuerpo teórico del cuidado en salud bucal del anciano, debe considerar lo multidisciplinario y estimular la *praxis* de una odontología integral. De esta forma, se consideró pertinente comprender el significado de las prácticas del cuidado en salud

bucal de ancianos que vivían en instituciones por largos periodos de tiempo dentro de la perspectiva del vivir y envejecer con salud. Esta comprensión permite la elaboración de una teoría sobre un fenómeno, el cual considera a las prácticas del cuidado en salud bucal del anciano en sus diversas dimensiones: individual, profesional, institucional y estatal/gubernamental.

El objeto de investigación analizado denota una estructura, personas, prácticas, un proceso, así como sus consecuencias derivadas. A pesar que todos puedan variar, mantienen entre sí una relación constante y el fenómeno como un todo presenta capacidad de desarrollarse continuamente.

La investigación descrita utilizó la TFD realizada en cuatro instituciones en donde los ancianos permanecen por largos periodos de tiempo, siendo privadas con y sin fines lucrativos. Los datos recolectados y el análisis concomitante y sucesivo fueron guía para determinar el número de participantes en cada grupo como la inclusión de nuevos grupos de sujetos necesarios para la construcción de la teoría.

El conocimiento previo del problema de investigación y del fenómeno a ser estudiado permitió definir los siguientes grupos iniciales: Ancianos residentes en instituciones de permanencia prolongada, Cuidadores (profesionales de Enfermería) empleados en instituciones de permanencia prolongado para ancianos, Dirigentes de instituciones de permanencia prolongada para ancianos. Así mismo, según la metodología de la TFD y por los criterios de muestra, otros grupos fueron incluidos en la investigación: cirujano-dentista funcionarios de la red pública municipal, gestores públicos de salud (nivel municipal y estatal) y miembros de entidades vinculadas a la defensa del anciano.

El objetivo de la TFD, es recolectar datos referentes a las categorías, con la finalidad de generar propiedades e hipótesis, determinando así la profundidad de la muestra. Es difícil durante la aplicación del método de TFD, predecir cuantos grupos

participarán del estudio. Al final del proceso de esta investigación, el grupo de entrevistados fue compuesto por diecinueve personas, de las cuales catorce fueron del sexo femenino: tres ancianos que vivían en institución de permanencia prolongada, seis profesionales de Enfermería, de los cuales tres eran enfermeros, uno técnico y dos auxiliares, cuatro dirigentes de este tipo de instituciones, tres Cirujanos dentistas de la red pública, tres gestores públicos, siendo que uno fue representante de una entidad de defensa al anciano. La recolección de datos fue realizada a través de entrevista abierta, en base a preguntas iniciales que respondieron a la pregunta de investigación: ¿cómo se establecen las relaciones de cuidado en salud bucal bajo la óptica de los entrevistados? ¿Cuáles prácticas lo expresan/demuestran? ¿Cuál es el significado que estas prácticas tienen? Estas preguntas fueron adaptadas de acuerdo con los grupos de sujetos y su interacción con el tema estudiado. Las entrevistas fueron un ejercicio para poder escuchar los testimonios de los participantes.

En el proceso de codificación abierta se identificaron conceptos, propiedades y dimensiones que finalmente les permitió formular un modelo teórico con sus elementos constituyentes representados por las siete categorías analíticas interrelacionadas (1.-Atribuyendo significado a la salud bucal, 2.-La salud bucal y el proceso de envejecimiento, 3.-Mostrando las interacciones que se establecen en el cuidado a la salud bucal en el anciano, 4.-Conjeturando posibilidades para mejorar prácticas en el cuidado a la salud bucal en el anciano, 5.- Determinando las condiciones en salud bucal, 6.-La salud bucal y el proceso, Introduciendo el cuidado en salud bucal en el anciano dentro de la dimensión política-organizacional, 7.- Generando el cuidado en salud bucal en una institución de permanencia para ancianos) y la categoría central (Promoviendo el cuidado en salud bucal del anciano dentro de instituciones de permanencia prolongada).

Identificaron dos etapas del proceso, las que en una visión evolutiva, se constituyen en dos momentos diferentes del fenómeno. La promoción del cuidado en salud bucal en el anciano dentro de las instituciones, tiene un estadio, el cual

representa el estado de apatía frente a las contradicciones dentro del proceso de cuidar y sus consecuencias negativas para la salud bucal del grupo. El otro estadio considerado cualitativamente superior deriva del anterior, pues salvaguarda las contradicciones originales, este nuevo estadio incorpora posturas continuas de mejoría, elaboradas en base a los elementos contradictorios del anterior estadio. Estos elementos no son eliminados, ni no considerados, sino son enfrentados, con la finalidad de superar las contradicciones y alejar la letargia y la inhalación, por medio de la adopción de una nueva toma de conciencia-acción, traducida durante la implementación de mejores prácticas de cuidado.

La investigación planteada presenta aportes importantes para el desarrollo de la investigación a realizar, en cuanto al método, como es la Teoría fundamentada en los datos, desde la cual realizaron la construcción teórica, obteniendo categorías, conceptos, propiedades y dimensiones, modelo de referencia para formular la construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano. Además aporta elementos para el análisis de los datos.

(Erdmann, Leite, Costa Mendez, Trevizan, & Carvalho Dantas, 2005), realizaron una investigación bibliográfica de tipo descriptivo-exploratorio con abordaje cuanti-cualitativo que tiene como objetivos: Identificar las tesis de enfermería publicadas en los catálogos del Centro de Estudios e Investigaciones en Enfermería (CEPEN) en el período de 2001 a 2003, que abordaron el tema del cuidado; con el propósito de mostrar los referenciales teórico-metodológicos de dichas publicaciones; discutir las dimensiones del cuidado de enfermería surgidas de las tesis estudiadas. De los conocimientos nuevos obtenidos se encontraron 13 subunidades temáticas de las categorías asistencia e investigación en enfermería. En estas temáticas convergen nuevos significados, concepciones, modos de pensar y hacer en la perspectiva de la construcción de nuevas tecnologías o saberes para la práctica de enfermería.

Estos conocimientos encontrados presentan diferentes abordajes filosóficos y lineamientos metodológicos, nuevas técnicas y tecnologías en el campo teórico del saber cuidar, enfocando el cuidado en el quehacer de la enfermería en diferentes contextos institucionales y sociales.

En este estudio se Consideran dos aspectos la naturaleza de cuidar (ontología) y su conocimiento (epistemología) Estas premisas han sido blanco de interés y de investigaciones por abarcar aspectos éticos, estéticos, personales y empíricos, que hacen del cuidar un unificador e integrador de varios patrones del conocimiento. En este contexto, la discusión acerca de esta temática se propone contribuir con la ciencia del “cuidar” y su consecutiva profundización teórica, destacándose por mejorar la práctica académica y profesional cotidiana de la enfermería y demás ciencias afines. La metodología consistió en una investigación bibliográfica de tipo descriptivo-exploratorio, en la que se optó por un abordaje cuanti-cualitativo. El conjunto de datos cuantitativos y cualitativos se complementan de manera que abarquen dinámicamente la interacción entre las informaciones recopiladas, excluyendo cualquier dicotomía existente entre los datos.

Los datos fueron recolectados en el primer semestre de 2004, empleando un formulario con los siguientes ítems: clasificación de la tesis en el catálogo, programa en lo cual fue desarrollada, orientador(es), título, referencial teórico y/o metodológico adoptado y el conocimiento que esta producción trajo para enfermería. Cabe señalar que esta recopilación fue procesada en dos fases distintas: 1.- fueron leídos todos los resúmenes de las tesis (301 en total) contenidos en los catálogos on-line del CEPEN correspondientes a los años 2001 a 2003, separando aquellos que contenían como centro de la discusión el cuidado de enfermería. Se seleccionaron 54 resúmenes seleccionados que contenían la temática del cuidado fueron sometidos a repetidas lecturas, con la posterior discusión de cada resumen acerca del enfoque dado al cuidado. 3.- fueron registrados los principales aspectos en un formulario. Todos los formularios fueron sometidos nuevamente al proceso de lectura entre los autores del

estudio, con la finalidad de optimizar el proceso de categorización y análisis estadístico. Dicho análisis fue realizado mediante cálculo porcentual, con base en las frecuencias absolutas, los conocimientos provenientes de las tesis analizadas fueron clasificados en las siguientes tres categorías: enseñanza, investigación y asistencia. Para efectos del presente estudio interesa como fue descrita la categoría. Asistencia: Estudios sobre el cuidado, sobre aspectos del quehacer de enfermería que involucre su actuación en el ámbito hospitalario, domiciliario, ambulatorio y comunitario.

Casi la totalidad de las tesis publicadas en el período de 2001 a 2002; éstas tratan del cuidado relacionado con aspectos del quehacer de enfermería, involucrando su actuación en los ámbitos: hospitalario, domiciliario, ambulatorio y comunitario. La construcción de conocimientos sobre el quehacer o la práctica del cuidado muestran un aspecto importante que caracteriza una real presencia de enfermería en estos escenarios. Del mismo modo, la insuficiente producción de conocimientos sobre la enseñanza del cuidado parece mostrar la dicotomía que todavía existe entre el hacer y el aprender o enseñar, o tal vez aún es muy fuerte la necesidad o prioridad de desarrollar más el hacer.

Respecto a los referenciales teóricos y metodológicos utilizados, se encontró diversidad en los resúmenes, entre los que destacaron la Teoría Fundamentada en Datos (06 resúmenes), Interaccionismo Simbólico (05), Leninger (04), Paulo Freire (04), Orem (04), Dialéctica (03), Watson (02), Geertz (02), etnometodología (02), etnografía (02), representación social (02), historia oral (02) y Heidegger (02). Esta variedad de marcos referenciales indica una riqueza de bases que pueden ser utilizadas para construir conocimientos sobre la temática del cuidado. Los marcos referenciales teórico-filosóficos son de abordaje socio-humanista, privilegiando a los filósofos, antropólogos, sociólogos, educadores, historiadores y enfermeras.

Entre las temáticas desarrolladas relacionadas con el cuidado se pueden mencionar:

Cuidado dialógico: diálogo en las relaciones de cuidado es evidenciado no sólo como estrategia comunicativa, sino también como un constructo que converge y concentra el propio cuidado, mostrándose como estructura y propiedad del cuidado, como contenido y forma, como procesos y contra-procesos de dialogicidad, implicando un pensar abierto, creativo y ético, ante la autonomía y los derechos y deberes de los sujetos involucrados. Cuidado humanístico: El cuidado es realizado por seres humanos y el carácter humanístico marcó su historia, ahora es retomado no solamente para contraponer la tecnología de la máquina como materia física en la que el ser humano es cuerpo y materia, sino especialmente, para que las acciones humanas no se tornen mecanizadas. Las relaciones son atributos del ser en sus múltiples dimensiones de vivir y convivir con otros, para sobrevivir y ser más saludable. Así, se destacan los siguientes resultados: Cuidado transdimensional: Las múltiples dimensiones del cuidado han permitido la comprensión de las dimensiones del ser humano y sus posibilidades de transcendencia, a partir de su unidad y totalidad. Cuidado solidario: En las relaciones de cuidado en que se muestra el cuidar de la vida y el sentido de la vida, permea el ser enfermero y su compromiso con ella.

Los diferentes conceptos planteados en las investigaciones analizadas definieron elementos importantes a considerar en el presente estudio tales como el uso de estrategias comunicativas, que implican pensamiento abierto, creativo, ético. Y al referirse al cuidado humanístico el cual es comprendido como una actividad entre humanos cuyas acciones son dirigidas por alta sensibilidad y contrapuestas a la tecnología, con múltiples dimensiones y el cuidado de la vida en un sentido solidario.

Otros aspectos de interés presentados en el análisis de la investigación encontrada.

El autocuidado: como las relaciones de dependencia necesarias para la dinámica de la vida, esta dependencia implica la competencia de autonomía del ser en relación al otro, mediante el intercambio, la ayuda, la colaboración y la construcción de nuevas posibilidades de ser, con competencias para cuidar de sí, no dependiendo del

otro, pero con la contribución del otro fortaleciendo sus competencias para cuidar...De este modo, el cuidado es representado por actitudes, preocupación, responsabilidad y compromiso con el otro y, al mismo tiempo, responsabilidad consigo mismo. El proceso de cuidar/cuidado El cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermería como un modo, una forma, una manera, un estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso, u otros, con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir. Competencias para el cuidado: demanda un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo sobre las prácticas disciplinares e interdisciplinares en salud, siendo capaz de conocer e intervenir en el proceso de vivir, enfermar y estar sano, con compromiso y responsabilidad en la búsqueda del mejoramiento de la vida. El conocimiento en el cuidado: Aunque la práctica del cuidado sea milenaria, los fundamentos teóricos y filosóficos sobre la misma aún están en fase de construcción. Las tecnologías del cuidado aún son incipientes y requieren un avance en la sustentación teórica. Las teorías de enfermería ya consolidan sus disciplinas propias, pero todavía carecen de estudios que propicien su aplicabilidad en nuestra realidad.

Este estudio es relevante en vista que hace un amplio aporte de definiciones referidas a la categoría de cuidado, fundamenta algunos de los referenciales metodológicos entre los que se resalta el método de la teoría fundamentada en los datos que tal como se ha mencionado es una gran alternativa en la construcción teórica. Y fundamentalmente apoya la necesidad de construcción teórica pues considera que los fundamentos teóricos y filosóficos sobre el cuidado aún están en fase de construcción. Tal como lo mencionan en este artículo “Las tecnologías del cuidado aún son incipientes y requieren un avance en la sustentación teórica. Las teorías de enfermería ya consolidan sus disciplinas propias, pero todavía carecen de estudios que propicien su aplicabilidad en nuestra realidad”.

(Barbosa de Pinho & Azevedo Dos Santos, 2006), realizaron una investigación cualitativa, titulada Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, en un hospital universitario de la provincia de Santa Catarina, Brasil. Según la óptica de enfermeros, pacientes y familiares. Los autores mencionados consideraron que el cuidado puede ser capaz de trascender la técnica, porque engloba otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, la comunidad, las relaciones interpersonales e interprofesionales, el afecto, la escucha, la política filosófica institucional, entre otras. Y el cuidado como un *ethos* en la medida en que se desenvuelve como una actitud, una relación de responsabilidad interhumana para satisfacer, conocer y compartir experiencias y comportamientos con las otras personas. Señalando que el cuidado debe comprender a los individuos en su totalidad, no reducirse únicamente a la ejecución de tareas; sino que busque la humanización de la atención, planteando la enfermería como una de las profesiones de la salud que puede ayudar en la concretización de la humanización. Entre las percepciones que obtuvieron como resultado de las entrevistas con las enfermeras se encontró: 1.- que En la medida en que ellos tienen una concepción humanizada de la atención, parecen comprender que el cuidado contempla una dimensión compleja en la cual la familia también forma parte del tratamiento como una extensión de los pacientes. 2.- sobre el significado que ellos atribuyen al cuidado de enfermería. Para ellos, cuidar es dar sentido a las experiencias del otro, reconocer el valor del sufrimiento y acoger a la familia en sus inquietudes. 3.- que "El cuidado es muy amplio, que no solo es restringido al paciente, es tener un buen ambiente de trabajo, desde la buena relación hasta el cuidado en sí con el paciente, 4.-"Es todo lo que se puede hacer por un ser humano que en la mayoría de las veces no puede hacer por él mismo, o puede; pero necesita de ayuda, entonces es aquello que se puede hacer por las personas, 5.-, observar aquello que la persona precisa, la necesidad de ella intentar trabajar sobre lo que ella necesita" 6.- es ser responsable por todo. 7.- envuelve todo, psicosocial, religioso. 8.- Es Cualquier cosita que se haga al paciente. Cualquier atención, hasta escuchar al paciente. 9.- algunas veces acomodar una cabecera es un cuidado. 10.- La mirada, los gestos, la preocupación con el enfermo y

el compromiso emocional son alternativas eficaces para establecerse un vínculo de unión con quien sufre, además de poder romper con un paradigma biomédico que considera al ser humano como el cuerpo enfermo que necesita ser restaurado del desequilibrio. 11.- es involucrarse emocionalmente y comprometerse con el otro, en el sentido de minimizar sufrimientos, acoger las expectativas negativas y las inseguridades e inquietudes.

En esta investigación se considera que el discurso sobre el cuidado por parte de los profesionales, puede ayudar en el rescate del espacio social de la UCI como escenario promotor de un discurso y de una práctica tecnicista, pero también volcada a la comprensión de las necesidades psicosociales y de los significados del proceso de adolecer/vivir/morir, para pacientes y familiares.

Otra percepción de los autores fue que la receptividad calurosa, el compromiso con su momento de sufrimiento y el entendimiento de las reacciones físico-emocionales de pacientes y familiares acompañantes pueden rescatar una práctica de cuidado centrada en la valorización del modo de vivir de esas personas, humanizando, de esa forma, la atención con la adopción de posturas de empatía intersubjetivas, compromiso interpersonal, con la participación de la familia y la comunidad en las acciones. Tales actitudes pueden permitir el reconocimiento del cliente como ser participante del proceso terapéutico, autónomo, libre, que tiene necesidades específicas, además de derechos y solicitudes.

2.- Contexto teórico

La enfermería se desarrolla a partir de las actividades basadas en el cuidado que proporcionaban en su mayoría las mujeres por su condición de género, sin embargo progresó como una profesión que basada en su formación, orientando su práctica hacia la recuperación de la enfermedad proporcionando Cuidado de los enfermos, lo que propició que el quehacer, que se inició como una vocación y se convirtió en

oficio, posteriormente exigió una serie de conocimientos, que fueron constituyéndose en un saber, que derivado de la experiencia, lograba, en muchos casos, resolver los problemas que se presentaban.

A pesar de su evolución como profesión y de que algunos autores la consideran ciencia y arte, requiere consolidar el criterios en lo que es su razón de ser como es el Cuidado, lo que se puede lograr dirigiendo la investigación hacia la construcción teórica y búsqueda de conceptos que contribuyan a enriquecer la práctica de enfermería y hasta proponer nuevas alternativas de cuidado.

Un elemento que marcó una gran contribución en el desarrollo de la enfermería como profesión fue el surgimiento de las teorías de enfermería cuyo objetivo principal fue definir la función de enfermería, tal como lo plantea (Marriner-Tomey, 1994), “la teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos” (p.3). En efecto la teoría genera el conocimiento que requiere el profesional para desarrollar una práctica autónoma y favorece la capacidad crítica que amerita el profesional al momento de la toma de decisiones dirigidas a la proporción de cuidados.

El desarrollo teórico en enfermería se inicia con el trabajo de Florence Nightingale, como los primeros escritos de la profesión con sus “Notas sobre enfermería” en las cuales, propone ciertas recomendaciones para el mantenimiento de un ambiente saludable considerando la aireación, la iluminación, el ruido, la limpieza de las habitaciones y la higiene personal. En relación a la construcción de conocimiento en Enfermería (Castrillón, 1997), menciona que “desde las propuestas de Florence Nightingale el discurso en enfermería se construye alrededor de la noción de cuidado”. (p. 9)

Posteriormente casi un siglo después en 1952 Hildegard Peplau formuló la teoría de las relaciones interpersonales en enfermería. Este modelo permite estudiar e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos o conductas a las intervenciones de enfermería y da la oportunidad de enseñar a los pacientes como deben experimentar sus sentimientos y de explorar con ellos la forma de asimilar tales sentimientos. La enfermería es definida por esta teorizante como enfermería psicodinámica, es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuales son las dificultades y aplicar los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

A pesar de haber transcurrido más 60 años después de la formulación de esta primera teoría de enfermería, en la actualidad no ha perdido vigencia en su aplicabilidad en la enfermería psicoterapéutica y contribuye en el presente estudio si se toma en consideración la relación interpersonal que se requiere en el cuidado humano en el cual como lo señala el modelo involucra los sentimientos y la sensibilidad humana de las personas que interacciona en el cuidado.

Otra de las teorizante consideradas importante mencionar es Virginia Henderson, como la primera que describe la función de la enfermera en el año 1955. Se reconoce como la pionera en la incorporación de una filosofía humanística y existencialista a los cuidados enfermeros apoyando su teoría en las relaciones interpersonales y las necesidades humanas. Al definir la enfermería señaló como su única función:

Ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a una muerte tranquila y que el realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario. Y que esto debía hacerse de tal forma que se logre la independencia lo antes posible.

Esta definición de la función de enfermería prácticamente sufrió algunos cambios a lo largo del tiempo en su libro titulado la Naturaleza de enfermería. Reflexiones 25 años después (1994). En el cual señala que el objetivo de enfermería es “mantener a los pacientes en una situación lo más parecida a la suya propia” (p.16)

Esta autora considera que en las instituciones de salud donde las personas requieren ser internados por su condición de enfermo somos las propias personas encargados de su cuidado quienes ocasionamos privaciones y restringimos libertades, haciéndoles más dependientes en lugar de propiciarles un ambiente de mayor satisfacción lo más parecido a su cotidianidad. Por lo que las personas además de su condición de enfermos comienzan a extrañar a personas importantes de su entorno, su trabajo, sus alimentos y hasta su vestimenta, lo que emocionalmente puede agravar su condición de salud.

(Fernandez García, 2006) describe la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados Culturales de **Leininger**, la cual forma parte de las consideradas teorías del cuidado, porque se cree que su aplicación en la práctica de enfermería contribuye a mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura, en esta teoría “La meta de la enfermería transcultural es desarrollar un cuerpo de conocimiento humanístico y científico organizado para proveer una práctica de enfermería, culturalmente específica y universal”. Leininger considera que la cultura es el más amplio y holístico significado para conceptuar, comprender y ser efectivo con la gente.

Para Leininger, la teoría permite descubrir conocimientos de manera sistemática y creativa sobre algo y admite estudiar fenómenos que se entienden solo de forma limitada. Por su parte la teoría en enfermería “debería tomar en consideración el descubrimiento creativo, valores y creencias de los individuos,

familias o grupos basados en sus formas culturales de vida para poder proporcionar unos cuidados de enfermería eficaces, satisfactorios y culturalmente congruentes.

Por otra parte en su teoría asume el cuidado como la “esencia de enfermería y la característica distintiva, dominante y unificadora y lo enfatiza como un fenómeno universal que varía entre las culturas”. Definiéndolo como “la esencia y el campo central, unificador y dominante que caracteriza a la enfermera, necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo”. Considerando que la meta del personal de salud debe ser “dirigir su trabajo hacia una comprensión del cuidado y sus valores, creencias en salud y estilos de vida de diferentes culturas, en los cuáles se formarán las bases para proveer cuidado culturalmente específico.

Los cuidados no han recibido el mismo grado de importancia que la curación. Esta autora asegura, que “No hay cura sin cuidado pero puede haber cuidado sin cura” por ejemplo en el caso de la enfermedad cerebro vascular, esta aseveración de Leininger es muy acertada, en vista de que en muchas personas ocurren daños irreversibles de los cuales ciertamente no se logra la cura pero, los cuidados son estrictamente un requerimiento básico para la supervivencia. Esta autora además aporta ciertos conceptos relacionados con el cuidar, como son: Consuelo, compasión, preocupación, conducta de afrontamiento, empatía, facilitación, implicación, actos de salud (consultivos, instructivos y de mantenimiento), amor, alimentación, presencia, compartir, ternura, contacto y confianza. Y considera, que la meta principal del cuidado de enfermería es trabajar en pos de la comprensión del cuidado, los valores, las creencias y los estilos de vida de cada cultura.

(Castrillón, 1997) describe la teoría de **Faye Glen Abdellah**, Esta teorizante propone que para lograr que la enfermería tenga un lugar o un estatus profesional y autónomo se requiere de una sólida base de conocimiento, evitar o alejarse del control médico y acercarse a una concepción más global del cuidado centrada en el paciente.

Concibe el cuidado de enfermería como ayudar a las personas sanas o enfermas y a su familia a satisfacer sus necesidades de salud con base en el conocimiento científico. Ve al paciente como el objeto de la intervención y los problemas del paciente el objeto de investigación. Cuya resolución constituye el cuerpo de conocimientos de enfermería. En su modelo tipificó 21 problemas enmarcados en las ciencias fisiológicas, psicológicas y sociales y de las relaciones enfermera-paciente. (p.43)

Por su parte, (Orem, 1983), define la enfermería basada en el concepto de ayuda, que se debe proporcionar cuando las personas presentan limitaciones que les impide autocuidarse.

Desarrollando la clasificación de los cuidados en tres tipos:

(a) Autocuidados de carácter universal: orientado hacia la satisfacción del consumo del aire, agua y alimentos, la eliminación, la actividad y el descanso. (b) autocuidados referidos al desarrollo y maduración del ser humano. (c) autocuidados para compensar defectos constitucionales, genéticos, de las estructuras y función del organismo (P. 62).

Y la intervención de enfermería la clasifica en:

(a) Sistemas de enfermería totalmente compensatorio, donde se requiere recompensar la incapacidad total del paciente, (b) Sistemas parcialmente compensatorios: donde tanto el paciente como la enfermera ejecutan medidas de cuidado. (c) Sistemas de apoyo educativo: cuando el paciente requiere aprender a cuidarse a sí mismo sin asistencia. (P. 128).

Esta es una de las teorías que mayormente ha sido incorporada en los sistemas cognoscitivos de las enfermeras en la prestación del servicio en nuestras instituciones

de salud. Tal vez por la facilidad de internalizar sus conceptos. Sin embargo no ha sido internalizada o asumida como una filosofía de la práctica del cuidado.

Watson, Otra teórica de enfermería que ha revolucionado el cuidado Humano en el marco de su teoría, la cual fue publicada en 1985. Propone una filosofía y una ciencia de la asistencia, en su teoría ve al hombre en un sistema de trascendencia y en el cual los cuidados procuran una armonía entre la mente, el cuerpo y el alma lo que conlleva a procesos de autoconocimiento, autorreverencia, autocuración y autoasistencia. Mediante una visión fenomenológica existencialista y espiritual de la psicología y de las humanidades.

Un aspecto importante en la construcción teórica de la práctica de enfermería es considerar las dos partes involucradas en el cuidado ya que como está comprobado el cuidado se practica mediante una relación intra, inter y transpersonal. Un aspecto considerado por Watson es que se debe estudiar sobre las similitudes y diferencias entre lo que las enfermeras consideran asistencia y lo que los pacientes consideran como tal. Los resultados de sus estudios revelaron discrepancia entre los valores de las respuestas de estudiantes, pacientes y enfermeras (os) entrevistados.

Esta teórica Identifica 10 factores del cuidado que representan tanto sentimientos como acciones que incluyen lo que siente, experimenta, comunica, expresa y promueve cada enfermera. Y entre los cuales tenemos:

1.- Forjar un sistema de valores humanista-altruista Se relaciona con la satisfacción obtenida al dar y ampliar la sensación del yo. Aunque los valores se aprenden en las primeras etapas de la vida, pueden estar muy influidos por los educadores. **2.- Infundir Fe y esperanza:** promoviendo el bienestar y ayudando al cliente a adoptar conductas que fomentan la salud. **3.-Cultivar la sensibilidad del propio yo y de los demás:** lo que la permite a la enfermera expresar sus sentimientos y le permita a los demás expresar los suyos. **4.- Establecer una relación de ayuda y**

confianza: Esta relación implica una comunicación eficaz, empatía y cariño no posesivo. **5.- Expresar sentimientos positivos y negativos:** tales como la tristeza, el amor y el dolor. **6.- Usar el proceso de resolución de problemas:** Esto es cuidado unido al proceso de enfermería. **7.-Promover la enseñanza aprendizaje Interpersonal:** en este factor se diferencia el cuidado de la curación y traslada la responsabilidad del bienestar al cliente. **8.- Proporcionar un ambiente de apoyo protector o reparador en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual:** Esto significa ejecutar acciones que permitan cuidado integral del ser humano. **9.- Ayudar en la satisfacción de las necesidades humanas:** En este factor apoya el cuidado basado en el reconocimiento y la atención a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del cliente. **10.- Ser sensible a las fuerzas existenciales, fenomenológicas-espirituales:** Se refiere a comprender al hombre en forma integral en tres esferas mente cuerpo y alma.

Esta autora considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de ir más allá de los elementos asistenciales y facilitar el desarrollo de los respaldos de su situación, enseñando métodos de resolución de problemas de pacientes en la promoción a través de actividades preventivas “identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación de las pérdidas.

Considera que la enfermería está relacionada con la promoción y el restablecimiento de la salud y de la prevención de la enfermedad. Y que el término asistencia (cuidar) “es propio de enfermería; para ella la persona que presta asistencia “percibe los sentimientos de los demás y reconoce la unidad de los demás.

Para Watson, el cuidado humano “supone valores, una voluntad y compromiso, con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. El cuidado humano, se relacionan con respuestas humanas intersubjetivas al estado salud-enfermedad”

Tal como lo plantea (Watson, 1988), el cuidado humano, consiste en una forma de vivir, de ser, de expresar, es una postura ética y estética frente al mundo, lo ve como un compromiso con estar en el mundo, de contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad, además de contribuir con la construcción de la historia del conocimiento y de la vida. Y describe la finalidad de cuidar en enfermería específicamente como “darle prioridad al alivio del sufrimiento humano, mantener la dignidad, facilitar medios para manejar las crisis y las experiencias de vivir o de morir” (p.11).

A la enfermera la describe como ser activo y al ser cuidado como ser pasivo en la cual, el ser cuidado en función de su situación, puede desempeñar un papel menos pasivo al ser responsable de su propio cuidado y explica que el proceso de cuidar se basa en el desarrollo de acciones y comportamientos con base en el conocimiento científico, experiencia, intuición y pensamiento crítico para y con el paciente en el sentido de promover, mantener y recuperar su dignidad y las totalidades humanas.

Los cambios sociales, los avances científicos y fenomenológicos demandan un mayor nivel profesional de la enfermera (o) y la necesidad de definir la función de enfermería en las instituciones de salud y se requiere incorporar estas filosofías, modelos y teorías de enfermería para fortalecer la formación, la investigación y la práctica, al respecto (Castrillón, 1997) se refiere a los modelos conceptuales como “representaciones de enfermería que, en algunos círculos académicos, han servido para facilitar la orientación de la formación, la investigación y el ejercicio de la profesión “derivan de alguna teoría o mezcla de teorías de la biología, psicología, sociología y antropología” (p.39)

Esta autora refiere que la diferencia entre un modelo conceptual y teoría radica en que la teoría “explica y predice fenómenos mediante una serie de conceptos, definiciones y proposiciones que presentan una visión sistemática de la realidad”. Y cita a Adam E. para explicar que “el modelo se explica por medio de visualizaciones

físicas o simbólicas a la manera de una estructura o maqueta y solo es útil para la resolución de los problemas de una disciplina en particular, mientras que la teoría puede ser útil a varias disciplinas”. (p.40).

(Castrillón, 1997), a su vez plantea la estructura que debe contener un modelo conceptual.

1.- Fundamentos científicos (adoptados de teorías psicológicas, biológicas, antropológicas y sociales. 2.- Valores y representaciones sobre el ser humano, su entorno, la enfermería, la salud y la enfermedad, 3.- un ideal de servicio, es decir la meta a la cual debe llegar la profesión: (funciones y problemas que debe resolver) 4.- el tipo de intervención que se espera del profesional y sus consecuencias. (p.39).

Por su parte (Nuñez, 2006) resalta que “para los años 90. El movimiento de reflexión sobre la Conceptualización en enfermería, indaga por los conceptos propios de este campo y se propone precisar cuál es el objetivo o razón social de la enfermería, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería”. Señala que en “Centroamérica, Sudamérica y en la región del Caribe, no se ha desarrollado una corriente teórica con las características de la experiencia Norteamericana”. En Colombia, se han dado algunas aproximaciones como la desarrollada por el grupo de reglamentación profesional, constituido por representantes de docencia y de servicio.

Grupo que contribuyó a la expedición de la Ley 266 de 1996 en cuyo texto se define Enfermería y se especifica el cuidado como el fin de la práctica profesional. Considerando la “Enfermería como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el “cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad, en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud – enfermedad”.

La contribución de los modelos y teorías de enfermería ha pretendido la evolución de la profesión y la búsqueda de la identidad profesional y su autenticidad en este sentido Meleis, citado por (Marriner-Tomey, 1994), describe cuatro etapas por las que la enfermería ha atravesado: 1.- Práctica; 2.- educación y administración; 3.- investigación y 4.- de desarrollo teórico”. (p. 34). En esta última etapa este autor considera “que se aceptó la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, la necesidad de probar y corroborar los planteamientos más importantes de diferentes teorías, antes de descartarlas y la idea de aceptar la permanencia de diversos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica.

Los teóricos se han interesado en la definición de los conceptos involucrados como son: la persona, la salud, la enfermedad y su objetivo o razón de ser como es el cuidado. Lo que significa conocimiento sobre hacia donde se dirige el enfoque de la profesión, se amplía la concepción de la persona que demanda nuestra ayuda, y el objetivo o razón de ser de la profesión; lo que permita mejorar la concepción de las personas que ejercen la práctica de enfermería dándole sentido humanizado a través del cuidado humano.

(Fernandez García, 2006), al referirse a las teorías de enfermería, también sustenta que estas están encaminadas a las relaciones específicas entre cuatro conceptos abstractos persona o cliente el receptor del cuidado de enfermería (individuos, familias, comunidades o grupos). Entorno o ambiente, lo interno y externo que circunda y afecta a la persona. Esto incluye gente en el ambiente físico, como familias, amigos y otras personas significativas. Salud, el grado de bienestar que la persona experimenta. Enfermería, los atributos, características y acciones de la enfermera que provee atención a favor de, o en conjunción con la persona.

El cuidado es entendido como una necesidad innata, ciertamente hasta los animales cuidan, sin embargo es necesario que hablemos de Cuidado humano, que

puede concebirse a través de la humanización de la actividad que realizamos entre seres humanos. (Marriner-Tomey, 1994), durante su análisis del modelo de Travelbee quien considera que “La Enfermería necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función cuidadora, en la atención y apoyo al paciente”, considera que “si dicha revolución no se produce, los pacientes podrían demandar los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios” (p. 419).

Esta aseveración de Marriner es de necesaria consideración si tomamos en cuenta que el objeto de la profesión de enfermería es el cuidado o reflexionemos si es que la profesión requiere desviar su visión hacia otra actividad? El cuidado que propiciamos en cada momento a las personas es el que nos ha mantenido como el profesional indispensable en una sala hospitalaria o en una comunidad. Sin embargo se está viendo actualmente como a través de los medios de comunicación se hacen llamados a personas para que se formen como cuidadores de una determinada enfermedad, en la cual se hace especial énfasis en la frase “ayúdanos a cuidarlos con amor” entonces el amor es un valor indispensable en la actividad de cuidar a otro que es necesario considerar.

Por otra parte en los centros de salud privados se está viendo que existen unidades donde personas que no son enfermeras son las que preparan las dosis de los medicamentos que debe administrar la enfermera. Entonces no estamos lejos de darle la razón a esta autora, cuando dice que “se puede llegar a demandar los servicios de una clase nueva de profesionales sanitarios”. La pregunta es como afectaría el surgimiento de estos nuevos profesionales a la profesión de enfermería? Acaso tendríamos que buscar otra razón u objeto de la profesión o más bien es necesario fortalecer a través del conocimiento la humanización del cuidado que proporcionamos.

(Ariza, 1998) al referirse al termino de cuidar sugiere que “Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana

y la conservación de la vida”. Esta autora considera ciertas condiciones para que se de el cuidado: 1.-Conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad de cuidado, 2.- Una intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento. 3.- Un cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base en el bienestar de los demás. Además resalta algunos valores que debe desarrollar la enfermera para proporcionar cuidado: calidad tanto en la vida personal como profesional, dedicación al trabajo y alegría.

Estos autores ayudarán a comprender una mejor concepción sobre cuidado para ofrecer nuevas alternativas de reflexión a las profesionales de enfermería en la búsqueda de la excelencia y una proposición teórica de una nueva concepción de la práctica de enfermería basada en el cuidado humano.

(Boff, 2002) hace referencia en su libro el cuidado esencial, que estamos viviendo una crisis civilizacional en la cual menciona que existe un fenómeno de descuido, indiferencia y abandono, lo que ha llamado “falta de cuidado” para lo que resalta ciertos síntomas:

Descuido por la vida de los niños, Descuido e indiferencia por la vida de los pobres, y marginados de la humanidad, castigados por el hambre y sobreviviendo a las enfermedades que habían sido erradicadas. Descuido por los desempleados, jubilados y ancianos. Descuido y abandono de los sueños de generosidad, menosprecio de la solidaridad, la libertad y la dignidad de los seres humanos. Descuido y abandono por la condición social de las ciudades, Descuido e indiferencia por la dimensión espiritual del ser humano. Descuido e indiferencia por los asuntos públicos y políticas pobres para los más desfavorecidos. Abandono de la reverencia indispensable para cuidar de la vida y de su fragilidad. Descuido e indiferencia por el cuidado de la tierra. Descuido por la calidad de la vida, por la vivienda, decadencia en los gustos y de las costumbres de los jóvenes, la violencia es el arma de la resolución de conflictos interpersonales e institucionales. Saturados por la tecnología, la crueldad y la insensatez. (p.18).

Estos síntomas enumerados por el autor son necesarios tomarlos en cuenta porque tal como él lo tipifica son elementos que describen la falta de cuidado que se

ha generado a nivel mundial y que es el ser humano el que puede considerarlos y combatirlos, para su supervivencia como lo hizo en un principio. Este autor considera que “el cuidado se encuentra en la raíz del ser humano, antes de que haga nada y todo lo que haga siempre irá acompañado de cuidado”. Dándole significado al cuidado como un modo de ser esencial. El cuidado forma parte de la naturaleza y de la constitución del ser humano” y agrega que si “el ser humano no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte, se desestructura, se marchita, pierde el sentido y se muere.

Esto significa que la enfermera tiene una gran responsabilidad humana, como es el cuidar al niño, a los jóvenes, al anciano, al enfermo, a las comunidades, a la espiritualidad y los valores del ser humano, al sistema ecológico, esto habla de la amplitud de nuestra razón de ser como seres humanos y como profesionales del cuidado. Por lo que es necesario la búsqueda de nuevos conocimientos basados en valores, actitudes y comportamientos prácticos, aflorando nuestra esencia humana bajo una nueva óptica que combata la indiferencia y el descuido por la preservación del la vida.

Por su parte (Waldow, 1998), define el cuidar como “un comportamiento y acción que envuelve conocimiento, valores, habilidades y actitudes aprendidas en sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener y mejorar la condición humana en el proceso de vivir o morir” (p.127); e implica la ejecución de técnicas o procedimientos en pacientes que resultan de una prescripción médica relacionada con el tratamiento, y que a su vez se relaciona con su patología o enfermedad. Cuyo objetivo se basa en aliviar, confortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar, hacer, etc.

Esta autora establece que el cuidado humano, consiste en una forma de vivir, de ser, de expresar, es una postura ética y estética frente al mundo, lo ve como un compromiso con estar en el mundo de contribuir con el bienestar general en la

preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad, además de contribuir con la construcción de la historia del conocimiento y de la vida. Y describe la finalidad de cuidar en enfermería específicamente como “darle prioridad al alivio del sufrimiento humano, mantener la dignidad, facilitar medios para manejar las crisis y las experiencias de vivir o de morir”.

(Waldow, 1998), aporta en su proceso de cuidar, el cual está muy relacionado con el proceso de enfermería ampliamente conocido. En el que se ve a la enfermera como ser activo y al ser cuidado como ser pasivo donde el ser cuidado, en función de su situación, puede desempeñar un papel menos pasivo al ser responsable de su propio cuidado. Esta autora explica que el proceso de cuidar se basa en el desarrollo de acciones y comportamientos con base en el conocimiento científico, experiencia, intuición y pensamiento crítico para y con el paciente en el sentido de promover, mantener y recuperar su dignidad y las totalidades humanas que engloban el sentido de integralidad física, social, emocional, espiritual e intelectual en las fases de vivir o morir, lo que implica un proceso de transformación de ambos (cuidador y ser cuidado).

Resalta además algunas cualidades que debe poseer la enfermera cuidadora, el ser a quien se dirige el cuidado como ser integral en su carácter físico, social, emocional, espiritual e intelectual y el proceso de transformación que debe observarse en la relación enfermera paciente cuya finalidad está dirigida al alivio del sufrimiento humano, mantenimiento de la dignidad y a contribuir o participar activamente en las experiencias de vivir o de morir. Estas teorizantes tratan de crear las bases del conocimiento en enfermería considerando la profesión de enfermería con el componente humano de quienes la ejercen y para el ser humano a quien se dirige el cuidado. En este sentido es interesante hacer una revisión de algunas concepciones filosóficas que permitan la comprensión de la naturaleza humana y el desarrollo teórico.

3.-Marco filosófico.

Si nos trasladamos hasta los tiempos de la filosofía presocrática o filosofía de la naturaleza también llamada estudios de los problemas de la *physis*, en la cual se considera a la naturaleza como el origen y producción de las cosas. El *arjé* que significa en griego principio, nos haríamos la pregunta de los filósofos de ese momento tales como Mileto (624-562 a.c.) y Anaxímenes (588-524) sobre el origen y principio de las cosas. Quienes aceptaron como principio de todas las cosas a los elementos observables por todos los sentidos. Según estas consideraciones podemos deducir que el cuidado surge desde la existencia del ser y es la actividad que permite asegurar las condiciones para mantener y preservar la vida, pues el *arjé* de las cosas y la *physis* es considerada como los procesos dinámicos que tenían que estar regulados y ordenados como fundamentos de un mundo en armonía. En este sentido la regularización de estos procesos requiere del cuidado inicialmente de la persona y del entorno global para garantizar la armonía del planeta.

Considerar tales principios filosóficos relacionados con el cuidado como objeto de la profesión de enfermería también nos permite analizar el desarrollo de la profesión a partir de la construcción de conocimiento el cual surge desde la existencia de pensadores precursores de la filosofía, Tales como Mileto A quien se le consideró “el iniciador de la filosofía, por ser el primero que al preguntarse sobre el origen y principio de las cosas, quien concretó de manera objetiva el problema con el cual daría comienzo la actitud filosófica que busca explicaciones racionales”

(Chavez Calderón, 2004) describe el principio filosófico de Mileto, “el agua como el principio de todas las cosas” (p19).

Mileto consideró el agua como la sustancia primordial, el elemento primario de todas las cosas, porque sus observaciones lo llevaron a concluir que toda

manifestación vital se da en un ambiente de humedad y que todas las cosas son húmedas por naturaleza.

Este pensamiento es considerado razonable reconociéndose el agua un elemento indispensable para la supervivencia de todas las especies y para el desarrollo de toda actividad humana.

Este mismo autor señala a Anaxímenes, quien consideró el aire como principio de todas las cosas. Este filósofo “comparó el aire con el soplo que sostiene nuestro cuerpo a modo de alma haciendo la siguiente afirmación, así como nuestra alma, que es aire, nos sostiene, así también el soplo y el aire rodean el mundo entero” (p.21).

Ciertamente el agua y el aire son elementos vitales para la vida y para procesos que envuelven y mantienen la armonía cósmica. Estos elementos han sido primordialmente considerados como componente vital en los modelos y teorías de enfermería que dirigen los cuidados a la satisfacción de necesidades del ser humano.

Cuando la phisys o el estado de la naturaleza del hombre sufre una desorganización o existe desequilibrio armónico sobreviene la enfermedad o un nivel de dependencia, surge la necesidad de cuidados, que estarán dirigidos a restablecer el equilibrio. En este sentido el cuidado es parte de la naturaleza del ser humano, en enfermería los cuidados proporcionados al enfermo estarán dirigidos al logro del bienestar y la comodidad, física, psicológica y espiritual para el mantenimiento del equilibrio y la armonía del ser humano; sin embargo a pesar de su importancia en la conservación de la vida no se ha hecho énfasis a su carácter científico.

Por otra parte (Chavez Calderón, 2004) describe la filosofía de Karl Marx, quien consideró que “al hombre había que entenderlo como un ser natural, que la naturaleza humana no es fija y que el hombre es un ser que tiene consciencia, e historia de manera que debe hacerse hombre humanizándose” (p.191). Para este

filósofo su concepción general del mundo “lo único real es la naturaleza, esta existe independientemente de toda filosofía. Fuera de la naturaleza y de los hombres nada existe”. El materialismo marxista concibe al hombre principalmente activo y práctico, siempre hay procesos y desarrollos que llevan a la superación de etapas anteriores. Por esta razón considera que la tarea de los filósofos no es la de interpretar el mundo, sino la de transformarlo, además que sugiere que las circunstancias hacen cambiar a los hombres, en la esencia del cristianismo solo se considera como auténticamente humano el comportamiento teórico, en cambio la práctica se capta en la forma de manifestarse. Criticó el hecho de atribuírsele la esencia religiosa a la esencia humana, pues no se debía considerar la esencia humana como algo abstracto e inmanente a cada individuo. Es en su realidad más bien el conjunto de sus relaciones sociales. Planteó como un problema, atribuirse al pensamiento humano una verdad objetiva no es un problema teórico, sino un problema práctico. Es en la práctica donde el hombre debe demostrar la verdad, es decir, la realidad y el poder, la terrenalidad de su pensamiento.

Lo que significa que no basta el conocer las múltiples teorías de enfermería existentes y reconocer el esfuerzo de las teóricas en tratar de dejar el aporte científico, sino que el profesional de enfermería en su condición de ser principalmente activo y práctico, es capaz de cumplir procesos que los conllevan al desarrollo y superación de etapas y está en la potestad por su condición de humano de demostrar en la práctica según las circunstancias, la actividad humana el cambio de los hombres mismos en lo que el llama una práctica revolucionaria de transformación apoderándose de un marco filosófico basado en el cuidado humano que considera al hombre en su naturaleza en sus diferentes procesos y desarrollo y en su interacción social.

(Gadamer, 2003) plantea la filosofía de **Martín Heidegger** (1889-1976) quien expresa en su obra cumbre el Ser y el tiempo (1924), la existencia del hombre en lo que significaba para él, el ser-ahí que implica el estar presente en el mundo, al que le

importa su ser, que entiende de su ser y que cuida de su ser. En su carta sobre el humanismo, se dice que estaba buscando un lenguaje para la comprensión, el ser-ahí da significado a la vida que se extiende del nacimiento a la muerte, y que en su finitud e historicidad, tiene un ahí, un aquí y un ahora, presencia en el instante, no como un punto vacío sino plenitud del tiempo y reunión del todo. El ser de ser-ahí, consiste en ser este “ahí” en el que futuro y pasado no son momentos que se acercan y se alejan rodando, sino que son el futuro propio en cada caso y la propia historia que conforma el propio ser desde la ocasión del nacimiento. Proyectándose el ser-ahí al futuro asumiendo su finitud y se haya como arrojado en el ser en la facticidad, que significa una determinación fundamental de la existencia humana. Y el carácter incomprensible de su propia existencia.

Mas tarde Heidegger formula otro concepto el “claro del ser” el claro es una zona en la que uno entra después de caminar interminablemente en una oscuridad, donde encuentras espacio, donde entra la luz del sol y después de atravesar somos rodeados nuevamente por la oscuridad como una ilustración del destino finito del hombre.

Heidegger también plantea el concepto estar-con en una condición apriorística de todo ser-ahí que es compartido. Ser-ahí siempre es también ser-con, no importa si otros están también ahí o no, si me faltan, o si no “necesito” a nadie. Estas frases distinguen el modo de ser en el mundo y el cuidado era comprendido como la disposición fundamental y general del ser-en-el-mundo. En realidad su analítica trascendental de ser ahí apuntaba a una concretización de la consciencia trascendental. Desde siempre el ser-ahí se encuentra entregado al cuidado del “mundo”, a lo que está a la mano y al estar-con-otros en este entregarse el verdadero carácter del ahí, como también el “yo mismo” quedan siempre ocultos, la forma en que primero y generalmente se encuentra el ser ahí es el “uno”.

Otra herramienta importantes es la autenticidad del ser-ahí detrás de este estar entregado al mundo con el curar y cuidar, para mostrar el ahí envuelto en la nada por medio del correr hacia la muerte. Heidegger consideró la cotidianidad de la existencia que se entiende desde el mundo y como cuidadora, permanece tanto al ser- ahí como la mirada que se abre en la cumbre más alta del instante en el que se descubre lo propio en cada caso de morir, y en el que la temporalidad originaria se muestra como temporalidad finita frente a la inautenticidad de la comprensión vulgar del tiempo y aun en la eternidad de este y considera que el horizonte de la comprensibilidad está expuesto a la inseguridad y podría ser limitador en la medida en que la objetivación que está conectada con la temática “va en dirección contraria al comportarse cotidiano frente al ser”.

Para Heidegger la oscuridad puede significar la muerte, los claros del ser son la experiencias del transcurrir de la vida, mas que la incomprensión del ser humano es la complejidad del ser en su totalidad. Trata de explicar la existencialidad en términos de estar presente en el mundo en un tiempo finito. En el estar-con es la existencia y la entrega para con el otro en una relación entre humanos en interdependencia para la cura y el cuidado en la lucha contra la muerte y la preservación de la existencia del ser. Y sensibilizarse con el otro y con el propio ser.

Otra corriente filosófica en las cuales puede apoyarse el desarrollo teórico del cuidado humano en enfermería es la corriente filosófica de John Dewey,

(Magee, 1999) describe la filosofía de Johon Dewey (1859-1952) quien en un pragmatismo, articulado sobre los conceptos de utilidad e interés, en el cual configura la realidad dinámicamente dentro del sujeto a través de su experiencia del mundo y de su relación con la sociedad. La concepción de que mente, sujeto y mundo no son realidades estáticas sino procesos que interactúan constituyéndose entre sí, plantea que nuestra interacción con los objetos viene determinada por el régimen simbólico de los signos. La comunicación sitúa al individuo en un sistema de mutuas relaciones,

propuestas comunes y oportunidades de compartir experiencias, discursos y planteamientos.

Es así como apoyándonos en las experiencias de las enfermeras en la práctica del cuidado y su interacción humana con los otros y con la sociedad en la cual la comunicación y los símbolos, además de la condición humana de responder mediante actitudes y emociones permiten fundamentarse en estos enfoques filosóficos como bases para la construcción de un referencial teórico que surja de las propias perspectivas de las informantes y sea más productiva y más adaptada a nuestras realidades.

Para Dewey el pensar constituye cuatro etapas:

1.- Tomar consciencia de un problema, 2.- la observación de las condiciones, 3.-la formación y la elaboración racional de una conclusión sugerida y la 4.- comprobación experimental activa. Aun cuando todo pensar acaba en conocimiento, últimamente el valor del conocimiento está coordinado a su uso en el pensar. Pues nosotros no vivimos en un mundo establecido y acabado, sino en un mundo que se está haciendo y donde nuestra tarea principal es previa y retrospectiva, su valor está en la solidez que ofrece a nuestra conducta en el futuro.

Las etapas y análisis de este filósofo se adaptan a la necesidad de utilización de un marco teórico y filosófico. A pesar de que este autor construye su pensamiento dirigido hacia la educación es perfectamente adaptable a la práctica de enfermería debido a que el uso del pensamiento y el razonamiento lógico basado en el conocimiento, propiciado con los avances de la formación de los profesionales de enfermería, les permite una mejor manera de pensar, y de ver la práctica para contribuir y mejorarla participando así en el desarrollo de la profesión en el futuro cercano.

Por su parte el Enfoque filosófico de cuidado humano según (Mayeroff, 1971) considera el cuidado de las personas desde el punto de vista existencial describiéndolo como un proceso que implica ayudar a crecer y a desarrollarse. Además refiere que el cuidar, no solo es el cuidado de las personas sino también de las cosas que nos rodean. Ejemplificando que se puede cuidar cosas, cuidar una idea, un ideal, de manera que el ser humano por medio del cuidado humano vive el significado de la vida.

Resume el proceso de cuidar mediante los siguientes aspectos:

- a. Ayudar al otro a crecer, lo que implica ayudarlo a cuidar de sí mismo, ayudarle a descubrir y a crear áreas propias de las cuales esa persona es capaz de cuidar.
- b. Ver al otro como extensión de mi mismo, pero reconociéndolo como ser independiente con necesidades de crecer.
- c. Ver el desarrollo del otro vinculado a mi propia sensación de bienestar.
- d. Sentir que el otro necesita de mi para crecer y responder afirmativamente con dedicación a las necesidades, guiado por la dirección de su crecimiento

Cuando las enfermeras (os) expresan la satisfacción que les genera el cuidado están considerando el desarrollo del otro desde su propio bienestar, lo que les permite reconocerse como la persona que está para ayudar, que es de él de quien se requiere el cuidado, que es él quien puede lograr el crecimiento en el enfermo que estaría traducido en el logro de la independencia para la satisfacción de necesidades de forma autónoma y participativa.

Tal como lo menciona Mayeroff, “el cuidado permite comprender nuestra propia vida, llegar a vivir su significado, de manera que las obligaciones no son imposiciones, que estas convergen entre lo que sienten que deben hacer y lo que quieren hacer”. De manera que el profesional de enfermería al reconocer que el otro

necesita de su ayuda para crecer, que es quien puede ayudarlo a reconocer sus necesidades, capacidades y limitaciones para enseñarlo a ser responsable de su propio cuidado y de su propia vida se estará permitiendo reconocer el cuidado como su razón de ser en la profesión y propiciará acciones para su propio crecimiento y desarrollo.

Desde el enfoque filosófico de Mayeroff el crecimiento implica:

- a. Aprender a tener límites de nuestras propias capacidades.
- b. Reconocer las necesidades propias de cuidado.
- c. Ser responsable de su propia vida
- d. Aprender a recrearnos a través de la integración de sus propias experiencias e ideas.
- e. Tener autodeterminación, escoger sus propios valores e ideas fundadas en su propia experiencia en lugar de conformarse con valores predominantes. Estar apto para tomar sus propias decisiones y más dispuestos a responder por ellos y por consiguiente disciplinarse y limitarse a sí mismo a fin de procurar el obtener lo que es importante para ellos.
- f. Se torna más sincero consigo mismo y es más consciente del orden social y natural del cual se hace parte.
- g. Cuando consigue verse con un mínimo de ilusión consigue apreciar mejor la estructura objetiva de medios y fines.

Desde los planteamientos de Mayeroff con respecto al crecimiento, el profesional de enfermería al cuidar puede propiciar el crecimiento de la persona cuidada cuando dirige sus intervenciones a promover la independencia, el autocuidado, la participación y la toma de decisiones en relación a sus cuidados. Utilizando un proceso de relación de ayuda.

Componentes del cuidado según Mayeroff:

1. **El conocimiento** este enfoque filosófico explica que el conocimiento puede darse en primer lugar implícito y explícito. Se es explícito cuando somos capaces de traducir en palabras lo que conocemos. Conocer implícitamente es ser incapaz de articularlo. En segundo lugar existe una diferencia entre saber algo y saber como hacer algo, es decir “una persona puede conocer bien la teoría de enseñanza sin ser capaz de enseñar”. En enfermería puede conocerse sobre teorías sin procurar aplicarla. Y en tercer lugar existe diferencia entre conocer directa o indirectamente una cosa, esto se refiere a encontrarla y a entenderla en su propia existencia. En el cuidado, conocer a otro directamente; la unión que siento para con el otro se armoniza con mi consciencia de que él es un ser distinto e individual. El conocimiento indirecto se refiere a conocer alguna cosa, tener información sobre ella. Es decir se puede conocer algo indirectamente sin realmente experimentarlo y se puede experimentar sin conocerlo directamente.

Considera el conocimiento implícito y explícito en el cuidado y el saber directo o indirecto, todos relacionados con las diferentes maneras de ayudar a otro a crecer. Sugiere que debemos concientizarnos de la cantidad de conocimiento existente en el cuidado y no restringirnos en que el conocimiento es solo aquello que puede ser verbalizado. Explicando que “el conocimiento implícito, el conocer como y conocimiento directo como formas de conocer sin restringir el significado de conocimiento suponiendo que solo las palabras pueden ser comunicadas, restringiendo el significado de la comunicación a lo que podemos traducir por palabras”.

2. **Los ritmos alternados:** que se refiere a que “no se puede cuidar apenas por hábitos, debo aprender a partir de mi pasado” es cuidar a partir de mis propias experiencias, validar mis acciones, si efectivamente ayudé, y a la luz de los resultados mantengo o modifico mi comportamiento de manera que pueda mejorar la ayuda del otro. Es la reciprocidad y la retroalimentación que se lleva a cabo en el cuidado de la persona enferma. Esto es entender el hacer de manera amplia, lo que

conlleva efectivamente a las enfermeras a proponer criterios de resultados. Lo que permite evaluar la efectividad de las acciones y replantear el cuidado en el caso de no ser efectivas. Esto significa que el cuidado se da mediante una relación de alternabilidad en la que no se trata solo de ayudar a otro sino además de poder proyectarme en cada situación de cuidado mediante lo que el autor llama “dedicación y compromiso para superar los obstáculos y dificultades basándose en el valor que reconozco; expresando la totalidad de mi persona y no solo lo intelectual o emocional”. De otra forma el mostrarse despreocupado o no proyectarse dentro de una acción, el no hacer nada por proponer soluciones ante una situación es someterse a la inactividad alterando nuestro propio comportamiento.

3. **La Paciencia:** esta se requiere para dejar al otro crecer en su propio tiempo y en su propia manera, con paciencia doy tiempo, espacio y posibilidad al otro a encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. Pero deja claro que tener “paciencia no es esperar pasivamente que acontezca alguna cosa, más bien es un modo de participar con el otro por el cual nos entregamos totalmente”. La paciencia incluye tolerancia que no debe confundirse como indiferencia por el otro, por el contrario la tolerancia expresa un medio de respeto por el crecimiento del otro, es un medio de reconocimiento en el juego libre que caracteriza el crecimiento. Esto implica ser paciente conmigo mismo, dándome la oportunidad de aprender, observar y descubrir tanto al otro como a mí mismo, dándome la oportunidad de cuidar. Aquí pueden ubicarse las enfermeras que pierden la paciencia durante el contacto con las personas que demandan cuidado, estas deben reconocer el valor de la tolerancia para ayudar a estas personas en cuanto a la valoración del tiempo, del espacio que tienen para disponer del cuidado y así entender su mayor disposición de ayuda a pesar de que existan otros factores influyentes pero como persona que cuida no dejar de estar ahí ni mostrarse indiferentes ante las necesidades y demandas de los usuarios de su servicio.

4. **Sinceridad:** Al cuidar a otro lo debo ver como él es y no como me gustaría que fuese o como siento que debe ser, si voy a ayudar a otro a crecer debo corresponder a sus necesidades de cambio, si me siento forzado a ver al otro de una cierta manera, es decir que si se logra ver lo que se quiere ver, no lograría ver no sería capaz de ver al otro como realmente es, lo que limita las respuestas ante el otro; así mismo cuando los hechos son desagradables los respeto considerándolos seriamente entrando en contacto con el otro y cuidando de él. Debo ver como soy, debo ver que hago y si lo que estoy haciendo puede alcanzar el crecimiento del otro. Ser sincero es aceptar nuestros propios errores y aceptar correcciones, es tratar de aprender de mis propios errores. “ser sincero en el cuidar, no por conveniencia como si la sinceridad fuese apenas un significado de cuidado, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado”. Y puede verse además de una manera diferente mediante la autenticidad al cuidar al otro, no debe haber diferencia entre la forma de hacer y lo que realmente se siente, entre lo que se dice y lo que se siente. Es estar presente para el otro y que el otro esté presente para mí, fingir lo que no se es interfiere en las capacidades de relacionarse con el otro como un individuo con vida propia. No se puede estar totalmente presente para el otro si se está más preocupado en aparentar para otras personas que en observar sus necesidades y responder a ellas.

5. **La Confianza:** el cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y en su propia manera, es reconocer la independencia del otro y el hecho que el otro es otro. Es entender que el otro va a errar y va a aprender de sus propios errores, es creer en su capacidad para tomar sus propias decisiones y que estas serán razonables y proporcionales a su propia experiencia y capacidades. El descubrir que él confía en mí, tiene sus propios medios de activar a la persona a quien se cuida en el sentido de justificar tal confianza y de confiar en sí misma para crecer. La confianza implica “dejar en libertad, esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido donde ambos exigen coraje”. Esta relación de confianza debe darse en ambos. Es decir no es solo la confianza que se genera en la persona cuando demostramos nuestras capacidades para cuidarlo y en la toma de decisiones con

respecto al cuidado que le proporcionamos. En el profesional de enfermería también debe surgir esa confianza como elemento para entender el grado de independencia del paciente y su capacidad para tomar decisiones con respecto a reconocer en él su capacidad para aprender a cuidarse a través de su propia experiencia y confianza en sí mismo.

6. **Humildad:** está presente en el cuidado de diversas maneras. En primer lugar desde que el cuidador es responsable por el cuidado del otro, esto implica un estudio continuo del otro, siempre hay algo más que aprender. El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo y sobre aquello que el cuidado comprende, e incluye igualmente aprender con la persona o cosa de la que se cuida, de las experiencias de este y de las propias. Es así que el profesional de enfermería siempre estará abierto a aprender de la persona que cuida, “la actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado”. La humildad también está presente al tomar consciencia de que mi cuidado específico no es de alguna forma privilegiado. Lo que es importante no es si mi cuidado es más importante que su cuidado, sino que el hombre sea capaz de cuidar y que tenga algo que cuidar. “la preocupación por saber cual es el cuidado más valioso me desvía del cuidado, puesto que estoy más preocupado conmigo mismo y con el hecho de ser yo quien cuida que con el crecimiento del otro. Esto incluye superar la arrogancia que exagera las capacidades propias a costa de las capacidades de los demás, significa además superar la pretensión, ser capaz de mostrarse a los demás tal como eres, sin exhibicionismo y falsa modestia, es hacer que los otros te vean con fidelidad y ser franco.

Esta actitud de humildad permite reconocer en los demás su propia integridad. Y entender las limitaciones y capacidades propias y que tales limitaciones no son motivo de resentimiento ni de exaltación y más bien sentirse orgulloso cuando las capacidades son utilizadas con éxito. Es decir cuando como profesionales de enfermería utilizamos nuestras capacidades para ayudar a satisfacer las necesidades

de la persona enferma cuando estas están limitadas; es poder utilizar nuestras propias capacidades en pro de otras personas, reconociendo nuestras limitaciones y evitar tratar de cumplir siempre nuestra voluntad o mantener siempre el control en la relación con el enfermo sin tomar en cuenta su capacidad de participar, su nivel de independencia, su autodeterminación en la toma de decisiones, su integralidad y su potencial de crecimiento como persona capaz de poder enfrentar su situación de enfermedad o sus necesidades de cambio en el estilo de vida.

7. **Esperanza:** esta es una “expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades” es para el profesional de enfermería la sensación del logro de resultados a través de los cuidados, lo contrario es el desespero donde no hay posibilidades. “En el cuidado la relación de esperanza con el futuro aumenta el significado del presente. La esperanza como expresión del presente lleno de posibilidades revive las energías y activa nuestros poderes, no en una espera pasiva de algo que va a acontecer de afuera para adentro, no se trata de la esperanza en otros es más bien la esperanza de realización de otros a través de mis cuidados. Es creer y ayudar a creer en las potencialidades del otro para el logro de resultados esperados. Por tanto el profesional de enfermería deja una puerta abierta a la esperanza y en razón de esto realiza sus cuidados, esta esperanza se puede apoyar en la fe y en la espiritualidad de las personas cuando parece llegar el final sea por una enfermedad, una limitación y hasta la misma muerte apoyándose en su propias creencias y en las creencias de la otra persona para llegar a entender que hasta la muerte pudiera ser un estado de crecimiento o de autorrealización del ser.

8. **El Valor o coraje:** también está presente en el viaje a lo desconocido o la falta de certeza de donde esto va a terminar, o en que situaciones extrañas puede encontrarse. Hasta la seguridad del apoyo familiar no puede preverse plenamente en lo que el otro se va a transformar o en quien se va a transformar la persona que cuida. Esto le permite a la persona buscar su propio camino, a encontrarse a sí mismo y a ser él mismo. El valor no es ciego se apoya en el conocimiento y en las experiencias

pasadas y es abierto y sensible al presente. Confiar en el crecimiento del otro y en mis propias capacidades de cuidar me da valor para atreverme ante lo desconocido.

Otros aspectos considerados en el marco filosófico de Mayeroff son:

a. **Las capacidades para cuidar y para ser cuidado**, Contemplar conductas de interacción requiere capacidades que se refieren a estar a la altura de cuidar de el otro, es reconocer nuestras propias limitaciones implica cuidar de otros, cuidar de si y promover el cuidado de sí en el otro. Es ser capaz de ayudar al otro en su crecimiento pero si este no se logra ayudarlo a confortarse e interesarse por su bienestar.

b. **La constancia**: implica continuidad y esta es imposible si el otro es continuamente sustituido, el otro debe permanecer constante pues el cuidado es un proceso de evolución en este caso es necesario permanecer en un lugar y dedicar el tiempo suficiente para que se desarrolle cualquier sentimiento de lealtad como la dedicación y la confianza. Para que esta se establezca se requiere de tiempo, esta relación se ve limitada en el profesional de enfermería si es frecuentemente sustituida o no se encuentra comprometida con el cuidado de esa persona por desarrollar solo funciones y procedimientos aislados de lo que significa el cuidado de la persona. Si no hay constancia y compromiso se pierde el sentido del “estar ahí” para el otro. La constancia es descrita por Mayeroff como “la persistencia sobre las condiciones desfavorables y por el deseo de superar las dificultades” para lo que se requiere “dedicación y **compromiso** para superar los obstáculos reconociendo el valor en el otro y expresando la totalidad de la persona que cuida en su intelectualidad y en su parte emocional”. Para este autor el compromiso permite ofrecerse como alguien de quien se puede depender

c. **La fe**: presente en sentido limitado y en sentido amplio. En el sentido limitado la fe es un componente de vivir el significado de la propia vida, como

cuando nos referimos a tener fe en alguien o en alguna cosa, tener fe en las capacidades propias. Esta fe disipa el miedo de una posible autotraición a través de un conformismo enfermo a cambio de aprobación y seguridad volviéndose indiferente a las propias necesidades y a las necesidades de otros de crecer. La fe en uno mismo no es ciega ni irracional, esta es garantía de las experiencias propias de cuidar y de ser cuidado, la fe en un sentido más amplio puede ser ejemplificada por la diferencia entre el hombre que asume la responsabilidad por su vida y el hombre que evita esta responsabilidad y espera que otros la asuman.

Otro elemento a considerar en el contexto teórico de este estudio es el marco legal que tanto a nivel nacional como internacional fundamentan la práctica de enfermería y el cuidado como elemento esencial de dicha práctica.

4.-Marco legal:

En el marco legal del ejercicio de la profesión de enfermería la razón de ser es el cuidado y está sustentado en la estructura legal nacional e internacional como se describe a continuación.

(Consejo Internacional de Enfermeras, 2012), (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE), que representan a los más de 13 millones de enfermeras del mundo entero. Fundado en 1899, el CIE es la primera y más amplia organización internacional de profesionales de salud de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y al frente de las enfermeras en el plano internacional, esta organización trabaja para lograr cuidados de enfermería de calidad para todos, políticas de salud acertada en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y de unos recursos humanos de enfermería competentes.

Establece que “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Las Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.

Esta organización no limita el ámbito de la práctica a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y la evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, la supervisión y la delegación en otros, la dirección, la gestión, la enseñanza, la realización de investigaciones que conlleva a la producción de conocimientos y la elaboración políticas de salud. Además, como el ámbito de la práctica es dinámico y responde a las necesidades de salud, al desarrollo del conocimiento y a los avances tecnológicos, se somete a un examen periódico para cerciorarse que sigue siendo coherente con las necesidades de salud actuales y favorecer mejores resultados de salud.

A nivel nacional este trabajo se apoya legalmente en lo establecido por la **(Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999)**, en su título III, capítulo I garantiza los derechos humanos de los ciudadanos Venezolanos en su artículo 19

“El estado garantizará a toda persona conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos, su respeto y garantía son obligatorios del poder público de conformidad con esta Constitución, los tratados sobre derechos humanos suscritos y ratificados por la república y con las leyes que los desarrollen”.

Y en el art. 21 establece la igualdad entre las personas y “prohíbe la discriminación fundadas en la raza, sexo, credo y condición social...” y el capítulo V en su artículo 81... “el estado garantizará el respeto a la dignidad humana” y en el art. 83 en el cual se considera la salud como:

“derecho social fundamental, obligación del estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley de conformidad con los convenios internacionales suscritos y ratificados por la república”.

Entendiéndose en el marco legal a nivel nacional que el estado garantiza servicios de salud, en lo que garantiza los derechos humanos de los ciudadanos venezolanos, sin discriminación de ninguna índole, garantizando el respeto a la dignidad humana, la salud, el derecho a la vida, y el compromiso que corresponde asumir a los profesionales de la salud conjuntamente con las políticas del estado de contribuir a elevar la calidad de vida, promover el bienestar colectivo y el acceso a servicios de calidad.

(La Ley de ejercicio profesional de la práctica de enfermería, 2005) En su artículo 2 capítulo I, declara que se entiende por ejercicio de enfermería toda actividad que propenda:

1.-el cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser

humano. 2.-La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde esta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre él o la profesional de la enfermería y él o la paciente, la familia o la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería esta en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.

Finalmente esta Ley de ejercicio profesional de enfermería, establece el Cuidado como actividad fundamental del ejercicio de enfermería dirigida a mejorar y mantener la salud del individuo, familia y comunidad en la búsqueda del bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano, mediante la interacción humana y social entre la enfermera y el usuario del servicio prestado por la enfermera, cuya esencia está reflejada en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.

CAPÍTULO III

MATRÍZ EPISTÉMICA.

A continuación se describe, el proceso que marca el rumbo cognitivo de la investigación, el cual según el fin último que se pretende es: generar desde las perspectivas de los profesionales de enfermería una construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano. Por lo que se requiere del uso del **enfoque complejo** como método epistemológico que permite reflexionar desde la cotidianidad del quehacer del campo específico de la práctica de enfermería para la construcción teórica.

Tal como lo plantea (Morin, 1994), “se trata de desarrollar en consecuencia una teoría, una lógica, una epistemología que pueda resultar conveniente al conocimiento del hombre” (p.39), en este caso a los profesionales de enfermería.

(Leal, 2005) Plantea un esquema que permitirá estructurar la matriz epistémica del estudio, tal como se describe a continuación (p 42).

1.- Paradigma:

Esta investigación se basa en el paradigma **cualitativo** en el cual el investigador desarrolla conceptos e interpretaciones, partiendo de los datos y aplicando el método inductivo en la búsqueda de la verdad y la comprensión profunda desde la perspectiva de las enfermeras en el marco de la práctica de enfermería.

2.- Enfoque:

Se utiliza la lógica configuracional, la cual permite que el sujeto investigador genere a través de una extensa revisión teórica y empírica un proceso productivo de conocimiento en el cual se involucra la realidad de la práctica de enfermería y se establece una relación con el deber ser de la profesión para lo que se requiere según (Leal, 2005), que “el investigador sea un sujeto activo que involucra sus complejos procesos intelectuales, comprometido con el desarrollo del conocimiento sobre la subjetividad”.

Este autor define “La lógica configuracional como un proceso donde el investigador de forma creativa, organiza la diversidad de lo estudiado y de sus ideas en momentos de producción del conocimiento que encuentra la continuidad en la construcción teórica de lo estudiado”, hace una clasificación interesante para el abordaje o enfoque de investigación que plantea de la siguiente manera:

1. Si se quiere controlar o explicar la realidad el enfoque sería empírico analítico.
2. Si se pretende comprender, el enfoque sería fenomenológico hermenéutico.
3. Si se quiere transformar el abordaje sería crítico dialéctico.
4. Si se quiere construir conocimiento el enfoque sería **complejo-dialógica**

Tal como ha sido planteado el propósito del estudio, es generar una construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano, entonces esta investigación se planteó bajo el enfoque complejo-dialógica. Considerando lo planteado por (Leal Gutierrez, 2012) es la investigación que se realiza de acuerdo al momento, y no se cuenta con una técnica determinada, “es amétodo”, se persigue dialogar con la realidad en una estructura dialéctica. En la lógica configuracional el investigador no representa procesos ordenados, ni secuenciales, ni lineales, ni derivados.

El investigador no es seguidor de reglas, es más bien participante de la investigación, debido a que se enfrenta a las diferentes opciones, no solo utiliza la lógica deductiva, sino también utiliza la infralógica. Es decir que para la toma de decisiones no solo se toma en cuenta lo tangible, sino lo intangible como las creencias, las experiencias y las vivencias.

Al respecto (Chavez Calderón, 2004) plantea que en la estructura dialéctica “la realidad es relacional, los hechos son el resultado de un juego de relaciones y la realidad es procesual; en cuanto a que no es fija, ni determinada para siempre” (p.181), es decir las partes forman un todo y el todo se conforma en las partes conlleva a la generación de constantes procesos de cambio.

(Morin, 1994) considera lo complejo es lo que recupera, por una parte al mundo empírico, la incertidumbre, la incapacidad de lograr la certeza, de formular una ley, de concebir un orden absoluto, y recupera por otra parte algo relacionado con la lógica y con la incapacidad de evitar contradicciones.

Esta investigación plantea analizar, como los profesionales de enfermería perciben la realidad de la práctica profesional y la aplicabilidad de las teorías de enfermería en dicha práctica mediante el uso la filosofía de cuidado humano; lo cual se logra a través del enfoque complejo-dialógica mediante los momentos o encuentros de entrevista. Lo que nos permitirá finalmente generar una construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía de cuidado humano.

3.-Teoría fundamentada

Este método permite la interpretación de los datos a partir de un proceso inductivo para generar teoría sustentada en los datos, la cual según (Leal, 2005) “tiende a dar una interpretación sobre un tópico relevante de amplio nivel conceptual” (p110). Es decir, que el investigador basándose en los datos recogidos a través de

entrevistas, grabaciones y observaciones, cumplirá las fases de interpretación, análisis y comparación con la finalidad de desarrollar un proceso investigativo capaz de generar su propia teoría.

(Strauss & Corbin, 2002) afirman que la teoría Fundamentada tuvo su origen en los trabajos de los sociólogos, Barney Glaser y Anselm Straus en 1947 en la Universidad de California, en San Francisco, USA, apoyados en las corrientes filosóficas de Dewey, Park Mead, Thomas y Blume. Y sus enfoques de interaccionismo y pragmatismo. Con la teoría fundamentada surge un nuevo método de análisis de los datos cualitativos permitiendo así el desarrollo de teorías. Estas autoras, afirman que “La teoría fundamentada se refiere a una teoría derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método la recolección de los datos, el análisis y la teoría que surge de ellos guardan estrecha relación entre si” (p. 13)

Por su parte (Arenas & Lorenzini, 2011), describe una serie de Conceptos básicos a considerar con la utilización de este método. (pp. 23-33)

1.-Interrogante de la investigación:

El objetivo principal de este método es generar teoría, (Strauss & Corbin, 2002), plantean “que es necesario formular una pregunta de manera que permita flexibilidad y libertad para explorar el fenómeno con profundidad” (p.45). Estos autores consideran que el tipo de preguntas debe permitir al investigador encontrar las respuestas a los asuntos que parecen importantes pero que no han sido respondidos así pues estas preguntas iniciales son amplias haciéndose cada vez más estrechas, y progresivamente más focalizadas, a medida que se descubren los conceptos y sus relaciones.

En vista de la inquietud que se tiene: que a pesar de la existencia de las múltiples teorías de enfermería no se ha evidenciado la aplicabilidad de los elementos teóricos en la práctica de enfermería y la necesidad de humanizar el cuidado se hace vigente cada día. Surge como interrogante inicial: **¿entre las perspectivas de las enfermeras estará presente el uso de la filosofía del cuidado humano como un marco teórico de su práctica?** De la cual se derivan otras interrogantes ¿Cómo ven las Enfermeras el uso de las teorías de enfermería en la práctica?, ¿Que factores influyen en la aplicabilidad de las teorías de enfermería a la práctica?, ¿Como ven las enfermeras la práctica de enfermería actual?, ¿Cuales son las expectativas de las enfermeras sobre la práctica de enfermería, ¿Que es Cuidado Humano para las enfermeras?, ¿Como incorpora el cuidado humano en su práctica diaria?

Esto conlleva desarrollar conceptos y relaciones que permitan el surgimiento de una construcción teórica para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano teniendo presente como principales características el análisis comparativo y constante de los datos.

2.- Muestreo teórico:

“Se refiere a una estrategia de desarrollo y consolidación de una teorización” (p.26). El muestreo teórico significa según (Strauss & Corbin, 2002) que el “muestreo, más que predeterminado antes de comenzar la investigación, evoluciona durante el proceso se basa en conceptos que emergen del análisis y parecen ser pertinentes para la teoría que se esté construyendo” (p.220). Consiste en tener una muestra de conceptos que surgen del análisis tienen relevancia para la teoría que está siendo desarrollada, Según estas autoras estos conceptos pueden observarse en una serie de repeticiones y en algunas situaciones notablemente ausentes en los datos cuando se comparan incidentes, además actúan como condiciones que le dan variación a una categoría principal y su propósito es maximizar las oportunidades de

comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para determinar cómo varía una categoría en termino de sus propiedades y dimensiones.

Significa entonces que en la presente investigación no fue relevante una cantidad de informantes claves o actores sociales predeterminados, sino más bien que fueron surgiendo conceptos de los acontecimientos o situaciones planteadas mediante el análisis de los datos. Los autores citados señalan que “se hace un muestreo de incidentes, acontecimientos o sucesos y no de personas per se” este tipo de muestreo es acumulativo y se vuelve más específico porque el investigador se encuentra con una guía para la teoría que está emergiendo a través de las categorías que surgen, siendo necesario desarrollarlas, hacerlas más densas y saturarlas. Para estas autoras, la saturación teórica significa a) que no surgen datos nuevos importantes en una categoría, b) que la categoría esté bien desarrollada en términos de sus propiedades y dimensiones demostrando variación y c) las relaciones entre las categorías estén bien establecidas y validadas.

Es así como las informantes en este estudio fueron seleccionadas progresivamente según la técnica de la teoría fundamentada, como medios para obtener los datos según los acontecimientos o incidentes planteados mediante la etapa de análisis, hasta lograr la saturación que ocurre con la repetición de la información.

3.- El método de recolección de Datos:

Según lo planteado por (Arenas & Lorenzini, 2011) la recolección de datos envuelve dos procesos de muestreo: “el muestreo de la muestra selectiva de los datos y el muestreo selectivo de la literatura”. Esto permite generar la teoría a partir de los datos que el investigador “recolecta, codifica y analiza”, todos estos procesos permiten la identificación, desarrollo y relación de conceptos. Estos conceptos aparecen: a) repetidamente (o en algunas situaciones están ausentes) en los datos al

comparar incidente por incidente, y b) actúan como condiciones que le dan variación a una categoría principal.

(Strauss & Corbin, 2002) describen también “El propósito del muestreo teórico es maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para determinar como varía una categoría en términos de sus propiedades y dimensiones” (p.220).

Los datos que se presentan en esta investigación son producto de las técnicas de la entrevista a profundidad, realizadas a cuatro enfermeras, a quienes para constituirse como informantes se les consideró: un grado de formación de cuarto nivel, más de 20 años de desempeño en el área asistencial en áreas como cuidado intensivo, quirófano y obstetricia en los dos principales hospitales de Carabobo y experiencia en el rol docente; lo que contribuye al conocimiento y aplicabilidad de las teorías de enfermería.

Sistemáticamente se hizo el análisis, interpretación y comparación para obtener las categorías; la recolección de la información y el análisis de los datos orientan para la recolección de más datos y revisión de la literatura, por lo tanto el muestreo selectivo de la literatura es un proceso inductivo de revisión bibliográfica a partir de los conceptos que emerjan de la categorización, hasta llegar a la saturación de la muestra con la finalidad de obtener la teoría emergente.

Cuando los hallazgos se ajusten a la teoría en desarrollo se considerarán un dato de soporte y cuando no se ajusten se requiere de la recolección de más datos. El muestreo teórico permite hacer la teoría más densa y los conceptos que no pueden ser apoyados por los datos son descartados.

De acuerdo con el propósito de la investigación, previa solicitud del consentimiento informado por escrito para participar en dicha investigación, se

realizó la entrevista en profundidad con preguntas orientadoras, las cuales fueron grabadas y transcritas inmediatamente como notas de campo. Esta entrevista estuvo orientada a analizar el uso de las teorías de enfermería en la práctica, a interpretar las perspectivas de las enfermeras sobre la práctica de enfermería actual y su concepción sobre cuidado humano aplicado en la práctica.

4.-El análisis comparativo de los datos:

Consiste en comparar las categorías, y los patrones de comportamiento entre los grupos dentro de un área sustantiva, distinguiendo similitudes y diferencias. Para lo que se utilizó el proceso de codificación en el cual el procedimiento envuelve un desmembramiento del todo en sus partes, el análisis, la comparación y la categorización de los datos. Para (Strauss & Corbin, 2002) la codificación es un proceso dinámico que fluye cuando se “alterna la recolección de datos con su análisis, que permite el muestreo con base en los conceptos que van emergiendo y la validación de conceptos e hipótesis que se están desarrollando” estos autores distinguen tres tipos de codificación: Abierta, axial y selectiva”(p. 52).

a.- La codificación abierta:

Es el primer paso analítico y consiste en un proceso de separar, examinar, comparar y conceptualizar los datos. En este caso, los datos brutos son separados en líneas, oraciones o párrafos y son examinados y comparados por similitudes y diferencias. Para cada incidente o evento es dado un nombre, formando los códigos conceptuales que pueden ser agrupados en conceptos más abstractos y formar las categorías. Esta codificación permite extraer del texto transcrito los pensamientos, ideas y significados del entrevistado. (Strauss & Corbin, 2002), definen la codificación abierta como “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (p110).

b.- La codificación axial:

Se agrupan los datos de nuevo buscando la conexión o relación entre las categorías y las subcategorías, en el cual las relaciones entre las categorías envuelven la relación del fenómeno con la relación causal, el contexto, las condiciones intervinientes, las tácticas o estrategias de acción, interacción y las consecuencias. Todas ellas se encuentran en relación con la idea central. (Strauss & Corbin, 2002), definen la codificación axial como “un proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías” denominado “axial” porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones”. (p.134). El número de categorías también es delimitado por la saturación teórica, en consecuencia el universo de los datos es producto de la reducción, delimitación, y saturación de las categorías.

c.- La codificación selectiva:

(Strauss & Corbin, 2002) la definen como “el proceso de integrar y refinar las categorías” (p.157), lo que se considera una interacción entre la información y el análisis en un nivel más abstracto con la finalidad de decidir una categoría central o idea central que representa el tema central de la investigación o fenómeno alrededor del cual todas las otras categorías están integradas, y aunque ella se desarrolla de la investigación, también es una abstracción que emerge de los datos. A través de esta codificación las categorías son ampliadas hasta la ocurrencia de la saturación; pero aun así permanece en el investigador la tarea de integrar las categorías en una teoría blindada y manejable en un proceso de integrar y refinar la teoría.

En la presente investigación en la cual el propósito es generar una construcción teórica, se elaboró una codificación abierta de los datos de donde surgen las categorías preliminares. Seguidamente se realizó una codificación axial donde el investigador escoge una categoría de la codificación abierta, la coloca como

fenómeno central y la relaciona con las demás categorías, para dar paso a la codificación selectiva desde donde se configuró la teoría.

5.- Rigor metodológico:

Está dado por la posibilidad de confirmabilidad, al respecto (Arenas & Lorenzini, 2011), cita a Streubert y Campenter (1994) quienes consideran la confirmabilidad a partir de tres conceptos: auditabilidad, credibilidad y adecuabilidad.

La auditabilidad es la habilidad de otro investigador para seguir los métodos y conclusión del investigador original. La credibilidad: se demuestra cuando los participantes reconocen en los hallazgos de investigación reportados por sus propias experiencias. La adecuabilidad (validez externa) implica que los hallazgos tengan significado para otros en situaciones similares. (p.32).

Esto significa otros investigadores utilizando el mismo método y considerando las conclusiones originales, pueden verificar los datos generados. En cuanto a la credibilidad se les permitió a los informantes una revisión de las entrevistas transcritas para que reconocieran la información considerada; esperando que al presentarle los hallazgos reconozcan los datos aportados según sus experiencias y la adecuabilidad se espera que los hallazgos se adapten a situaciones similares en la práctica general indistintamente de las unidades asistenciales o instituciones hospitalarias donde se desarrolla la práctica de enfermería.

6.-Aspectos éticos:

En este estudio fueron considerados los valores fundamentados en los códigos éticos: como son el respeto y el buen trato de las personas, el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos obtenidos. Se sometió a consideración la lectura de objetivos de la investigación y preguntas orientadoras ante un comité de ética de la escuela de enfermería. Se estructuró un formato de consentimiento

informado para ser leído y firmado por el informante previo a la grabación de las entrevistas aclarándose el propósito del estudio, se les informó que serían grabadas, se les garantizó la confidencialidad y discreción en el manejo de la información. Con el uso del consentimiento informado de las personas que participaron en la investigación como informantes, se les dio a conocer:

- El interés y propósito de la investigación.
- El respeto al deseo de participar o no como informantes (voluntariedad).
- El carácter de confidencialidad de las entrevistas.
- El respeto por la información aportada por los informantes a través de las entrevistas y la observación, describiéndolo exactamente igual.

7- Sensibilidad teórica:

El investigador debe tener habilidad para dar significado a los datos, capacidad para dar a entender y separar aquello que es importante para el estudio. La literatura y las experiencias profesionales y personales son fuentes de sensibilidad teórica. Durante el proceso de análisis el investigador aumenta su sensibilidad, hace comparaciones, piensa sobre lo que ve, elabora hipótesis y procura conocer lo que es importante para la formación de conceptos, sus relaciones y significados.

Al respecto, durante el análisis se deja aflorar el sentido creativo, crítico y reflexivo de la investigadora que le permita la interacción con la información para visualizar el crecimiento y maduración de los datos que conllevan a generar la construcción teórica.

Al respecto (Strauss & Corbin, 2002), refieren que “el análisis comienza con la primera entrevista y observación”. La capacidad que desarrolle el investigador de identificar, reconocer o interpretar desde el primer momento es lo que se considera sensibilizarse con los datos y como lo mencionan estas autoras lo hace ir a las

próximas entrevistas y simultáneamente se lleva a cabo el análisis lo que impulsa a la recolección de nuevos datos y lleva al investigador “a moldearse a los datos al igual que los datos están moldeados por el investigador”; Sin embargo, a pesar de este amoldamiento a los datos el investigador debe mantener un equilibrio entre la objetividad y la sensibilidad. Estas autoras al describir estos términos consideran que: “La objetividad es necesaria para lograr una interpretación imparcial y precisa de los acontecimientos y la sensibilidad requiere percibir los matices sutiles de significados en los datos y reconocer las conexiones entre los conceptos”.

El método de la teoría fundamentada se considera apropiado debido a que:

1. Posibilita al investigador explorar en profundidad el significado del objeto de estudio, que en este caso son las perspectivas de las enfermeras sobre la práctica basada en la filosofía de Cuidado Humano.
2. Permite hacer una fundamentación detallada para la codificación y análisis sistemático de los datos y hacer comparaciones que permitan generar teorías.
3. A través de las interacciones sociales se recoge información pertinente que permite la comprensión de actividades y de acciones humanas en diferentes espacios.
4. A partir del proceso de inducción emergen categorías analíticas dando como resultado una teoría fundamentada y apoyada en los datos de investigación.

CAPÍTULO IV

ORGANIZACIÓN E INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS APLICANDO EL MÉTODO: TEORÍA FUNDAMENTADA.

La selección de los sujetos participantes o informantes de esta investigación fue de carácter intencional, debido a que los informantes fueron elegidos de acuerdo con el propósito de la investigación, sin obedecer a reglas fijas, ni específicas, la muestra se constituyó según los pasos del muestreo teórico, la técnica fue la entrevista a profundidad con preguntas orientadoras, realizadas en privado en la oficina del investigador en la escuela de enfermería de la facultad de Ciencias de la salud, el cual se consideró un ambiente apropiado evitando interrupciones para garantizar la mayor concentración de los informantes, sin embargo no se pudo evitar alguna interrupción por ser un ambiente de trabajo.

Las entrevistas fueron grabadas previo conocimiento de las informantes y consentimiento informado escrito, se les dio libertad para expresarse sin ser interrumpidas lo que les permitió expresar sus perspectivas en los aspectos de interés para el investigador.

Las informantes se contactaron telefónicamente para fijar lugar, fecha y hora de la entrevista, respetando la puntualidad para el momento de acudir a la cita solo tenían conocimiento de que era una entrevista relacionada con la tesis doctoral, en el instante de la reunión se les explicó el propósito y objetivos de investigación, alguna expresó que de haber sabido que se trataba de las teorías se habría preparado, lo que hubiese interferido en los resultados. Se inició la entrevista en un clima cordial explicando el propósito y entregando el formato explicativo de consentimiento informado una vez leído y firmado el consentimiento se inicia la entrevista con preguntas de entrada como años de servicio, y unidad de trabajo lo que permitió romper el hielo y establecer mayor nivel de confianza. Quedando de acuerdo para una próxima entrevista, de ser requerida al final.

Finalizada cada entrevista fue transcrita por la propia investigadora y leída en conjunto con la tutora, para ir identificando los eventos y los códigos preliminares, además de entregar una copia al informante, lo cual permitió que expresaran si lo transcrito en el documento fue lo que quiso decir, no hubo desacuerdo en ninguno de los casos y estuvieron de acuerdo con lo escrito. El hecho de transcribir personalmente las entrevistas me permitió un análisis desde el principio y luego darle continuidad a la interpretación desde la codificación abierta hasta el último informe.

El Método utilizado fue como se dijo anteriormente la Teoría fundamentada en los datos de Glaser y Strauss: el cual recomienda la comparación constante de incidentes que incluye la codificación abierta, axial y selectiva.

La Comparación constante: Se refiere a lecturas y relecturas de los fragmentos de entrevistas, al comparar la información obtenida se otorga una categoría conceptual a un conjunto diverso de información que comparte una misma idea. Este tipo de categorización se ha llamado codificación abierta que conlleva al descubrimiento de categorías, propiedades y dimensiones y se logra examinando línea por línea, frase a frase o párrafo por párrafo, preguntándose sobre que habla cada fragmento asignando un nombre de código provisional a cada unidad de contenido.

El análisis e interpretación de los datos se inicia a partir de la transcripción de la primera entrevista debido a que la técnica de la teoría fundamentada en los datos requiere de un proceso simultáneo en la cual se inicia el surgimiento de acontecimientos y eventos que orientan la búsqueda del fenómeno que puede estar ocurriendo, lo cual permitió profundizar en las próximas entrevistas hasta llegar a la saturación del fenómeno.

Al iniciar la revisión de los datos siguiendo el método de la teoría fundamentada mediante la codificación abierta, axial y selectiva llevó a identificar códigos preliminares y conceptuales y construir memos que posteriormente

originaron categorías con sus propiedades y dimensiones. Información que se presenta a través de cuadros estructurados para una mejor interpretación y finalmente generar una construcción teórica.

Una vez que se presentan los relatos de las informantes se procede a agrupar frases o códigos preliminares que conforman los códigos conceptuales que se refiere a la organización de los datos en categorías clasificadas según sus propiedades y dimensiones que posteriormente permiten una descripción de las categorías. A este tipo de análisis se le denomina precursor de la teorización. Al respecto Strauss y Corbin mencionan que “una teoría bien desarrollada es aquella en la cual se definen los conceptos de acuerdo con sus propiedades y dimensiones específicas” lo que puede llamarse ordenamiento conceptual y que es también el punto final deseado en el trabajo de algunos investigadores.

Tal como se ha planteado el propósito de este estudio es construir una teoría para la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano, partiendo de los datos obtenidos durante la investigación. Con el fin de dar respuestas a las interrogantes propuestas en la investigación que plantean determinar el uso de teorías de enfermería en la práctica, y la perspectiva de las informantes en cuanto a la práctica de enfermería y el cuidado humano para finalmente proponer un marco teórico que permita una reestructuración de la práctica guiada por la filosofía de cuidado humano. A continuación se presentan una serie de cuadros que permitieron el ordenamiento de los datos y su descripción, referidos a: el uso de las teorías de enfermería en la práctica (cuadros 1), factores que influyen en el uso de las teorías de enfermería en la práctica (cuadro 2), Relatos sobre la práctica de enfermería (cuadro 3), lo que permitió agrupar los datos sobre: expectativas de las enfermeras sobre la práctica de enfermería (cuadro 4), la práctica de enfermería desde la perspectiva de las informantes (cuadro 5), relatos sobre cuidado humano y su aplicación en la práctica de enfermería (cuadro 6), El cuidado humano en la práctica de enfermería según la percepción de las informantes (cuadro 7), relatos sobre conceptos claves en

la práctica de enfermería basada en el cuidado humano (cuadro 8) y conceptos paradigmáticos según la percepción de las enfermeras (cuadro 9).

Cuadro 1. Uso de las teorías de enfermería en la práctica

Temática	Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Códigos preliminares
¿Cómo ven las enfermeras el Uso de teorías de enfermería en la práctica	<u>No las usan, no las usan, sin embargo, pienso, ahora, no antes, que son útiles para encaminar el cuidado de enfermería, por que digo ahora y no antes, porque ahorita que he incursionado en la docencia, he visto como puede uno de verdad utilizarla en la práctica, antiguamente, tal vez cuando estudiábamos, no le daban el realce, el mismo sistema de trabajo, te mete pues en un círculo vicioso que de repente no dejan bien sea por</u>	<u>Se pueden utilizar y llevarlas a la práctica, estoy de acuerdo en muchas cosas que se mencionan allí, pero en las lecturas que hemos realizado, estoy muy de acuerdo en que se debe de implementar una teoría que sea acorde a las necesidades del venezolano, a la realidad venezolana, a la situación tanto política, cultural y económica que se está viviendo en los actuales momentos, porque muchas</u>	<u>Me parece que son importantes porque marcan la pauta para ejercer un modelo de cuidado de enfermería de calidad, dar atención de calidad o calidad en la atención. Lamentablem ente no se están usando, quizás empíricamente, los que ya la hemos utilizado, en la parte ya académica, si somos docentes seguimos los lineamientos, pero desde el punto de vista, en la parte asistencial, directa no se hace, quizás en el área donde yo</u>	<u>Bueno lastimosamente, no he visto que se usen, por lo menos en la experiencia mía, o de los hospitales en los que yo he estado, que se use una teoría específica de enfermería, nunca lo he visto, no lo he observado, en donde yo trabajé, en un sitio privado, aquí en Valencia, se intentó tratar de meter un modelo de enfermería cuando estábamos las bachilleres asistenciales, cambiando hacia ese proceso y la parte científica que nos faltaba a</u>	<u>Negación de su uso Encamina el cuidado Útil en la docencia Importancia Sistema de trabajo. Circulo vicioso Aplicación reconociendo su utilidad Factores que impiden su aplicación utilizada en otros lugares o instituciones son útiles Virginia Henderson y sus 14 Necesidades Tratábamos de utilizar en UCI En la docencia utilizo V. Henderson. Se pueden llevar a la práctica acorde a las necesidades del Venezolano</u>

	<p><u>personal, bien sea porque la institución bien sea por los compañeros, no dejan que uno realice este procedimiento, pero de que son útiles son útiles, Multifactorial los factores que pueden impedir que uno realmente la establezca pues en un centro asistencial, pero si son teorías se han utilizado en otros lugares, en otras instituciones se ha demostrado que son útiles y son útiles.</u></p> <p>Algunos de los aspectos, alguna teoría que pudiera haber usado algunos en la práctica en la práctica? <u>Virginia Henderson y sus 14 necesidades</u> es la</p>	<p><u>veces nosotros aplicamos esas teorías, pero tenemos que ir restándoles cosas que aquí no se aplican.</u> Un ejemplo sería cuando uno habla de un tendido de cama, <u>para hablar de eso que es más común, entonces hablan de frazada, de cobija, de sabana de sobre sábana, de centro y en nuestros hospitales en estos actuales momentos, no existe material,</u> entonces cuando uno llega a la práctica, tiene que ir quitando todo eso, <u>no se ajusta la teoría con la práctica en muchos casos,</u> entonces sería</p>	<p><u>trabajo (UCI) si, no tenemos quizás un modelo pero si tratamos de hacer nuestro trabajo basados en un basamento teórico.</u></p>	<p>nosotras las bachilleras asistenciales cuando nos profesionalizamos, de verdad como ya éramos licenciados, <u>teníamos o debíamos moralmente empezar a incursionar sobre lo que eran los modelos y teorías en la práctica de enfermería,</u> escuche no se porque nunca he trabajado <u>en la ciudad hospitalaria que se intentó allí introducir un modelo, creo que así fue, creo que era el de Orem,</u> pero a ciencia cierta, no se que pasó con eso, nosotros <u>en la Viña, quisimos también introducir un</u></p>	<p>Acorde a la situación política, cultural y económica</p> <p>Muchas veces nosotros aplicamos teorías pero restándoles cosas que aquí no se aplican.</p> <p>Términos usados en los procedimientos que no se aplican.</p> <p>No existe material</p> <p>No se ajusta la teoría en muchos casos.</p> <p>Que se aplique más a la realidad</p> <p>Que no sea tan importada</p> <p>Son importantes</p> <p>Marcan la pauta</p> <p>Cuidado de calidad.</p> <p>Lamenta que no se usen o quizá solo se usen empíricamente</p> <p>Si somos docentes seguimos los lineamientos</p> <p>No se usa en la asistencia</p> <p>En unidades especiales como UCI</p>
--	---	---	--	---	--

	<p>que más, primero pore trabajé mucho tiempo en <u>la unidad de cuidado intensivo</u> y esa era la <u>teoría que si se quiere tratábamos de utilizar o de practicar o implementar</u> y este de paso bueno aquí en <u>la materia pues que yo doy, también es esa la que más se maneja</u></p>	<p>bueno, si se aplica en algunos casos pero es bueno <u>que se aplique más a la realidad venezolana</u>, oséa que <u>no sea tan importada</u></p>		<p><u>modelo, se pensaba en Nancy Roper , se había pensado en Virginia Henderson</u>, pero creo que <u>quedó nada más en el deseo de los gerentes y administradores del departamento de enfermería</u> y yo me retiré de esa organización y creo que nunca se dio, bueno lastimosamente, pienso que <u>deberían cambiarse las políticas y estrategias desde el punto de vista de la enfermería que ejerce la parte administrativa regional o nacional</u> del país porque es necesario <u>que se construyan teorías y modelos parecidos o diría yo</u></p>	<p>tratan de hacer el trabajo con basamento teórico</p> <p>Lastimosamente no he visto que se usen Una teoría específica. En un centro privado se intentó aplicar El cambio de bachilleres asistenciales exigía el cambio para el momento Como parte científica que faltaba El nivel de licenciados, exige moralmente el uso de modelos y teorías. Escuché que en la CHET se intento aplicar Dorothea Orem. En la clínica se intentó aplicar Nancy Roper o Virginia Henderson Se quedó en el deseo de los gerentes y administradores</p>
--	--	--	--	--	---

				<p><u>muy de nuestro país muy de Latinoamérica, porque tenemos referencias, como todos sabemos referencias de teorizantes de teorías americanas o de de otros países. Nosotros por ser de países tercermundistas o de países no muy desarrollados no se han hecho. Bueno creo que también otro factor que influyera es que no existen doctores que hicieran teorías basadas en nuestra cultura, basada en lo que es el país de nosotros los Venezolanos, porque por supuesto la idiosincrasia, la cultura, las costumbres todo</u></p>	<p>Cambiar las políticas y estrategias por la parte administrativa regional o nacional del país.</p> <p>Es necesario que se construyan teorías y modelos parecidos o diría yo muy de nuestro país (basadas en nuestra Idiosincrasia, cultura y nuestra, costumbres). Las teorías existentes son americanas o de otros países No conozco que haya hospitales donde estén aplicando una teoría.</p>
--	--	--	--	--	---

				esto hay que tomarlo en cuenta para elaborar una teoría para nosotros los venezolanos o nuestros pacientes venezolanos pero <u>no conozco que hayan hospitales donde estén elaborando una teoría</u>	
--	--	--	--	--	--

Por que no se usan y que hacer para que se apliquen?	<u>Multifactorial</u> , primero las <u>instituciones de salud, no están dadas o las gerentes pues no han hecho tal vez alguna modificación en la práctica propiamente dicha, hay escases de enfermeras, hay muchos pacientes, los pacientes tienen distintas patologías, el grado o el numero de afluencia a los</u>	En nuestros hospitales en estos actuales momentos, <u>no existe material, entonces cuando uno llega a la práctica, tiene que ir quitando todo eso que no se ajusta de la teoría con la práctica, Que por ejemplo nosotros somos un país Caribeño, tropical, el clima, muchas veces el clima varía y es muy distinto a el</u>	Yo diría que, con honestidad? A la <u>flojera (Se ríe), Con honestidad a la flojera (Reafirma). Porque yo pienso que los que seguimos inmersos en la parte de preparar el recurso del personal o recurso de enfermería, si nos vemos obligados, no obligados porque es una obligación, sino porque es un compromiso darle</u>	Pienso que mucho es, <u>la falta de políticas administrativas, de la gerencia de los entes del Ministerio... Pero creo que la clave es esa, porque si han reestructurado, han hecho políticas, que no se ha introducido como ley, que se construyan teorías para el cuidado de las personas, entonces evidentemente no</u>	<u>Multifactorial</u> Instituciones no Comprometidas Falta de cambios por la gerencia. Escases de enfermeras Exceso de pacientes. Distintas patologías Componente individual por falta de importancia Falta de conocimiento Falta de práctica Falta de exigencia como parte de la práctica en las instituciones Contar con apoyo
--	--	--	---	--	--

	<p>centros cada día es mayor, y merma sin embargo la cantidad de enfermeras que se tiene. Pienso que básicamente pudiese ser eso desde el punto de <u>vista organizacional</u> e indudablemente hay un <u>componente individual</u> de cada persona que no le ha dado el realce o la importancia que se tiene, para ello; tal vez porque no la <u>conozca</u>, tal vez porque no la <u>practique</u>, no la ejercitó en algún momento y por supuesto si llega a un centro y no la practican piensa que eso es el mismo sistema que se está llevando y que no tiene ningún tipo de relevancia la teoría para ellos.</p>	<p>de esas teorías que nosotros <u>importamos</u> pues, a veces no necesitamos la frazada porque en los hospitales por lo general no hay ventilador ni aire acondicionado, sino hay <u>ventanales</u> y hay <u>ciertos pacientes</u> que si tienen un <u>poquito más de frío</u>, dependiendo de la edad, dependiendo de la <u>patología del tipo de piel</u>, se les puede colocar frazada, otros <u>quieren andar ligeros</u> porque hay mucho calor. A veces nosotros nos ponemos muchas <u>limitantes</u>, verdad, hay limitantes y</p>	<p><u>continuidad</u> o <u>poner en práctica lo que le decimos o exigimos</u> al <u>estudiante sobre lo que es el deber ser</u> entonces yo creo que por otra parte, por ejemplo en la terapia del hospital Carabobo <u>estamos retomando la parte científica</u>, nosotros nos vemos como <u>grupo que estamos es sacando un trabajo y no estamos haciendo más nada sino la rutina</u>, saco el tratamiento, veo el paciente , veo que es lo que voy a hacer , hago esto, pero como que nos <u>faltara algo más</u>. Yo supongo que tenemos que <u>retomar la parte de investigación</u>, leer, <u>interconsultas con</u></p>	<p><u>puede haber teoría si no hay alguien que dirija, que promueva eso</u>. Yo pienso que por eso no se ha dado. Eso es una parte, bien es cierto, y otra es que <u>moralmente y ético la enfermera debería tener esa convicción de querer aunque nadie la obligue</u>, aunque nadie le diga de hacerlo, <u>por ejemplo a mi me gusta mucho el modelo de Orem y de Virginia Henderson y yo trato de aplicarlo</u>, este cual es tal vez mi <u>debilidad que no queda un registro</u>, posiblemente por el <u>tiempo</u>, pero si trato, igual como el proceso de</p>	<p>organizacional. Dar a conocer la teoría: (objetivos, sentido, beneficios) Ganarlos al deseo de que se desarrolle la teoría. Adecuación del personal. Insumos Remodelación de áreas Educación continua. Motivación del personal. Requiere tiempo. Trabajo en equipo. optimismo Tener metas claras y cortas</p> <p>No existe material Tienes que quitar todo lo que no se ajusta a la práctica. Características de nuestro país distintas al de esas teoría importada Depende de las</p>
--	--	---	--	---	---

	<p><u>Tener toda la organización de mi parte...</u> primero le vendería la teoría a la organización en el sentido de que le explicaría el <u>objetivo, el sentido de la teoría, cuales serían los beneficios de implementarla en X servicio o en X institución tenerlo o ganarlos a ese deseo de que se desarrolle la teoría y por si ellos están interesados,</u> pues por supuesto deberían facilitar <u>adecuación de personal, de insumos, tal vez de remodelación de algún área en especial.</u> Una vez que este se tiene ganado, implementaría la</p>	<p>nosotros nos ponemos más, y digo nos ponemos para generalizar, <u>hay teorías que uno las puede aplicar y uno las aplica, por ejemplo Dorotea Orem</u> que habla del paciente como un todo y todas esas necesidades que el tiene, muchas veces <u>nosotros no desglosamos todas esas necesidades sino que nosotros generalizamos y hacemos como una rutina cronometrada y un 7 a 1 o un 1 a 7,</u> por eso es que muchas teorías no se cumplen o no se aplican.</p> <p>Que hay</p>	<p><u>nosotros mismos...también la parte de que no te exigen gerencial, que no te exige mucho en el sentido de supervisarte,</u> no te exige, y como no te exigen, entonces <u>tu piensas que “bueno yo hago y hago y nunca me lo ven eso también es una debilidad.</u></p> <p>Hacer un <u>modelo y tenerlo como parte del perfil, tener un protocolo y eso tiene que aplicarse, oséa si se hace, lo que no se hace es aplicar una teoría específica.</u></p> <p>De que se hace, se hace, lo que no tenemos es ese modelo, <u>no se sigue una línea, no</u></p>	<p>enfermería que tenemos que desarrollarlo en el hospital, no hay registros no hay nada que quede evidencia de que nosotros lo hacemos, <u>lo llevamos en la cabeza,</u> aquí en nuestro pensamiento, lo ejecutan, <u>pero no hay registro de cómo lo hacen, de cómo lo hiciste, de cómo lo planificaste</u> pero si lo haces, yo diría sin un piso <u>donde haya evidencia, de que podamos seguir esos modelos, y esos cuidados a ver si fueron efectivos o que.</u></p> <p>Que hay que hacer? <u>Bueno yo diría que “una revolución”</u></p>	<p>condiciones y necesidades del paciente.</p> <p>Nos ponemos muchas limitantes hay teorías que uno las puede aplicar y uno las aplica</p> <p>Por ejemplo Dorotea Orem</p> <p>Necesidades según una rutina cronometrada</p> <p>Conocerla.</p> <p>Internalizarla</p> <p>Extraer lo Útil de la teoría.</p> <p>Reconocer que es lo beneficioso tanto para la enfermera como para el paciente</p> <p>Dependiendo del paciente</p> <p>Seleccionar la teoría</p> <p>Esa teoría me va a dar las acciones que ese paciente necesita</p> <p>no todas las teorías son aplicables a un paciente</p>
--	--	---	---	---	--

	<p><u>educación continua en servicio para que el personal que laborara allí se sintiera motivado a ejecutarla, eso no es de un día ni de dos por supuesto pero pienso que tienen que ser esos tres elementos deben estar presentes para que se pueda hacer porque yo solita haciéndolo no lo voy a lograr, todos tienen que estar involucrados todos tienen que colaborar y de alguna manera hacer un trabajo en equipo y así yo pienso que se pudiera implementar y también ser optimistas y tener metas claras y cortas</u></p>	<p>que hacer?, primero <u>conocerla, internalizarla,</u> para que se lleve a la práctica, <u>extraer de allí lo que yo puedo utilizar de esa teoría,</u> a lo mejor de allí, todo lo que dice no lo puedo utilizar, pero una gran parte si, y <u>sería muy beneficioso tanto para la enfermera como para el paciente,</u> entonces lo que hay es que conocerla, internalizarla para ver <u>que es lo bueno que yo puedo aplicar de esas teorías y utilizarla y llevarla a la práctica.</u> Bueno,</p>	<p>se dice bueno en esta terapia en el paciente con Neumonía lo vamos a trabajar con la teoría tal, las pacientes obstétricas que son las más débiles, que les hace falta el binomio hijo que son los que están más dependientes desde el punto de vista emocional, porque están ahí y su hijo está afuera o no han tenido contacto con el <u>se tiene que usar otra teorizante, porque tenemos que manejarla desde el punto de vista psicológico, pero no lo hacemos.</u> Si hay <u>diversas, para cada tipo de paciente, si en realidad es así.</u> Te lo digo basada</p>	<p>donde haya una <u>concientización del enfermero,</u> donde se vea, se <u>contraste la realidad,</u> haga una <u>introspección de lo que debe hacer,</u> de que se debe hacer, una campaña, no se, puede ser <u>creativo, motivacionales, talleres,</u> hasta <u>recompensa,</u> por qué no para <u>la gente empiece o se entusiasme a querer hacerlo.</u></p>	<p>hacer extracción de varias teorías y aplicar a un paciente. Falta de material Falta de papelería Falta de medicamentos Buscar en la teoría lo que fortalezca mis acciones Apatía Compromiso de los docentes. Poner en práctica las exigencias que se hacen al estudiante en cuanto al deber ser. Retomar la parte científica. Trabajo Rutinario. Sensación de que falta algo Retomar la investigación. Leer. Introspección. Tratar de hacer pero sin poder opinar por los demás. Falta de exigencia</p>
--	---	---	---	--	---

		<p><u>dependiendo del paciente yo selecciono una teoría y esa teoría me va a dar las acciones que ese paciente necesita, no todas las teorías son aplicables a un paciente, habrá ocasiones en que a un paciente si pero no todas son aplicables en un paciente, entonces yo seleccionaría la teoría de acuerdo a la necesidad del paciente y entonces lo que ella me va especificando allí entonces yo voy extrayendo de allí las acciones que yo puedo aplicar a ese paciente, como te dije anteriormente no</u></p>	<p>en la experiencia como profesional de un área (UCI) que yo diría que es tan dependiente del cuidado de enfermería.</p>		<p>gerencial. Sensación de que no ven o no valoran lo que hago.</p> <p>Hacer un modelo Tenerlo como perfil Contar con un protocolo y aplicarlo. Sensación o convicción de aplicar teorías sin que se aplique una teoría específica. No se sigue una línea Se requiere de teorías específicas adaptables a la patología o condición del paciente. Considerar el aspecto emocional del paciente. Considerar la dependencia de los pacientes Diversidad de las teorías</p> <p>Falta de políticas administrativas y de la</p>
--	--	--	---	--	---

		<p>todas las teorías se aplican a un paciente <u>puede ser que a lo mejor de Maryori Gordon yo extraiga algo, de Dorotea orem yo extraiga algo, o de Newman, yo extraiga algo y lo aplique en el paciente pero no todas la teorías yo las puedo aplicar a un paciente.</u></p> <p>Nos ponemos limitantes que <u>no tengo el material, que no tengo la papelería, que no tengo los medicamentos;</u></p> <p>Hay muchos aspectos en la teoría que no son aplicables en el paciente, entonces que hago yo, yo busco</p>		<p>gerencia.</p> <p>Aplicabilidad de un marco legal en el cuidado de las personas</p> <p>Que se construyan teorías dirigidas al cuidado de las personas</p> <p>Falta de dirección.</p> <p>Falta de promoción</p> <p>Moralmente y ético se debe tener convicción teórica.</p> <p>Tener convicción de querer hacer aunque nadie la obligue.</p> <p>El gusto por los modelos de Orem y V. Henderson conlleva a aplicarlo</p> <p>Ausencia de registros.</p> <p>Falta de tiempo.</p> <p>Falta de evidencias</p> <p>Lo llevamos en la cabeza.</p> <p>Convicción de hacer sin dejar evidencias escritas de cómo lo hacen o como planifican</p>
--	--	--	--	---

		<p><u>en la teoría</u> <u>aquellas acciones</u> <u>que le den</u> <u>fortaleza a mis</u> <u>acciones</u> para aplicarla en ese paciente en el cuidado que yo e voy a dar a ese paciente</p>			<p>Falta de evaluación de efectividad del cuidado</p> <p>Revolución. Concientización. Contraste de la realidad Introspección de lo que se debe hacer. Creatividad. Motivación. Talleres. Recompensa. Entusiasmo Querer hacerlo</p>
--	--	--	--	--	---

Cuadro N° 2 Factores que influyen en el uso de las teorías de Enfermería en la práctica

Códigos preliminares	Códigos Conceptuales	Categoría	Propiedades	Dimensiones	Interpretación
<p>Afirman que no se usa en la asistencia Lamenta que no se usen, Se requiere aplicar una teoría específica No ha visto el uso de una teoría específica. no todas las teorías son aplicables a un paciente Aplicamos teorías pero restándoles cosas que aquí no se aplican Hay teorías que uno las puede aplicar y uno las aplica. Por ejemplo Dorotea Orem Adaptables a la patología o condición del paciente. Contraste con la</p>	<p>Reconociendo la falta de uso de las teorías de enfermería en la práctica atribuido a propiedades de las teorías</p>	<p>Propiedades de las teorías de enfermería que limitan su aplicabilidad</p>	<p>Especificidad:</p> <p>Diversidad:</p> <p>Procedencia.</p>	<p>No existen teorías específicas para pacientes o patologías. El interés por una teoría específica Conocimiento que se tenga de una teoría específica.</p> <p>Actuar según necesidades del paciente</p> <p>Muchas teorías Teorías más nombradas en intento de aplicación : Dorothea Orem, Virginia Henderson Inexistencia de teorías propias. La falta de ajuste a la práctica Necesidad de teorías acorde con las necesidades</p>	<p>Las informantes dicen no usar las teorías de enfermería en la práctica debido a que existen propiedades de las teorías como: Especificidad que se refiere a que no existen teorías específicas que se puedan desarrollar según las condiciones específicas de un paciente o según las características del cuidado a proporcionar en una determinada unidad. La diversidad referida a la existencia de múltiples teorías y su procedencia con respecto q que su origen viene de Norteamérica lo que hace que se difiera en cuanto a las características</p>

<p>realidad Que se aplique más a la realidad No conozco que hayan hospitales se estén aplicando Requieren estar acorde a la situación política, cultural y económica Implementar teorías acorde a las necesidades del Venezolano No se ajustan. Que no sea tan importada Es necesario de nuevos modelos parecidos (basados en nuestra Idiosincrasia, cultura y nuestras costumbres). Elaborar una teoría para Venezolano Dependiendo del paciente hacer extracción de varias teorías y</p>				<p>políticas, culturales y económicas de los Venezolanos Son teorías importadas</p>	<p>políticas, culturales, económicas y a las necesidades reales de nuestros enfermos o personas que demandan nuestros cuidados. Sin embargo lamentan que no se use por lo tanto es necesario establecer una guía o modelo de cuidado que se adapte más a nuestra práctica.</p>
--	--	--	--	---	--

aplicar a un paciente					
<p>Son útiles para encaminar el cuidado</p> <p>Son importantes</p> <p>Marcan la pauta para ejercer cuidado de enfermería de calidad.</p> <p>Como parte científica que faltaba</p> <p>Buscar en la teoría las acciones q fortalezcan mis acciones</p> <p>Esa teoría me va a dar las acciones que ese paciente necesita</p> <p>Objetivos, sentido y beneficios de la teoría</p> <p>Extraer lo Útil de la teoría.</p> <p>Reconocer que es lo bueno para llevar a la práctica</p>	<p>Descripción de elementos de las teorías que favorecen su aplicabilidad</p>	<p>Elementos descriptivos de las teorías que favorecen su aplicabilidad</p>	<p>Beneficios</p> <p>Propósito</p> <p>Objetivos</p>	<p>Guía para la práctica</p> <p>Permite ordenar y corregir actividades de la práctica</p> <p>Describe un patrón de calidad o efectividad del cuidado</p> <p>Fortalecen las acciones de enfermería</p> <p>Son útiles como herramienta de formación</p> <p>Interrelacionar conceptos que orientan y fundamentan la práctica</p> <p>Fundamentar las acciones en el conocimiento.</p> <p>Adelanto y perfeccionamiento</p>	<p>Los datos reflejan que existen elementos descriptivos de la teoría que favorecen su aplicabilidad.</p> <p>Como el hecho de que las enfermeras que la aplican y la organización donde se aplique conozcan sus beneficios como es el caso de reconocer las teorías como una guía para la práctica que permite ordenar y corregir las actividades mediante un patrón de calidad y efectividad en la práctica y la docencia con el propósito de interrelacionar conceptos que orienten y fundamenten en el conocimiento las acciones en la búsqueda de adelantos</p>

<p>Tenerlo como perfil de Protocolo de aplicación Se sigue una línea</p>				<p>de la práctica Integración entre la teoría y la práctica. Aporte científico Marcar la pauta para un servicio de calidad</p>	<p>perfeccionamiento de la práctica y con los objetivos claros de integración de la teoría a la práctica y de marcar la pauta para un servicio de calidad</p>
<p>Se han utilizado en otros lugares o instituciones En UCI tratábamos de utilizar V. Henderson En unidades especiales como UCI tratan de hacer el trabajo con basamento teórico El desempeño en áreas especiales. (UCI) permite actuar según necesidades del enfermo. La práctica más fortalecida en el área de UCI. Escuché que en la CHET se intentó aplicar la teoría de</p>	<p>Reconociendo factores organizacionales que limitan la aplicabilidad de las teorías en la práctica</p>	<p>Factores Organizacionales que limitan la aplicabilidad de la teoría</p>	<p>Condición financiera de la institución Características estructurales de las unidades Políticas administrativa regional o nacional del país.</p>	<p>Públicas y Privadas Unidades especiales Unidades generales falta de políticas de cambio propuestos por los gerentes Escases de enfermeras Alto número de pacientes Diferentes patologías Escases de insumos Falta de exigencia gerencial y dirección Falta de estrategias</p>	<p>Los datos reflejan factores organizacionales que limitan la aplicabilidad a la práctica en cuanto a la condición financiera, independientemente de que sea pública o privada y a pesar de que mencionan algunos intentos no se ha logrado su aplicabilidad al igual que la estructura física de las unidades especiales como la UCI se han hecho intentos de aplicabilidad o se ve más fortalecido su uso debido a la especialización que</p>

<p>D. Orem En la clínica se intentó aplicar N. Ropper o V. Henderson Se quedó en el deseo de los gerentes y administradores Sistema de trabajo se convierte en un círculo vicioso Muchos factores impiden su aplicación Cambiar las políticas y estrategias por la parte administrativa regional o nacional del país. Falta de material Falta de papelería Falta de medicamentos</p>				<p>de motivación. Ausencia de un marco legal</p>	<p>desarrollan los profesionales, las características del área en cuanto a su estructura, y las condiciones del paciente sin embargo no existen evidencias de que se haya implementado el uso de las teorías y finalmente lo atribuyen a las políticas administrativas regionales y nacionales reflejado en una falta de exigencia, establecimiento de estrategias y ausencia de un marco legal para la creación de políticas que favorezcan su aplicabilidad.</p>
<p>Bien sea personal, por la institución o por los compañeros no permite su</p>	<p>Reconociendo limitantes personales para la aplicabilidad</p>	<p>Factores Individuales que limitan la aplicabilidad de la</p>	<p>Limitantes personales</p>	<p>La falta de apoyo de los compañeros. Falta de interés personal</p>	<p>Los datos reflejan aspectos personales que limitan la utilidad de las teorías de</p>

<p>aplicación Quizás solo se usen empíricamente Nos ponemos muchas limitantes Nosotros no desglosamos todas esas necesidades sino que nosotros generalizamos y hacemos como una rutina cronometrada Antiguamente no le daban realce</p>	<p>de las teorías en la práctica</p>	<p>teoría</p>		<p>Uso empírico Rutina cronometrada Falta de importancia</p>	<p>enfermería en la práctica como la falta de apoyo de los compañeros, la falta de interés personal, el empirismo en la práctica, el trabajo rutinario y cronometrado y la falta de importancia que se le atribuye.</p>
<p>Contar con apoyo organizacional Insumos Remodelación de áreas Educación continua Motivación del personal. Trabajo en equipo. Tener metas claras y cortas Talleres. Recompensa.</p>	<p>Reconociendo factores organizacionales que favorecen la aplicabilidad de las teorías en la práctica</p>	<p>Factores organizacionales que favorecen la aplicabilidad</p>	<p>Apoyo organizacional</p>	<p>Políticas de desarrollo personal Recursos Acondicionamiento de áreas Recompensa Exhibir la metas claras y cortas Motivación al personal</p>	<p>Entre los Factores Organizacionales que favorecen la aplicabilidad de las teorías los datos reflejan el apoyo organizacional orientado a proponer políticas de desarrollo personal, mejor manejo de recursos, acondicionamiento de áreas, y recompensa además de establecer metas claras y cortas</p>

					que permitirían evaluar la efectividad del desempeño y el logro organizacional.
<p>Ganarlos al deseo de que se desarrolle la teoría. Dar a conocer la teoría Adecuación del personal. Requiere tiempo. Considerar el aspecto psicológico del paciente. Considerar la dependencia de los pacientes Revolución en enfermería Concientización. Introspección de lo que se debe hacer. Creatividad. Motivación. Entusiasmo Querer hacerlo. Conocerla. Internalizarla Construir modelos</p>	<p>Reconociendo factores Individuales que favorecen la aplicabilidad de las teorías en la práctica</p>	<p>Factores individuales que favorecen la aplicabilidad de las teorías en la práctica</p>	<p>Interés Individual</p> <p>Reconocer capacidades y limitaciones en el otro</p> <p>Requerimientos individuales</p>	<p>Deseo de que se aplique Creatividad Entusiasmo Motivación Cumplir el deber ser Revolucionar la práctica Integración de la docencia</p> <p>Capacidad para reconocer necesidades individuales Aspecto psicológico Considerar nivel de dependencia en el otro</p> <p>Búsqueda constante del conocimiento Buen uso del</p>	<p>Entre los Factores Individuales que favorecen la aplicabilidad de las teorías los datos reflejan que dependerá del interés individual que demuestren los profesionales de enfermería para estar ganados al deseo de que se aplique, la creatividad, el entusiasmo, la motivación, el cumplir con el deber ser, integrar la docencia y los elementos teóricos desarrollados durante la formación a la práctica, y ser capaz de revolucionar la práctica mediante la implementación de cambios. Mostrar actitudes para reconocer capacidades</p>

<p>Convicción la docencia influye su aplicabilidad Si somos docentes seguimos los lineamientos Como ya éramos licenciados, teníamos o debíamos moralmente empezar a incursionar sobre lo que eran los modelos y teorías en la práctica de enfermería. Seleccionar la teoría</p>				<p>tiempo Internalización, convicción, concientización Introspección Trabajo en equipo</p>	<p>y limitaciones en el otro: reconociendo las necesidades individuales, aspecto psicológico y el nivel de dependencia del otro. Y por último cumplir con requerimientos individuales como la búsqueda del conocimiento permanentemente, hacer buen uso del tiempo, internalizar y concientizar, y estar convencido de lo que se quiere aplicar, hacer introspección constante para evaluar el hacer, y promover el trabajo en equipo</p>
---	--	--	--	--	---

Factores que influyen en el uso de las teorías de Enfermería en la práctica

Los datos expresados por los informantes reflejan la actitud de las enfermeras en cuanto a la utilización de las teorías de enfermería en la práctica, deduciéndose cierta resistencia. Sin embargo estos datos demuestran algún conocimiento y aceptación de la necesidad o la importancia de su aplicabilidad, llegando a reconocer su utilidad para mejorar la calidad del cuidado y describiendo la teoría como una guía que orienta el cuidado. Lo cual coincide con lo planteado por (Marriner-Tomey, 1994), quien refiere que: “la teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Aumenta la capacidad, proporciona autonomía profesional, estimula el razonamiento, clarifica valores y determina el propósito del ejercicio profesional” (p.3).

Además de reflejar algunos intentos de aplicabilidad de las teorías a la práctica, los datos sugieren que estos se han visto interferidos según la experiencia de las informantes por múltiples factores. Identificados como factores influyentes que limitan o favorecen la aplicabilidad de las teorías. Originándose dos categorías centrales como son: **factores limitantes** y **factores que favorecen** la aplicabilidad de las teorías de enfermería, que a su vez han sido clasificados en tres subcategorías como: los factores propios de las teorías, los factores organizacionales, y los factores individuales.

De los factores que las informantes consideran limitantes **propios de las teorías**, surgen las propiedades tales como **especificidad, diversidad y procedencia**.

En cuanto a la **especificidad**, ciertamente la naturaleza y complejidad de la persona humana no ha permitido la creación de teorías específicas para un tipo de persona en particular o con padecimientos específicos, que en alguno de los relatos pareciera es lo que se espera para darle aplicabilidad. Por el contrario hasta ahora

algunos autores más bien se han abocado a agruparlas según su enfoque. Por ejemplo (Meleis, 1985), las clasifica en tres grupos: las teorías de necesidades enfocadas en lo que las enfermeras hacen entre las que se encuentran Dorothea Orem (1980), Abdellah y col (1961), y V. Henderson (1966). Las teorías de Interacción las dirigidas a ver como las enfermeras realizan o conducen el cuidado entre las que menciona a King (1981), Orlando (1961), Paterson y Zedrad (1976) y Weidenbach y Falls (1978) y las teorías de Resultado basadas en los resultados del cuidado y la naturaleza del receptor del cuidado, entre las cuales menciona a Johnson (1959), Levine (1969), Rogers (1970), y Roy (1974).

Lo que significa que la especificidad se la puede dar la persona o el profesional de enfermería que tenga la disposición de aplicar la teoría, enfocándose en un aspecto específico y concibiendo o internalizando una teoría o modelo específico, lo importante es considerar que se debe hacer uso de un marco teórico referencial que proporcione los fundamentos necesarios para guiar el cuidado y la toma de decisiones en la práctica del cuidado.

Por otra parte la **diversidad** de teorías a ser utilizadas como referencia en el cuidado de las personas reflejada en los datos como la “*multiplicidad de teorías existentes y que no todas se aplican*”. Es precisamente esta diversidad de teorías y modelos desarrollados por las teóricas y autores conocidos a través de la formación académica, lo que ha permitido el avance, la identidad y el uso de un lenguaje propio de la disciplina que se traduce en la clarificación del rol del profesional y el paso de ser una actividad a ser una profesión. Sin embargo contrario a verla como una limitante hay que ver esta diversidad como un trabajo valioso, en la construcción de conocimientos que le dan carácter científico a nuestra profesión.

Al respecto, (Kerovac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996) establecen que: “no existe acuerdo sobre un enfoque teórico unitario, sino más bien existe pluralismo en las teorías y por el enriquecimiento que aporta la diversidad al conjunto

de la disciplina, ninguna visión es lo bastante amplia para abarcar u orientar el conocimiento de la Enfermería en su totalidad”. De acuerdo a estos planteamientos la diversidad o las múltiples teorías y modelos más que ser una limitante puede considerarse una fuente de información que fundamente el surgimiento de nuevas teorías como en el caso de esta investigación donde la visión integral del ser humano y el análisis de las teorías humanísticas se consideran complementarias.

La falta de integración de la teoría a la práctica ha originado según lo planteado por (Sánchez Herrera, 2002) “una discusión sobre si debe existir una metateoría que guíe toda la práctica de enfermería, lo cual parece imposible debido a las visiones filosóficas diferentes” (p.14). Esta misma autora apoya que “la existencia de abordajes múltiples que han abierto las posibilidades para clarificar y definir la naturaleza de la disciplina profesional, para evaluar diferentes formas en las cuales se puede desarrollar la práctica y para tener respeto por la diferencia como valor fundamental en enfermería.

Otro aspecto que resaltan las informantes como limitantes es la **procedencia**, que en los relatos describen como *“teorías importadas que no se adaptan a nuestra realidad, contrastan con la realidad, que se aplique más a la realidad, requieren estar acorde con la situación política, cultural y económica, que estén acorde con la realidad del venezolano, que no sean tan importadas que se construyan teorías de nuestro país basadas en nuestra idiosincrasia, cultura y a nuestras costumbres”*.

Ciertamente las teorías han sido transferidas a los países de Latinoamérica procedentes de Norteamérica y Francia que por el carácter de países desarrollados, con características y culturas diferentes representan los avances académicos y de investigación que han sido fundamentales para el desarrollo epistemológico de la enfermería a nivel mundial. Esta ha sido considerada como una limitante para la integración de las teorías a la práctica tanto a nivel nacional como internacional; al respecto (Castrillón, 1997), plantea que “en Centro y Suramérica y en la región del

Caribe no se ha desarrollado una corriente teórica con las características de la experiencia Norteamericana y los conceptos teóricos se han utilizado más como estrategia docente, que como instrumentos de trabajo en los espacios de los servicios de salud” (p.55). Otro aspecto es que la información que se importa es producto de traducciones, más que de fuentes primarias. Este aspecto más que ser una limitante puede constituirse como un elemento de reflexión y de interés para la construcción de nuevas teorías y modelos que se adapten al trabajo académico de formación e investigación y a su implementación en la práctica adecuándolas a nuestra realidad.

Actualmente se cuenta en Latinoamérica con avances en el desarrollo de aportes teóricos de países como Brasil y Colombia; tales como el grupo de cuidado de la facultad de enfermería de la Universidad de Colombia y de los programas doctorales de Brasil de donde se puede mencionar, la teoría de las necesidades humanas básicas de la Dra. Wanda Horta (1970) citada por (Castrillón, 1997), quien “considera la asistencia al ser humano en la atención de sus necesidades básicas y la ayuda para que se independice de esta asistencia mediante la enseñanza del autocuidado. En la cual el área interdependiente de la enfermera tiene que ver con mantener, promover y recuperar la salud; y el área social, como profesión de servicio a la sociedad está constituida, entre otras, por las funciones de investigación, enseñanza y administración”

En Venezuela las experiencias que tienen las enfermeras en cuanto a la aplicación de las teorías como elementos de guía para la práctica han sido las utilizadas durante la formación, incorporándolas en los estudios de caso. Por lo que representan, más un ejercicio académico; que una evidencia de impacto en los establecimientos de salud. Por tal motivo se considera necesaria su integración a la práctica mediante la investigación como medio para determinar su aplicabilidad en nuestras organizaciones de salud y poder afirmar que la procedencia constituye una limitante

Además actualmente con los programas de doctorado en Enfermería se plantean nuevos retos en la construcción de conocimientos de enfermería originados de las necesidades, cultura e idiosincrasia de las enfermeras venezolanas, orientados a la diversidad, individualidad, condiciones y características de las personas a quienes dirigimos nuestros cuidados

Entre los factores propios de las teorías que favorecen su aplicabilidad en la práctica los datos señalan tres elementos descriptivos como son: los **Beneficios, el propósito y los objetivos.**

En cuanto a los **beneficios** las informantes reconocen que las teorías “*son útiles para encaminar el cuidado*”, “*marcan pauta para ejercer el cuidado*”, “*tenerlo como perfil*”, “*se sigue una línea*”. Lo que evidencia que las informantes reconocen como beneficioso el uso de las teorías y modelos de enfermería en la práctica concibiéndolas como una guía para la práctica, una herramienta que les permite ordenar y corregir sus actividades, que se pueden asumir como un patrón de calidad o efectividad en el cuidado, que fortalece las acciones de enfermería, y que son útiles como herramienta de formación. Al respecto (Sánchez Herrera, 2002), plantea que contar con “teorías que guíen la práctica tiene un impacto profundo en la naturaleza y el ámbito de la misma” además de considerar esta autora que el modelo que la enfermera seleccione “le da las bases para tomar decisiones complejas sobre el cuidado de enfermería, estas son cruciales en la entrega de un buen cuidado” (p.15).

Otro factor que favorece la aplicabilidad de las teorías, según los datos es el **propósito**, expresan que para darle utilidad es necesario “*conocer o dar a conocer su propósito*” “*es la parte científica que faltaba*”. Implica las siguientes dimensiones: interrelacionar conceptos que orientan y aportan científicidad a la práctica, fundamentar las acciones en el conocimiento, adelanto y perfeccionamiento de la práctica. Toda teoría desarrolla conceptos que se interrelacionan entre si y que permiten el verdadero propósito de una teoría como es describir, explicar, predecir o

prescribir los fenómenos que se presentan en la práctica. Al respecto, (Duran de Villalobos, 2006), plantea que “las teorías tienen conceptos que están relacionados con los fenómenos de la disciplina, estos conceptos forman las definiciones teóricas” (p.32). Esta relación puede comprender conceptos como salud, promoción de salud, comodidad, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, ayuda. Que conllevan a establecer el conocimiento que fundamenta las acciones para la práctica de enfermería y por ende el desarrollo y el perfeccionamiento que ya se ha mencionado de la disciplina. Cuando se tiene el propósito claro se puede seleccionar un determinado abordaje teórico.

Otro elemento favorable mencionado por las informantes es “*tener los objetivos de la teoría claros*”. Integrar la teoría a la práctica implica objetivos como aplicar o demostrar conocimientos en la intervención de enfermería y en la proporción de cuidados, considerar el aporte científico que constituye un determinado abordaje teórico y marcar la pauta para un servicio de calidad. Al respecto (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2002), plantea que el objetivo de las teorías “radica en saber que conocimiento poseen los profesionales de enfermería y como los utilizan para tomar decisiones pensando en el paciente”. Y están diseñados para proporcionar a las enfermeras una perspectiva sobre el paciente” (p.16). Lo importante sería concebir una teoría que guie la práctica, tener claro su enfoque y comprender como darle aplicabilidad en la relación de cuidado.

Entre los **factores organizacionales** que limitan la aplicación de las teorías. Los datos reflejan dimensiones como la condición financiera de la institución en las cuales refieren: “*intento de aplicación en centros públicos o privados*” que se quedó solo en el intento, significa que la condición financiera de los centros de salud no ha sido un factor determinante para apoyar la aplicabilidad de las teorías, al igual que las Características de las unidades en cuanto a su estructura física, por ejemplo el hecho de “*trabajar en unidades especiales*” como las de cuidados intensivos (UCI), donde existe el supuesto que: la estructura física permite el cuidado de un menor

número de pacientes, facilitando la accesibilidad, hace posible una mejor relación enfermera-paciente, facilita la integración de una teoría a la práctica. Esta característica además fue señalada por las informantes como elemento que fortalece el desempeño de la práctica debido a que se requiere un grado de especialización por parte de los profesionales de enfermería, Contrario a las unidades generales en las cuales las informantes señalan un mayor número de enfermos que no se relaciona con el número de enfermeras que proporcionan el cuidado. Sin embargo tampoco se ha evidenciado el uso de las teorías de enfermería en las unidades con características de unidades especiales.

Por último las políticas y estrategias administrativas a nivel regional o nacional reflejada en los datos como: *“El sistema de trabajo se convierte en un círculo vicioso”*, *“cambiar políticas y estrategias administrativas a nivel nacional y regional”*, *“falta de material”*, *“falta de papelería”*, *“falta de medicamentos”* que llevan a considerar dimensiones de índole política y administrativa que ameritan ser analizadas como elementos que limitan la utilidad de las teorías la necesidad de implementar políticas de cambio propuestos por los gerentes”, *“escases de recursos enfermeras (os). Alto número de pacientes con diferentes patologías, escases de insumos, falta de exigencia gerencial y dirección, falta de estrategias de motivación y ausencia de marco legal que no han considerado lineamientos que faciliten la aplicación de las teorías de enfermería a la práctica. Todo esto hace que la práctica mantenga su desarrollo basado en un sistema funcional y mecanizado; el cual favorece el trabajo rutinario que no motiva el interés por el uso del conocimiento que aportan las teorías de enfermería.*

Por otra parte los datos también reflejan que el **apoyo organizacional** como un factor que favorece la aplicabilidad de las teorías de enfermería expresado en los datos como: *“contar con los insumos”*, *“remodelación de áreas”*, *“educación continua”*, *“motivación del personal”*, *“trabajo en equipo”*, *“tener metas claras y cortas”*, *“favorecer la participación en talleres”* y *“recompensas”* que puede

lograrse mediante políticas de desarrollo personal, un mejor manejo de recursos, acondicionamientos de áreas, supervisión adecuada, políticas de motivación al personal y mecanismos de recompensa, y tener y exhibir metas claras.

Finalmente surgen los **factores individuales** entre los cuales se incluyen los **limitantes personales**, como son según los datos: *“Bien sea personal, por la institución o por los compañeros no permiten la aplicación”, “quizás solo se use empíricamente” “nos ponemos muchas limitantes”, no desglosamos todas esas necesidades sino que generalizamos y hacemos como una rutina cronometrada”, “antiguamente no le daban realce”.*

Todos estos relatos reflejan por una parte que la limitante para no aplicar las teorías puede atribuirse a una actitud personal, institucional y a los compañeros que participan en el equipo para que lo establezcan en común acuerdo, cuando aseguran que han usado las teorías aclaran que ha sido de una forma empírica, porque utilizan algunos elementos teóricos como nombres de teorizantes, la función de enfermería en cuanto a satisfacción de necesidades, determinación de niveles de dependencia y promoción del autocuidado, son imprecisos al determinar los elementos y conceptos claves de la teoría, lo que se traduce en una falta de conocimiento y experiencia sobre la utilidad en la práctica, falta de importancia al reconocer las teorías como guía para la práctica, desarrollando la asistencia mediante una rutina cronometrada, lo que no les permite actuar según las verdaderas necesidades del ser humano, hablan de generalizar las necesidades lo que limita la individualidad del cuidado, por otra parte no consideran los registros, no existe evidencia escrita de su trabajo, y se les dificulta evaluar la efectividad del cuidado porque existe una falta de compromiso profesional y una falta de interés por la integración de la docencia asistencia debido a que no se consideran los elementos incorporados durante la formación y limitan su participación o se desaprovecha la oportunidad de los escenarios de práctica durante la docencia tanto por parte de la enfermera (o) docente como del que se desenvuelve en la asistencia para que se integre la teoría a la práctica.

Factores que favorecen la aplicabilidad de las teorías reflejado en los siguientes relatos: “ganarlos al deseo de que se desarrolle la teoría”, “dar a conocer la teoría”, “adecuación del persona”, “requiere tiempo”, “considerar el aspecto psicológico del paciente”, “considerar la dependencia del paciente”, “revolución en enfermería”, “concientización” , “introspección de lo que se debe hacer”, “creatividad, motivación, entusiasmo”, “querer hacerlo”, “internalizarla”, “convicción” “la docencia influye en su aplicabilidad”, “si somos docentes seguimos lineamientos”, “como ya éramos licenciado teníamos o debíamos moralmente empezar a incursionar en los modelos y teorías”.

Entre los factores individuales se puede reconocer dimensiones como el **interés individual** que demuestre el profesional de enfermería para el deseo de que se aplique, el entusiasmo, la motivación, querer cumplir con el deber, el interés por revolucionar la práctica, implementando cambios productivos, la habilidad para integrar la docencia, participación en talleres.

Otra dimensión de los factores individuales es la habilidad para **reconocer capacidades y limitantes en el otro**, con propiedades como: reconociendo las necesidades individuales, considerar el aspecto psicológico del paciente y su nivel de dependencia.

Y finalmente los **requerimientos individuales** que ha de desarrollar los profesionales de enfermería para darle aplicabilidad a las teorías de enfermería: conocimiento, capacidad para hacer buen uso del tiempo durante la jornada de trabajo, internalización e introspección, de los elementos teóricos a aplicar, creatividad, habilidades para desarrollar el trabajo en equipo

Es importante considerar el hecho de que las enfermeras que se desempeñan en los dos roles tanto asistencial como docente, reconocieron que la docencia les

proporciona una experiencia y conocimiento para que se integren las teorías a la práctica; sin embargo esto no ha influido de manera determinante.

La aplicabilidad de las teorías a la práctica de enfermería requiere de un proceso mental que implica el componente individual, Además del apoyo organizacional que establezca lineamientos para su aplicabilidad como el referencial para la práctica, que demanda que el profesional desarrolle o establezca estrategias propias de la disciplina para proporcionar un cuidado de calidad además de considerar las propiedades de las teorías o modelos. Esto permitirá retomar la identidad profesional, contar con una guía que fundamenta la práctica, además de considerar los factores psicológicos y culturales que afectan los resultados del quehacer. Al respecto (Castrillon, 2001), plantea que:

La profesión continúa en un cambio paradigmático que se inició con el surgimiento de modelos y teorías y que radica en la riqueza del saber propio de la disciplina a partir de la articulación de teorías generales, investigación en el cuidado, los cuidadores, las vivencias de los procesos vitales o de sus transiciones y la práctica fundamentada en evidencias. (p.55)

Por otra parte considera que las enfermeras tienen una responsabilidad ética de practicar enfermería con un abordaje teórico fundamentado en el conocimiento y guiado por su razón de ser que es el cuidado que le proporcione las bases para la toma de decisiones en un cuidado de calidad. Lo que significa que la aplicabilidad va a depender del convencimiento, de la importancia de las teorías como guía para la práctica y una actitud moral y ética para su aplicabilidad. Debido a que estos profesionales cuentan actualmente con una preparación de alto nivel, la cual es la base para mejorar la prestación del servicio que proporciona, fundamentado en un marco teórico que guíe su práctica y desarrolle características de autonomía, trabajo en equipo, liderazgo necesario para movilizar al grupo de profesionales con los cuales trabaja, generar una transformación de la práctica; convirtiendo los factores limitantes en positivo. Esta transformación le permitirá generar el poder que se requiere para

promover la práctica de mantener la salud y el cuidado de la vida en un sentido más amplio acorde con la demanda y las necesidades de nuestra sociedad.

Cuadro 3: Relatos sobre la práctica de enfermería

Informantes	Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Códigos Preliminares
Interrogante					
¿Como ve la enfermera la práctica de enfermería actual?	<p>Hay mucha rutina, pero a su vez yo pienso, no se si fue la oportunidad que yo tuve de <u>trabajar en una terapia intensiva, que vamos como que actuando según las necesidades del enfermo, pero no deja de ser rutina. Es sacar trabajo, Se sale agotado de un trabajo por sacar trabajo, Se trabaja en un ambiente de agobio, de mucho trabajo de que no hay esto, no hay lo otro, el paciente delicado, no tiene</u></p>	<p><u>Las personas a veces no quieren ni tratar a la enfermera, porque no los miran, están serias, creen que porque se paren un ratico a hablar con el paciente, entonces pierden el tiempo o están cronometradas. Primero uno llega, recibe su guardia, evalúa que pacientes tiene, planifico, ya mentalmente ya yo voy</u></p>	<p><u>Se convierte en rutina pero tenemos que salir de esa rutina... no tenemos un protocolo de cuidado, entonces la meta es que ese protocolo se haga y se aplique, para que haya una exigencia, tiene que haber un perfil para el personal de enfermería o de como se maneja un paciente. La veo débil, la práctica de enfermería fuera del contexto donde yo me manejo como profesional (UCI) lo</u></p>	<p><u>Un desastre, triste seria otro sinónimo...Te digo triste, me preocupa que los instructores o profesores, damos la teoría y yo siento que damos lo mejor de nosotras para esos estudiantes y después que se gradúan hacen otra cosa... no lo entiendo, por qué la enfermera le dice al paciente la cama 33 o la paciente de la histerectomía, cuando nos enseñaron que el paciente tiene su</u></p>	<p>Trabajo basado en Rutina. Actuando según las necesidades del enfermo Desempeño en áreas especiales, permite actuar según necesidades del enfermo. Sacar trabajo. Agotamiento Ambiente de agobio. Mucho trabajo Escases de recursos Pacientes en condiciones delicadas sin recursos. Ausencia del familiar al momento Sensación de no hacer nada.</p>

	<p>una sabana, no tiene un familiar al momento. y cuando termina el día uno dice que hice y uno se pone a resumir y uno no hizo nada, porque no pudiste hacerle nada a este, a aquel le hiciste más o menos y al otro no y entonces, no es satisfactorio pues. Hay tanta gente que está en esto y no le gusta ni siquiera pues, entonces le es indiferente que piensan o no piensan, están es sacando el trabajo nada más.</p>	<p>planificando, sin necesidad de tener una hoja y un lápiz voy planificando cuales son las acciones que necesita ese paciente según la necesidad primordial que está presentando y me hago un esquema mental de todas las acciones que voy a hacer y luego voy y las grafico entonces ese es el cuidado que yo voy realizando a medida que voy realizando todas mis actividades. Evalúo mi paciente, veo cuales son sus necesidades y se las voy aplicando a</p>	<p>veo débil...siento que no veo cambio, también siento que los cambios son de uno, son internos, De que me vale a mi ser magister sino soy humano, si no soy humilde sino doy lo que yo he aprendido y como lo demuestro Lo importante es como yo salga en la mañana de mi trabajo(turno nocturno) si me siento satisfecha conmigo misma, entonces la Siento que las personas, mis colegas pero yo no soy quien para decirles que lo están haciendo mal, oséa si estuviera en mí evaluarlos... aquí yo veo que los supervisores son muy complacientes</p>	<p>nombre... no le leen sus derechos... derecho a rehusar tratamiento, derecho a que le respetaran con dignidad... Alguien dijo "y si los enseñan a bañar a los pacientes, y llegan aquí y no quieren bañar a nadie"... (Hace un comentario de que una enfermera le pidió que cambiara la vía de administración de un medicamento vía oral por no haber para uso endovenoso) yo digo Dios mío, donde nos enseñaron eso porque entre las acciones interdependientes no está el cambiar</p>	<p>Exceso de pacientes Insatisfacción Falta de vocación. Indiferencia Temor de las personas a dirigirse a la enfermera No miran al paciente. Seriedad de la enfermera. Falta de disposición para hablar con el paciente Sensación de pérdida de tiempo dedicado al paciente. Trabajo cronometrado. Llegas recibes la guardia Evalúas que paciente tienes Planificar mentalmente sin necesidad de tener hoja y lápiz Determinar las acciones según la necesidad primordial Registro de acciones Deseo de salir de la rutina.</p>
--	--	---	--	---	---

		<p><u>medida que, lo primordial lo primero que el necesite, y así sucesivamente</u></p>	<p>porque <u>si yo tengo una falla el supervisor me tiene que corregir y me tiene que hacer una retroalimentación, pero yo tengo como supervisora de verdad saber lo que voy a corregir oséa si yo estoy supervisando, tengo que tener conocimiento de todo, porque supervisar no es si la persona vino o no vino, si llegó tarde o no llegó tarde, eso es parte de la administración; pero eso no es supervisión sino persecución...</u> tengo que enseñarla porque si yo no la enseño no estoy supervisando, no estoy haciendo nada. Yo pienso que la veo débil es porque <u>veo las enfermeras con</u></p>	<p><u>las ordenes médicas, oséa es una orden médica, debe cumplirse, de hecho el concepto de enfermería dice: la que administra y cuida al paciente, y el concepto del médico es muy claro, el que prescribe y diagnostica.</u> Entonces por qué nosotras vamos a cambiar algo que no es de nuestra competencia. Por eso te digo, es un desastre. <u>Y si vamos a lo que es la técnica, eso no les importa si es asepsia y antisepsia, si se infecta el paciente o no se infecta, si lo bañan o no lo bañan, fíjate que te decía que preparaba la</u></p>	<p>Necesidad de protocolos y que se apliquen. Falta de exigencias. Necesidad de un perfil de acción Débil. Más fortalecida en el área de UCI. Ausencia de cambios internos. Necesidad de mostrar humanidad, humildad, conocimiento. Necesidad de sentirse satisfecha con uno mismo. Sensación de que se están haciendo las cosas mal. Supervisores complacientes. Falta de corrección y retroalimentación por parte de los supervisores. Necesidad de conocimiento en el Rol de los supervisores. Confusión entre</p>
--	--	---	---	---	---

		<p>las uñas largas, con un audífono en los oídos, con el celular dentro del bolsillo, con aquel greñero que no es lo que se les enseñó... Que es lo que hacen las enfermeras, sacan la hoja de tratamiento, yo entiendo que hay pocas enfermeras y muchos pacientes pero hay una enfermera por sala, nada te cuesta preparar el medicamento en la sala como cuando estaban estudiando, entonces se llevan ese poco de cosas para allá, perdieron la técnica, lo hacen delante del paciente, se llevan todo en su carrito para allá para la sala, perdieron la técnica... Yo entiendo que hay muchos pacientes,</p>	<p>higiene y confort y el paciente, dijo “desde ayer en la tarde, no me cambian el pañal” y cuando le quité el pañal, eran como cinco kilos de orine, yo decía, Dios mío donde está el corazón aquí de la gente, donde está la humanidad, donde está esa sensibilidad? con ese pobre ser que viene aquí a buscar salud... “porque como tengo 40” pacientes. Yo siempre le digo a mis compañeros cuando estén obstinados, váyanse de aquí, váyanse de aquí, porque ya usted, ya no estás dando lo mejor de ti, entonces váyase y dele este puesto a</p>	<p>supervisión y persecución Supervisar es enseñar Modernismo en las enfermeras (uñas largas, audífonos, celulares en bolsillo, el greñero) Que Hacen: sacan hoja de tratamiento, preparan medicamento, pasarse una hora comiendo, cumplir el tto, agarrar el carro de curas. Pocas enfermeras Muchos pacientes Necesidad de realizar los procedimientos como se las enseñaron Pérdida de la técnica Falta de tiempo Necesidad de enseñar al familiar Falta de tiempo. Necesidad de continuidad del cuidado mediante la enseñanza al familiar Utilidad del tiempo que le corresponde al</p>
--	--	--	--	---

		<p>que <u>no les queda tiempo</u>, pero <u>enseña al familiar</u>, enséñalo a bañar al paciente, pero enséñalo a bañarlo bien, si tu lo haces un día con el familiar, ya después el lo puede hacer solo; pero tu tienes que enseñarlo, <u>porque no es igual la casa que el hospital</u> y para que haya continuidad de los cuidados a la casa tu tienes que enseñarlo... <u>la rutina es eso, saque la hoja, monté el tratamiento, me paso una hora comiendo, hasta las ocho, ocho y media me voy para allá cumplir tratamiento y me fui, después de agarré el carro de curas. Oséa parece que es más importante mantener un archivo o un</u></p>	<p>alguien que sí quiera venir a dar lo mejor de sí para ese ser humano, cual es la razón de ser de un enfermero, ese ser que perdió la salud o que no la ha perdido que no la pierda. Entonces <u>por qué en la práctica no hay humanidad, no hay valores...</u> yo digo donde está el valor de esa persona? cuando no cumple un analgésico, por ejemplo y ve a esa persona hasta gritando y el familiar viniendo y diciendo "Por favor mi familiar tiene una situación, le duele, le duele, le duele"... se vuelven como insensibles, no se por eso digo que la</p>	<p>paciente en ordenar archivo o un estante. desinterés por el paciente Fallas en los registros. Falta de información al paciente. Desastre. Triste Desfase entre la enseñanza y la práctica Llamar al paciente por N° de cama, o por patología Llamar al paciente por su nombre Falta de información y consideración de los derechos del paciente. Respeto a la dignidad del paciente Ausencia de procedimientos en beneficios de las necesidades del ser humano como la higiene y el confort. Cambios en las indicaciones médicas como acción</p>
--	--	--	---	--

			<p>estante <u>bien arregladito</u> a que el <u>paciente esté bien.</u> (Hace un comentario sobre una situación planteando <u>falta de información sobre el cumplimiento de un tratamiento a la paciente)</u> <u>ni reportaron en el libro de enfermería, ni lo transcribieron a la hoja de tratamiento...No le informan nada (a la Paciente)</u></p>	<p>práctica es un desastre. A veces vemos también que dentro de los hospitales es <u>una realidad que existe que la enfermera es hasta la de mantenimiento</u> oséa <u>no hay un rol definido,</u> o tiene que de repente hasta limpiar, porque no vino la camarera y no va a estar en lo sucio</p>	<p>interdependiente. Enfermería la que administra y cuida al paciente. Falta de aplicabilidad de la técnica Falta de cuidados de asepsia y antisepsia y prevención de infecciones. Falta de humanidad y sensibilidad Elevado numero de pacientes. Necesidad de querer hacer, querer dar lo mejor de si Necesidad de considerar al enfermo como razón de ser del profesional de enfermería Ausencia de valores en la práctica, indefinición del Rol. Cumplir tareas que no corresponden</p>
--	--	--	---	---	--

Cuadro 4. Expectativas de las enfermeras sobre la práctica de enfermería

Informantes / Interrogante	Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Códigos Preliminares
¿Que esperan de la práctica	Espero desarrollar un <u>trabajo eficiente, oportuno, que tenga todo, que tenga los insumos para desarrollar mi práctica, que me permitan investigar o fomenten entre los enfermeros la investigación</u> y por supuesto espero la <u>recuperación en tiempos perentorios de un enfermo, que esté bajo mis cuidados</u> y que yo haya de	el cuidado de enfermería para mi es lo <u>máximo, la enfermera que aplica los cuidados de enfermería con X teoría con la teoría cual sea de enfermería,</u> pero que la <u>aplique con todos los valores que son responsabilidad, armonía, amor al prójimo</u> y con aquella <u>táctica que el paciente necesita</u> eso es lo máximo para mi pues,	Que se haga más <u>científica, más humana, que de verdad se apliquen los principios</u> porque <u>si ya todos somos profesionales universitarios, si ya todos tenemos un insumo teórico</u> y <u>que es igual en todas partes</u> porque <u>en una Universidad que puede variar?</u> , las horas académicas por decir algo, pero al final de cuenta es lo mismo, <u>oséa nos preparan para trabajar con</u>	Una <u>enfermera integral, que cuida a la familia</u> pues y que está <u>preparada</u> para todo, tanto en la <u>pediatría, como en el adulto mayor, y en cualquier patología.</u> <u>Que cambie, definitivamente,</u> Eso hay que <u>cambiar todo, hacer las cosas correctamente,</u> que se <u>retomen nuevamente las técnicas, que se retome el deber ser de la enfermera, ese cuidar verdaderamente al paciente, que se muestre más respetuosa, cuando ella se va a mostrar</u>	Trabajo eficiente y Oportuno Que tenga los insumos de la investigación. Recuperación oportuna del enfermo. Enfermos bajo mis cuidados. Sensación de haber gerenciado el cuidado Trabajo de calidad Sentirse bien. Hacer lo debido Utilización de criterios, juicio y conocimiento Trabajar en armonía y tranquilidad . Cuidado como lo máximo La enfermera aplicando cuidados

	<p>alguna manera <u>diligenciado o gerenciado el cuidado de ese enfermo, que haya tenido participación</u> pues activa dentro la recuperación de ese enfermo. <u>Hacer trabajo de calidad</u> que realmente uno pueda sentirse <u>bien hacer lo debido</u> a los enfermos que yo tengo a mi cuidado porque yo haya <u>utilizado mi criterio, mi juicio, mis conocimientos</u> para que este enfermo pues de alguna manera se <u>recupere</u>, me gustaría <u>trabajar pues en ese ambiente de</u></p>	<p>entonces el cuidado de enfermería es lo máximo <u>son las mejores acciones que puede hacer la enfermera que valorizan o enaltecen la enfermería y que nosotros somos las que estamos las 24 horas del día con el paciente somos las que sabemos cuales son los cuidados que se requieren y que necesita X paciente según la necesidad que esté presentando .</u></p>	<p><u>pacientes, de una parte científica, más humana, que se cumpla como debe ser, porque entendemos que hay pacientes que son más dependientes que otros entonces si tuviéramos una teorizante como norte, pudiéramos distribuir mejor el tiempo; oséa que así como planifico cuantas inyecciones voy a colocar, ya yo se cual es el que está más dependiente</u></p>	<p><u>más respetuosa?, cuando ella haga las cosas correctamente, al tiempo, a la necesidad de ese paciente, que verdaderamente corrija la necesidad de ese paciente, que actúe ante la necesidad de ese paciente, que tenga humanidad con ese paciente. exigir a las autoridades que vengan aquí y vean a ver que hacen porque hay que tener las herramientas necesarias para el trabajo, aplicar los principios con prontitud y tener conocimiento, porque también es que parece que es que no tienen conocimiento, donde esa enfermera se actualice anualmente sobre las técnicas y nuevas tecnologías</u></p>	<p>La enfermera aplicando teorías Incorporación de valores en la práctica Táctica con el paciente. Valorización y enaltecimiento de la enfermería. Permanencia de 24 horas Conocimiento sobre cuidados y necesidades del paciente.</p> <p>Más científica. Más humana Aplicación de principios Contamos con insumos teóricos Conocimientos unificados Preparación para trabajar con el paciente Que se cumpla el deber ser Considerar el nivel de dependencia de los pacientes. Tener una teorizante como norte. Distribuir mejor el tiempo. Planificación del trabajo.</p> <p>Integralidad. Que cuide a la familia.</p>
--	---	---	--	--	---

	<p><u>armonía, de tranquilidad, y poder gerenciar el cuidado .</u></p>			<p>que hay para poder brindar el cuidado, porque <u>a veces vemos con lástima que una enfermera no sabe ni siquiera mover una computadora,</u> debe tener conocimiento en informática para <u>sistematizar el cuidado digo la parte administrativa, no perder tiempo y darle mayor tiempo al paciente,</u> Entonces habría que <u>modificar una serie de políticas en donde se le den también las herramientas a la enfermera para que retome la práctica, y pueda hasta hacer ciencia porque por qué no inventar, crear, ser creativo.</u> Mientras <u>mantenga los principios de asepsia y antisepsia,</u> pudiera cambiar una</p>	<p>Preparada con conocimientos generales Que cambie Hacer las cosas correctamente Retomar la técnica Retomar el deber ser Cuidar verdaderamente al paciente Respetuosa. Oportuna Actuar según la necesidad del paciente Humanidad con el paciente Exigir herramientas necesarias para el trabajo Aplicar principios con prontitud. Tener conocimiento Actualización en técnicas y nuevas tecnologías Con conocimientos de informática Sistematizar el cuidado Evitar la pérdida de tiempo Dedicar más tiempo al paciente Darle mayor tiempo al paciente</p>
--	--	--	--	--	---

				<p><u>técnica donde fuesen de mayor efectividad,</u> hemos visto casos donde enfermeras Venezolanas, las chicas que hicieron el trabajo con el Aloe Vera o la zábila, gente que haciendo cura hay enfermeras que se hacen más creativos y ver como hacer cosas, digo <u>hacer estrategias para dar cuidado,</u> para brindar cuidado a esa cura.</p> <p>Entonces pienso que bueno que hay que <u>empezar a hacer cambios,</u> reestructurar y hacer. <u>Hemos perdido terreno y hemos perdido espacio.</u></p>	<p>Modificar políticas. Contar con las herramientas necesarias para la práctica Retomar la práctica Hacer ciencia (inventar, crear) Mantener los principios de asepsia y antisepsia. Crear nuevas técnicas o estrategias de cuidado efectivas</p> <p>Comenzar a hacer cambios y reestructuración. Ganar terreno y espacio</p>
--	--	--	--	--	---

CUADRO 5. Práctica de enfermería desde la perspectiva de las informantes

Códigos Preliminares	Códigos conceptuales	Categorías	Propiedades	Dimensiones	Interpretación
<p>Trabajo basado en Rutina. Deseo de salir de la rutina. Trabajo cronometrado Sacar hoja de tratamiento, preparan medicamento, pasarse una hora comiendo, cumplir el trataminto, agarrar el carro de curas. Sacar trabajo actuando según las necesidades del enfermo Uno llega, recibe su guardia, Evalúa que pacientes tiene, Planifico, ya mentalmente Sin necesidad de tener una hoja y un lápiz voy</p>	<p>Actividades Rutinarias</p>	<p>Concepción rutinaria de la práctica de enfermería</p>	<p>Actividades rutinarias realizadas por el profesional de enfermería durante la jornada diaria.</p>	<p>Tipo de actividades repetitivas: recibir la guardia, elaboran o revisan la hoja de tratamiento, preparan y administran tratamiento, cumplir indicaciones médicas Cura de heridas, planifican acciones mentalmente., medición de signos vitales. Registros, Actividades según las características del paciente: condiciones, nivel de dependencia,</p>	<p>Existe una concepción de práctica rutinaria debido a que se basa en actividades y procedimientos repetitivos dirigidas al cumplimiento de actividades en forma cronometrada o previamente reglamentadas tales como entrega y recibo de guardia, revisar hojas de tratamiento, prepararlo y administrarlo, cumplir indicaciones médicas, cumplen procedimientos básicos, (control de signos vitales y curas de heridas), planifican acciones de forma mental y realizan registros.</p>

<p>planificando cuales son las acciones que necesita ese paciente según la necesidad primordial Registro de acciones Hay pacientes que son más dependientes que otros Cumplir procedimientos en beneficios de las necesidades del ser humano. . Cumplir las indicaciones médicas</p>				<p>prioridad de necesidades</p>	<p>Además de realizar actividades según las características de los pacientes como condiciones, nivel de dependencia y a satisfacer necesidades considerando prioridades. Esta forma de desarrollar la práctica ameritan más aplicabilidad de habilidades técnicas que habilidades conceptuales y provoca insatisfacción en los profesionales</p>
<p>Sensación de no hacer nada. Sensación de que se están haciendo las cosas mal. Indiferencia. Utilización del tiempo que le corresponde al paciente en ordenar archivo o un estante. desinterés por el</p>	<p>Expresando sentimientos de discrepancia entre lo que se tiene y lo que se quiere</p>	<p>Sentir del profesional de enfermería</p>	<p>Insatisfacción</p>	<p>Sensación de no estar haciendo las cosas bien Mala utilización del tiempo Desinterés indiferencia Pérdida de la técnica Falta de recursos Exceso de pacientes</p>	<p>Existe un sentimiento de insatisfacción en el trabajo, reflejado en un desinterés, indiferencia, pérdida de la técnica, sensación de no estar haciendo las cosas bien, tal vez debida a la indefinición del rol, o la falta de</p>

<p>paciente Mucho trabajo Perdida de la técnica indefinición del Rol. Débil. Desastre Triste Agotamiento Ambiente de agobio. Mucho trabajo Escases de recursos Exceso de pacientes Falta de vocación</p>				<p>Falta de vocación Indefinición del Rol exceso trabajo Agotamiento</p>	<p>vocación, el exceso de trabajo, la falta de recursos, el exceso de pacientes que les genera agotamiento.</p>
<p>Necesidad de sentirse satisfecha con uno mismo. Querer sentirse bien. Hacer lo debido que tenga los insumos para desarrollar mi práctica lograr la recuperación del enfermo trabajar pues en ese ambiente de armonía, de tranquilidad Necesidad de un</p>			<p>Deseo de un trabajo satisfactorio</p>	<p>Sentirse bien. Hacer lo debido Contar con insumos Mayor N° de enfermeras por paciente Trabajar en un ambiente de armonía. Necesidad de un perfil de acción Retomar la técnica Lograr la recuperación del enfermo Cuidar</p>	<p>El deseo de realizar un trabajo satisfactorio se puede ver como una expectativas en el trabajo de querer sentirse bien, hacer lo debido, contar con los insumos, contar con un mayor número de enfermeras por paciente, trabajar en un ambiente de armonía y tranquilidad además de una clara definición de su rol.</p>

perfil de acción Hacer las cosas correctamente Retomar la técnica Retomar el deber ser Cuidar verdaderamente al paciente				verdaderamente al paciente.	
Planificar mentalmente Sin necesidad de tener hoja y lápiz voy planificando Hacer esquema mental de las acciones a realizar Determinar las acciones según la necesidad primordial Evaluación del paciente Necesidad de definición del Rol de enfermería. Cumplir tareas que no corresponden Actuar según necesidades del enfermo Necesidad de Sistematizar el	Necesidad de Organización de la práctica de enfermería	Necesidad de Cambio	Necesidad de reestructurar la práctica de enfermería	Proceso de enfermería como herramienta de trabajo: Valoración Diagnóstico Planeación Ejecución Evaluación Implementación de registros de enfermería Tipos de registros Formatos normativas Uso de un método de trabajo Por paciente Funcional Mixto En equipo	Los datos reflejan una necesidad de organizar la práctica que exige la implementación de un cambio como una reestructuración de la práctica de enfermería, a través del uso de lo que conocemos como herramienta de trabajo, el Proceso de enfermería, la implementación de registros y el uso de un nuevo sistema de asignación de trabajo que permita una mejor distribución del personal que proporciona el

cuidado en cuanto a la parte administrativa Necesidad de modificación de políticas para que la enfermera retome la práctica. Registrar acciones Fallas en los registros. Ausencia de cambios Comenzar a hacer cambios					cuidado
Numero de pacientes. Número de enfermeras Características de Supervisores. Corrección y retroalimentación por parte de los supervisores. Conocimiento en el Rol de los supervisores. Exigencias del supervisor Confusión entre	Gerencia y conocimiento para apoyar el cambio en el cuidado de enfermería	Gerencia del cuidado	Ubicación de Supervisor según la estructura organizacional Actividades del supervisor	Depende jerárquicamente del jefe de departamento de enfermería Representa la línea de autoridad que guía el cumplimiento del cuidado Manejo y disponibilidad de Recursos. Distribución del personal	La gerencia del cuidado está en manos de la supervisión, cuya línea jerárquica depende directamente del departamento de enfermería y representa la línea de autoridad que debe guiar el cumplimiento del cuidado mediante las actividades de supervisar la

<p>supervisión y persecución Necesidad de Sentir haber Diligenciado o gerenciado el cuidado mediante participación activa Supervisar es enseñar Modernismo en las enfermeras (uñas largas, audífonos, celulares en bolsillo, el greñero) Contar con Insumos Contar con las herramientas necesarias Exigir a las autoridades herramientas necesarias para el trabajo</p> <p>Fomentar la investigación .Perfil teórico Utilización de criterios, juicio y</p>		<p>Integración del conocimiento a la práctica de enfermería</p>	<p>Aplicabilidad de los fundamentos teóricos y filosóficos</p>	<p>Asignación de funciones, actividades y de pacientes Son responsables de supervisar la atención directa del paciente Comunicación efectiva Aplicación de correctivos y retroalimentación Implementar Normas Programa e implementa cambios Buen manejo de los equipos Mantener inventario de recursos</p> <p>Aplicabilidad de teorías de enfermería Guía de la práctica Uso de un Perfil</p>	<p>atención directa del paciente, el manejo y disponibilidad de recursos, Distribución del personal, asignación de funciones, actividades y de pacientes, favorecer un buen proceso de comunicación, aplicación de correctivos y retroalimentación cuando sea necesario, implementar normas, programar e implementar cambios, orientar sobre el buen manejo de los equipos y mantener inventario de recursos.</p> <p>El conocimiento es la base para la práctica y el mismo se fortalece con la</p>
---	--	---	--	---	---

<p>conocimiento La enfermera aplicando teorías independientemente de la teoría que aplique Conocimiento s sobre cuidados y necesidades del paciente Práctica más científica y más humana Que se aplique los principios Todos tenemos insumos teóricos Utilizar una teorizante como norte. Contar con una enfermera(o) integral, preparada. Utilización de nuevas técnicas y nuevas tecnologías Conocimiento en informática para sistematizar el cuidado. Contar con</p>		<p>fortalecido en la investigación</p>	<p>Fomentar la investigación</p>	<p>teórico Utilización de criterios, juicio y conocimiento Cientificidad de la práctica Desarrollar las líneas de investigación sobre el cuidado y la práctica Desarrollo de nuevas teorías que guíen la práctica y validar las existentes Utilización de nuevas tecnologías Crear nuevas estrategias de cuidado Creación de protocolos aplicando principios y técnicas</p>	<p>investigación. Es a partir de esta que deben surgir las teorías de enfermería, los principios técnicos y los protocolos que estandarizan el cuidado. Lo que permite el desarrollo del conocimiento aplicando los fundamentos teóricos y filosóficos a la disciplina de enfermería que permiten contar con una guía o perfil para la práctica y la utilización de criterios y juicios bien sea a partir de la propia práctica o de las diferentes teorías existentes, para darle científicidad a la práctica, desarrollar las líneas de investigación sobre el cuidado y la</p>
---	--	--	----------------------------------	--	---

herramientas para retomar la práctica. Hacer ciencia, inventar, crear Cambiar técnicas manteniendo los principios.				Utilidad de la informática	práctica, aplicar nuevas tecnologías crear nuevas estrategias de cuidado y crear protocolos aplicando principios y técnicas.
Desarrollar un Trabajo eficiente Oportuno Actuar a tiempo. Actuar con prontitud Evitar la pérdida de tiempo Darle mayor tiempo al paciente Trabajo de calidad Una enfermera Integral.	Resultados esperados con el cambio	Requisitos de calidad	Eficiencia Eficacia Integralidad	Económico-gratuito Produce efecto deseado a menor gasto y esfuerzo Aprovechamiento de los recursos Disponibilidad de recursos Procedimientos y actividades de atención científico técnicas conforme a las normas Ofrece seguridad Satisfacción de necesidades Comodidad de los	Expresan que el trabajo de enfermería debe contar con Indicadores de calidad tales como la eficiencia, eficacia, la integralidad, ser oportuno y la efectividad.

			Oportuno	usuarios	
			Efectividad	<p>Accesibilidad física</p> <p>Actuar con prontitud</p> <p>Dedicar el tiempo requerido a la persona que se cuida</p> <p>Oportunidad de asistencia</p> <p>Reducir el porcentaje de infecciones</p> <p>Disminuir las tasas de reingreso</p> <p>Disminución de complicaciones</p> <p>Disminuir las tasas de morbi-mortalidad</p>	
Valorización y enaltecimiento de la enfermería. Esperan reconocimiento por la permanencia las 24 horas.		Reconocimiento profesional y Laboral	Profesional	<p>Conocimiento</p> <p>Método de trabajo</p> <p>Autonomía profesional</p> <p>Ética profesional</p> <p>Contribución social</p>	Los profesionales de enfermería esperan Valoración de su trabajo, el cual puede clasificarse en reconocimiento profesional y laboral.

<p>Ganar terreno y espacios agradecimiento del paciente. Satisfacción producto de la recuperación del paciente</p>			<p>Laboral</p>	<p>Recompensas laborales:</p>	<p>el reconocimiento profesional dependerá de nosotros mismos, del conocimiento que se demuestre, permite hacer uso de un método de trabajo, fundamentado en las teorías, la filosofía y la investigación, de la ética profesional y de la actitud hacia la contribución social, solo así puede obtener y merecer además el reconocimiento laboral reflejado en recompensas laborales como remuneración adecuada, reconocimientos y ascensos que generen mayor motivación, credibilidad y aceptación como profesión.</p>
--	--	--	----------------	-------------------------------	--

Práctica de enfermería desde la perspectiva de las informantes:

Los datos reflejan una descripción rutinaria de su desempeño laboral que genera sentimientos de insatisfacción y de deseos de un trabajo satisfactorio en lo que se visualizan expectativas de un cambio que permita una reestructuración de la práctica apoyada en una efectiva gerencia de cuidado y en la integración del conocimiento fortalecido en la investigación que tenga como resultado mejorar la calidad en dicha práctica y su reconocimiento profesional y laboral. Esta perspectiva permite agrupar los datos en las siguientes seis categorías:

1. Concepción rutinaria de la práctica.
2. Sentir de los profesionales de enfermería (insatisfacción y expectativas)
3. Necesidad de Cambio: Reestructurar la práctica de enfermería
4. Gerencia del cuidado (elemento de apoyo para el cambio)
5. Integración del conocimiento en la práctica de enfermería fortalecido en la investigación (elemento de apoyo para el cambio)
6. Calidad de servicio (Resultados esperados con el cambio)
7. Reconocimiento laboral y profesional (Resultados esperados con el cambio)

1.- La Concepción rutinaria de la práctica de enfermería.

Los datos expresan la percepción de una práctica rutinaria evidenciándose en la descripción del desarrollo de actividades cronometradas, enfocadas desde dos puntos de vista, las actividades repetitivas durante cada turno o cada jornada de trabajo diario y las actividades realizadas en función de las características del paciente.

En cuanto a las actividades repetitivas se mencionan: “trabajo basado en rutina”, “cronometrado”, “llegar recibir la guardia”, “sacar la hoja de tratamiento”, “preparación y administración de tratamiento”, “planifico mentalmente”, “sin necesidad de tener un lápiz y un papel voy planificando cuales son las acciones que necesita el paciente”, “cumplir indicaciones médicas”, “el registro de acciones”.

Y en cuanto a las actividades que se cumplen según las características del paciente tales como: *“según las necesidades del enfermo”*, *“evalúas que paciente que tiene”*, *“según la necesidad primordial”*, *“Pacientes que son más dependientes que otro”*. *“cumplir procedimientos en beneficio de las necesidades”*.

Al respecto (Balderas Pedrero, 2009), describe algunos trabajos que tradicionalmente realiza la enfermera de la siguiente manera (p.231):

1. Se inicia al recibir el turno de parte de la responsable del turno que la antecede y se termina al entregarlo a la enfermera del siguiente turno, siguiendo ciertas reglas como hacer un recorrido físico por el servicio, señalar los pendientes y las particularidades de la atención de enfermería por cada paciente.
2. Organización del trabajo: se distribuyen y dividen el trabajo según el sistema elegido, pudiendo ser por pacientes, por funciones, mixto o en equipo.
3. Se revisan las órdenes médicas y los pendientes.
4. Se prepara material, equipo e instrumental.
5. Se proporciona atención directa
6. Se registra la atención proporcionada

Esta autora considera que tales actividades reflejan características de un trabajo funcional y rutinario y que está determinado por el conjunto de reglas institucionales para proporcionar atención de enfermería.

El trabajo rutinario sufre cambios cuando el personal de enfermería realiza actividades según las características, condiciones y necesidades prioritarias particulares en los pacientes el calificativo prioritarias se le atribuye a las necesidades fisiológicas, que comprometen la vida del paciente, tales como oxigenación, o alguna alteración que pueda comprometer la vida.

Al respecto (Potter & Perry, 1996), cita a Bradley y Edinberg (1990) quienes consideran que la actuación de enfermería puede dividirse en tres grupos: fisiológicas, psicológicas y socioeconómicas. Describiendo las actuaciones fisiológicas como las “actividades dirigidas a satisfacer las necesidades físicas del paciente tales como nutrición, eliminación, comodidad” (p.225); las cuales se realizan de modo rutinario y se han caracterizado por ser más visibles que las psicológicas que están dirigidas a las necesidades emocionales del paciente y las socioeconómicas dirigidas a remitir al paciente a otros servicios sociales o comunitarios, a la adaptación al entorno y a la adopción de cambios en el estilo de vida..

Esta consideración de los autores coincide con lo expresado en los datos en cuanto a que la práctica rutinaria de enfermería se centra en procedimientos terapéuticos dirigidos a satisfacer necesidades fisiológicas, sin embargo aspectos como la nutrición, eliminación y comodidad son delegados a los familiares, así como los aspectos psicológicos y socioeconómicos son menos considerados durante la práctica.

Estas actividades rutinarias que vienen realizando las enfermeras deben ser transformadas considerando un marco de referencia que permita proporcionar los cuidados siguiendo una concepción integral dirigidos a satisfacer las necesidades de la vida diaria, tales como las necesidades fisiológicas, psicoafectivas, espirituales y socioeconómicas las cuales se ven interferidas por las limitaciones o condiciones de dependencia del ser humano producto de la enfermedad o de otros eventos y los nuevos estilos de vida que requieran las personas durante su rehabilitación y su reinsertión social.

Esta transformación requiere que el marco de referencia considere la priorización del cuidado. Al respecto (Potter & Perry, 1996), también plantean varios métodos para el establecimiento de prioridades (p142).

Según el enfoque biopsicosocial el cual propone una escala de alta, Mediana y baja prioridad. La escala de alta prioridad incluye los problemas que constituyen una mayor amenaza para la vida” esta escala puede comprender las necesidades fisiológicas, tales como: la necesidad de respirar, la tolerancia y el manejo del dolor, las necesidades de conservación del equilibrio homeostático y de los líquidos corporales. Seguida de “las de mediana prioridad que incluyen necesidades que al alterarse dificultan el funcionamiento normal de la vida diaria” como los cuidados de la alimentación, vestido, higiene, sueño, movilidad; y finalmente el nivel de “baja prioridad que incluye las necesidades que favorecen la calidad de vida” como son las necesidades psicoafectivas que involucran reacciones de adaptación emocional mediante mecanismos psicológicos de afrontamiento en las cuales a pesar de que los individuos tengan personalidades diferentes las formas básicas de adaptación son comunes.

Las necesidades espirituales en las cuales pueden encontrarse las creencias, la sensación de armonía con la naturaleza y con el mundo y el sentido, significación o propósito de la vida, a lo que el profesional de enfermería debe respetar y considerarlas durante la valoración. Las necesidades socioeconómicas que lo involucran en sus relaciones sociales y familiares constituyendo los elementos de ayuda y apoyo.

Todas estas ultimas necesidades son consideradas poco visibles durante la práctica de enfermería a pesar de la importancia descrita sin embargo deben ser valoradas e implementar cuidados de orientación para el logro de un mejor proceso de adaptación, aceptación y afrontamiento a la enfermedad y a la muerte o para la recuperación de la salud.

Un segundo ejemplo para establecer prioridades, propuesta (Potter & Perry, 1996), es según la disponibilidad de recursos, que se realiza priorizando los

diagnósticos de enfermería para dirigir los recursos de asistencia hacia la consecución de objetivos centrados en el paciente. Y finalmente el establecimiento de prioridades según la preferencia del paciente en el cual existe una mayor participación del paciente para llegar a acuerdos de colaboración en cuanto a los diagnósticos de enfermería prioritarios.

Al considerar todos estos aspectos se afirma que es el profesional de enfermería quien debe marcar la diferencia entre proporcionar los cuidados asistenciales dirigidos a resolver las necesidades de una forma integral a la persona enferma y hacer el trabajo menos rutinario actuando de forma independiente en la priorización de problemas según las características de la persona que requiere de sus cuidados.

Al respecto (Chiavenato, 2006), considera que “los métodos y procedimientos estandarizados y rutinarios se basan en la suposición de que la tecnología utilizada permanecerá inalterable para compensar la inversión de tiempo, dinero y esfuerzo aplicado al análisis y al estudio del trabajo” (p.62). Lo que implicaría escaso uso de conocimiento requiriéndose solo personal seleccionado y entrenado para la realización de tareas simples. Además el autor menciona que “los trabajos simples y repetitivos se vuelven monótonos y aburridos, lo que afecta de manera negativa la actitud del trabajador y reduce su satisfacción y eficiencia”. En este sentido se espera que el personal de enfermería que se ha esforzado por adquirir una formación de alto nivel y esté motivado por un trabajo satisfactorio y más eficiente se incorpore como elemento de cambio de un trabajo más productivo y menos rutinario.

Por otra parte los sentimientos de insatisfacción expresados, la falta de efectividad en el desarrollo de un trabajo con características de profesionalismo y más basado en la técnica, ocasionará la aparición de personas que sin ser profesionales de enfermería quieran dedicarse al cuidado de las personas puesto que las actividades rutinarias desarrolladas en la práctica parecieran no requerir altos niveles de conocimientos, lo que sugiere que la profesión de enfermería demanda la necesidad

de plantear cambios estructurales y funcionales en la disciplina que conlleven a un desarrollo de una práctica más científica y más humana.

2.- La segunda categoría expresa el sentir del profesional de enfermería descrito en dos propiedades: insatisfacción y el deseo de un trabajo satisfactorio.

La insatisfacción se ve reflejada en expresiones como: “*sensación de no hacer nada*”, “*sensación de que se están haciendo las cosas mal*”, “*indiferencia*”, “*utilización del tiempo que le corresponde al paciente en ordenar un archivo o un estante*”, “*desinterés por el paciente*”, “*mucho trabajo*”, “*pérdida de la técnica*”, “*indefinición del rol*”, “*agotamiento*”, “*ambiente de agobio*”, “*mucho trabajo*”, “*escases de recursos*”, “*exceso de pacientes*”, “*falta de vocación*”.

En relación a este aspecto las expresiones negativas que reflejan insatisfacción hacia la forma de cómo se está desarrollando la práctica es preocupante si consideramos lo planteado por (Ramos Crespo, 2001), quien sostiene que “Los sentimientos pueden influir positiva o negativamente en el pensamiento efectivo, lo más importante es sentirse bien con uno mismo” (p.328). Lo que significa que el desarrollo de un trabajo nos debe hacer sentir satisfecho primero con nosotros mismos cuando estamos conscientes de estar haciendo las cosas bien de otra forma se generan sentimientos y reacciones negativas ante la práctica.

En el contexto del cuidado, la percepción negativa reflejada en las expresiones de las informante pueden inducir a lo que (Boff, 2002), denominó “fenómeno de descuido, indiferencia y abandono o falta de cuidado” (p18), que debemos evitar, que se convierta en los signos de descuido descritos por este autor entre los cuales se han mencionado: el descuido por la vida, descuido y abandono de los sueños de generosidad, menosprecio de la solidaridad, la libertad y la dignidad de los seres humanos, descuido y abandono por la condición social, descuido e indiferencia por la dimensión espiritual del ser humano, descuido e indiferencia por el cuidado de la

tierra, descuido por la calidad de la vida. Esto significa que la desmotivación y los sentimientos de insatisfacción de las enfermeras pueden conllevar a la práctica rutinaria, dependiente, menos autónoma y alejada de las prácticas de cuidado que caracterizan la naturaleza de la enfermería. Esta situación puede ser revertida mediante la aplicación de estrategias centradas en el cuidado. Lo que se traduce en un llamado a retomar nuestra función de cuidado, preservación y mantenimiento de la salud y la vida de nuestra especie.

Por otra (Chiavenato, Administración de recursos humanos, 2004), refiere que la insatisfacción según la teoría de Herzberg está determinada por los factores higiénicos o extrínsecos, dependientes de la institución, tales como “el sueldo, los beneficios sociales, el tipo de jefatura o supervisión que las personas reciben, las condiciones físicas y ambientales de trabajo, políticas y directrices de la empresa, el clima de relaciones, los empleados y los reglamentos internos” (p.76) todo esto influye en la satisfacción y en la mayor productividad del profesional de enfermería. Entre algunos factores institucionales identificados en los datos según lo expresado por las informantes, se mencionan “*la escases de recursos, exceso de pacientes, el exceso de trabajo y el ambiente de agobio*”. Lo que trae como consecuencia un nivel de insatisfacción en el personal de enfermería.

Herzberg describe además los factores intrínsecos que “involucran sentimientos de crecimiento individual, reconocimiento profesional y autorrealización y depende de las tareas que el individuo realice en su trabajo”. Analizando los datos en referencia a los planteamientos de Herzberg se identifican entre los factores intrínsecos el **deseo de un trabajo satisfactorio** en las siguientes expresiones: “*necesidad de sentirse satisfecho con uno mismo*”, “*querer sentirse bien*”, “*hacer lo debido*”, “*que tenga insumos para desarrollar mi práctica*”, “*recuperación del enfermo*”, “*trabajar en un ambiente de armonía y tranquilidad*”.

Todas estas expresiones reflejan una motivación interna hacia el trabajo que contribuye en un interés por el crecimiento individual y constituye un factor intrínseco que requiere la búsqueda de experiencias de crecimiento personal y profesional que debe ser considerado por la organización dentro de sus políticas de educación permanente.

3.- Necesidad de Cambio: Reestructurar la práctica de enfermería.

La concepción negativa de la realidad en la que se desarrolla la práctica, es evidenciada en los datos en los cuales se describe el desarrollo de una práctica en referencia a: *“actuar según necesidades del enfermo”, “planificación mental”, “hacer esquema mental de las acciones a realizar”, “determinar acciones según la necesidad primordial”, “evaluación del paciente”, “necesidad de definición del rol de enfermería”, “cumplir tareas que no corresponden”, “necesidad de sistematizar el cuidado”, “necesidad de modificación de políticas para que le enfermera retome la práctica”, “registrar acciones”, “fallas en los registros”.*

Estos datos claramente reflejan una necesidad de cambio o una reestructuración de la práctica; y a su vez se describen claramente como la enfermera(o) puede estar desarrollando las etapas del proceso de enfermería de manera empírica y sin dejar registros que evidencien como está desarrollando su práctica, además de la ausencia de la sistematización del cuidado y la necesidad de la definición del rol de enfermería que conlleva al cumplimiento de tareas que no le corresponden.

Esta necesidad de reestructurar la práctica requiere plantear la necesidad de retomar la herramienta de trabajo en enfermería que es el proceso de cuidar, llegar a un acuerdo en el cumplimiento de los registros y actuar con profesionalismo al seleccionar un método para la asignación de trabajo que refleje su nivel de formación.

(a) **Proceso de cuidar:**

Se hace necesario que los profesionales de enfermería integren a su práctica el proceso de cuidar, concebido como una herramienta que le permite al profesional organizar el trabajo de forma independiente partiendo de identificación de las necesidades y capacidades funcionales de las personas para proporcionar cuidados de forma integral. El proceso se ha utilizado durante la formación del recurso humano, motivo por el cual las enfermeras poseen tal conocimiento y admiten estar aplicándolo de una manera empírica las cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La **valoración** es la primera fase donde el profesional de enfermería recolecta información sobre el estado de salud de la persona enferma, a través de aplicación de técnicas de observación, entrevista, exploración física y comprobación de los datos de laboratorio, actividades que son completamente independientes y mediante la utilización del conocimiento y las habilidades de interacción que desarrolle el profesional de enfermería para obtener una base de datos propias e individualizada, que permita identificar las respuestas humanas ante la situación de salud o enfermedad, las cuales son fundamentales para la identificación de **diagnóstico**.

El diagnóstico de enfermería como segunda fase, o la determinación de las necesidades o requerimientos del enfermo como es descrita por las informantes. Durante esta fase el profesional de enfermería debe utilizar su capacidad reflexiva y analítica para identificar los problemas físicos, psicológicos, afectivos, espirituales y socioeconómicos que pueden ser abordados desde las referencias teóricas de enfermería. Al determinar el diagnóstico de enfermería la enfermera según Potter “realiza un juicio clínico en función de las respuestas de la persona ante procesos vitales o ante problemas de salud reales o potenciales,” con el objetivo de desarrollar una planificación.

La planificación constituye la tercera fase del proceso, en la cual se establecen objetivos centrados en la persona que requiere de nuestros cuidados y se diseñan las estrategias para alcanzar los objetivos, implica toma de decisiones y capacidad para resolver problemas que le permitan planear los cuidados de enfermería individualizados además de promover la adaptación tanto de la persona enferma como del grupo familiar y a los cambios provocados por la enfermedad. Esta planificación debe ser registrada utilizando la estructura del plan de cuidados reflejando los problemas o necesidades según las prioridades, los resultados esperados y las estrategias o acciones para su resolución.

Al analizar los planteamientos de las informantes se observa una contradicción cuando las informantes manifiestan que su “planificación es mental, y no requiere registros”. Comprometiéndose el conocimiento adquirido por las enfermeras durante su formación y su integración a la práctica, puesto que la planificación no puede ser mental dada la complejidad de los cuidados, siendo necesarios los registros como evidencia para evaluar los problemas, determinar los cambios generados en las personas y la efectividad de las estrategias aplicadas durante la prestación del cuidado, además permite al resto del equipo conocer el estado actual de la persona y los cuidados que requieren para darles continuidad.

La fase de ejecución, representa las acciones que se implementan para la resolución de problemas de las personas y la satisfacción de sus necesidades. Estas requieren que el profesional de enfermería sea competente en tres áreas: conocimiento científico que fundamente la acción a ejecutar, capacidades psicomotoras, interpersonales y habilidades gerenciales para manejar de forma eficaz los recursos.

Los datos expresan en relación a la ejecución que *“es necesario determinar las acciones según la necesidad primordial, las cuales deben ser registrada”*. La experiencia en la práctica nos ha demostrado que el profesional de enfermería ejecuta

sus acciones dando prioridad según el estado de salud de las personas, en el cual puede considerar su estado de gravedad y limitaciones dirigiendo sus acciones según las indicaciones médicas.

(b) Registros de Enfermería

La única forma de dejar evidencias en la etapa de ejecución es a través de los **registros**, sin embargo existen fallas o simplemente no se registran todas las acciones, o no existe un sistema unificado que permita una mayor comprensión de la comunicación en el equipo, lo cual trae como consecuencia que cuando requieren de información sobre una acción cumplida no se encuentra registrada, limitándose la continuidad del cuidado.

Esto sugiere una vez más la necesidad de un método que les permita organizar la práctica. Tal como reflejan los datos: existe *necesidad de definir el rol de enfermería, necesidad de sistematizar el cuidado, necesidad de modificar políticas para que la enfermera retome la práctica y registre sus acciones*. Dada la estrecha relación entre la práctica y la educación en enfermería es pertinente una revisión de la formación del recurso humano en enfermería, en tanto que es en esta instancia donde se proporciona el marco teórico referencial y las experiencias clínicas administrativas para abordar el cuidado de una manera integral. Al reestructurar la práctica se pretende alcanzar un cuidado de calidad con características de verdadero profesionalismo basado en el conocimiento y autonomía profesional.

Finalmente la **evaluación**, durante esta etapa el profesional de enfermería mide la efectividad de sus cuidados, y el progreso del enfermo en su situación de salud hacia la consecución de los objetivos y criterios de resultados registrados en el plan. Es decir una vez más el plan es el elemento que permite evaluar las condiciones del enfermo y validar las respuestas que indican mejoría o resolución del diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud y si verdaderamente los cuidados

implementados han sido efectivos o se requiere realizar ajustes en las acciones, además de proporcionar elementos para determinar la calidad de los cuidados.

El proceso de cuidar permite delimitar el rol o funciones de la enfermera en la práctica como profesional independiente y autónomo. Al respecto (Castrillón, 1997), en su análisis sobre el proceso plantea que el mismo “se ve como una manera de pensar para actuar más que una manera de hacer. Es una manera de formalizar la organización de las acciones científico-técnicas de enfermería y no debe verse como un modelo o teoría” (p.92). Coincidiendo con esta autora en esta investigación se plantea el proceso de cuidar como una estrategia para estructurar la práctica de enfermería reflejando el conocimiento.

Sin embargo a pesar de que el nivel de formación de los profesionales de enfermería supone el conocimiento sobre las etapas del proceso su implementación en la práctica no ha sido evidente, la fase de valoración como intervención independiente de enfermería es escasamente visible y apenas puede observarse en unidades especiales como las unidades de cuidado crítico o en hechos aislados mas que una valoración integral que amerita hacer la enfermera para conocer las verdaderas condiciones del enfermo. En cuanto al diagnóstico de enfermería es muy poco probable que en algún registro de enfermería se puedan encontrar estos diagnósticos redactados según las normativas o linealidad de la North American Nursing Diagnosis Association “NANDA” (Asociación Norteamericana para el Diagnóstico de Enfermería), por otra parte ya lo han planteado las propias informantes que la planificación se hace mentalmente, las acciones se ejecutan de forma rutinaria y sin registros ni evaluación de las mismas.

Es posible que lo que hace que los profesionales de enfermería eviten el uso del proceso es la linealidad con la que se impone el uso y descripción en la identificación del diagnóstico que es la base para la estructuración del plan, entonces ha llegado el momento de plantear investigaciones y discusiones profesionales para validar su

aplicación y hacer acuerdos en la utilización de diagnósticos de enfermería coherentes con nuestra realidad y concisos pero entendibles y en función de las respuestas del enfermo ante la enfermedad.

(Carpenito & García Miñano, Junio 2009), expresa que algunos diagnósticos provienen de la medicina y delimitan responsabilidades médicas y de enfermería y Carpenito, los ha llamado problemas de colaboración, propone planes estandarizados, los cuales solo requieren que los profesionales o estudiantes de enfermería implementen cambios justificados según las características o condiciones del paciente. Esto propicia el pensamiento crítico en el estudiante y en la enfermera”. Esta autora relata que en un principio en 1973 cuando se crea la NANDA no eran los diagnósticos los que enfocaban el pensamiento, sino las intervenciones, de manera que la intención no es el uso de las palabras para la descripción de un problema sino como se trata el problema, por lo que más que formular un diagnóstico de enfermería particular sería conveniente tratar las situaciones, problemas o limitaciones de la persona enferma.

Pudiendo utilizarse la Transdisciplinariedad en el cuidado como intervenciones interdependientes e independientes en las cuales se requiere tanto de las intervenciones médicas o de otros profesionales y de enfermería para proporcionar un cuidado de calidad.

De hecho si se quiere hacer uso del proceso de enfermería ya existen estrategias que permiten la formulación de los planes mediante programas estandarizados informatizados y estructurados en listados bibliográficos diseñados por la NANDA, además de los resultados esperados y las intervenciones de enfermería guiados. Por lo que plantean las bibliografías según la clasificación de patologías médicas o según los patrones funcionales y dominios de enfermería. Solo hay que sentir la necesidad de reestructurar la práctica de enfermería y actuar con el conocimiento que se requiere.

El uso eficiente de esta herramienta de trabajo, que es el **proceso de enfermería**, necesariamente implica asumir un buen **sistema de registros** tales como los planes, los reportes de enfermería y los registros de controles. Además de requerir de la implementación de un adecuado **sistema de asignación de trabajo**.

(c) **Sistemas de asignación de trabajo en enfermería:**

(Balderas Pedrero, 2009), presenta una descripción de los **sistemas de asignación de trabajo en enfermería**, cuyo propósito es “agilizar la atención al paciente”, este autor plantea cuatro tipos, los cuales se adaptan según los recursos humanos existentes (p.127).

El sistema de trabajo por pacientes: puede ser utilizado cuando se cuenta con recursos humanos suficientes, y consiste en distribuir al personal de enfermería un número determinado de pacientes, el indicador recomendado es un máximo de seis pacientes por enfermeras. Los pacientes son clasificados según el tipo de problemas de salud que presenten y entre sus ventajas se encuentran: se favorece la atención integral, fortalece la interrelación enfermera paciente y la continuidad del cuidado.

El sistema de trabajo por funciones: Se utiliza cuando el personal no es suficiente, se asignan actividades rutinarias de forma equitativa entre las enfermeras del servicio. El propósito de dicho sistema es realizar con rapidez las actividades urgentes y rutinarias. Es recomendado para fines educativos como reforzar el aprendizaje en una técnica para lograr destreza y habilidades. Sus desventajas son que despersonaliza la atención de enfermería e impide el proceso de evaluación de la atención. Hasta ahora las investigaciones realizadas han demostrado que este ha sido el sistema utilizado en la práctica actual, sin embargo las características en cuanto unificación del nivel de formación de enfermería donde las profesionales en su mayoría han obtenido el título de técnicos superiores universitarios y licenciados y por ende han desaparecido otros niveles como el técnico medio, bachiller asistencial

y auxiliar de enfermería, demandan cambios de este método; en el cual no debe haber personal menos calificado a quienes se les delegue las intervenciones de menor complejidad, puesto que con esta unificación del nivel de formación la jerarquía se ha ido horizontalizando. Surgiendo la necesidad de uso de un nuevo sistema de asignación de trabajo.

Sistema de trabajo mixto: se asigna el trabajo por paciente y por funciones. Solo se asignan aquellos pacientes que presentan condiciones de delicados o graves, infectocontagiosos o con tratamientos especiales. Se recomienda cuando el personal de enfermería es insuficiente y cuentan con preparación similar.

El sistema de trabajo en equipo: se cree que es uno de los sistemas con mayor posibilidades de éxito, consiste en formar equipos de enfermeras profesionales y no profesionales que se encargan de un número determinado de pacientes desde su ingreso hasta su egreso, el liderazgo del grupo es asumido por la profesional, quien es responsable directa ante la encargada de servicio de la atención proporcionada al paciente por su equipo. Este método requiere de conocimientos en administración de personal y efectuar una correcta delegación de funciones y de la autoridad correspondiente. Se cuenta con múltiples ventajas al aplicar este método: proporciona atención integral, fomenta las relaciones interpersonales enfermera-enfermera y enfermera-paciente, permite valorar la calidad de la atención, es posible determinar responsabilidades, pueden aplicarse métodos de control, el cuidado es continuado y el paciente conoce al personal que está responsabilizado de su cuidado.

Este método está limitado cuando se habla de conformar un equipo de profesionales y no profesionales puesto que como se ha dicho la mayoría del personal de enfermería ha alcanzado el nivel profesional; pero si el equipo se conforma con profesionales será más efectivo.

La filosofía de cuidado humano sugiere los sistemas de trabajo que permitan favorecer el cuidado integral y el enfoque **en la persona** que demanda el cuidado. Y puede fundamentarse en la concepción de que las organizaciones dependen de sus clientes, por ello es necesario no solo satisfacer sus necesidades, sino anticiparse y preocuparse por exceder sus expectativas. En este caso se sugieren según se cuente con los recursos en cuanto a personal de enfermería el sistema de trabajo por paciente y el sistema de trabajo en equipo.

Una vez explicado la necesidad de cambio en una reestructuración de la práctica en las dimensiones de proceso de cuidar, implementación de registros y uso de un nuevo sistema de asignación de trabajo surge los elementos de apoyo para el cambio expresado en la generación de las dos siguientes categorías

4.- **Gerencia del cuidado en enfermería**, Los datos reflejan una gerencia inefectiva, que requiere ser revisada desde el punto de vista de lo que es el deber ser de la gerencia para utilizarla como elemento de apoyo para el cambio en una reestructuración de la práctica en enfermería. Esto requiere clarificar la estructura organizacional y las actividades a desarrollar por la supervisión. La estructura jerárquica del supervisor(a) determina la línea directa entre la jefatura del departamento y la enfermera que proporciona los cuidados de asistencia directa, representando la línea de autoridad que guía el cuidado.

La gerencia del cuidado permitirá resolver las quejas planteadas por las informantes; en cuanto a: *“elevado número de pacientes”, “escaso número de enfermeras”, “las características descritas del supervisor como persona complaciente”, “Necesidad de corrección cuando las fallas se presentan mediante mecanismos de retroalimentación y orientación del personal bajo su cargo”, “la falta de conocimientos sobre el rol del supervisor que limita la programación e implementación de cambios”, “la confusión entre supervisión y persecución”, “necesidad de haber diligenciado o gerenciado el cuidado mediante participación*

activa”, la concepción de que “supervisar es enseñar”, “el modernismo de las enfermeras”, “contar con insumos”, “contar con las herramientas necesarias para el trabajo”.

Estos datos permiten comprender la necesidad de revisar las características de una gerencia del cuidado que permita utilizarla como un elemento de apoyo para el cambio a través de la determinación de la ubicación del supervisor según la estructura organizacional para entender y hacer comprender su línea jerárquica, que describe que este depende directamente del jefe del departamento de enfermería, y se considera la línea de autoridad que guía el cumplimiento del cuidado. Además de clarificar sus actividades referidas a: manejo y disponibilidad de recursos, distribución del personal, asignación de funciones, actividades y de pacientes, son responsables de supervisar la atención directa del paciente, de establecer una comunicación efectiva, de aplicar correctivos y retroalimentar, implementar normas, programar e implementar cambios y supervisar el buen manejo de los equipos.

(Alzate Posada, 1998), al referirse a la gerencia del cuidado de enfermería señala que el término gerencia “implica actividad, conocimiento y responsabilidad que permite a las personas dentro de una organización responder a los objetivos y alcanzar determinados resultados” (p.102). Así mismo define la gerencia del cuidado como “el punto de equilibrio donde confluyen los conceptos, las teorías, los procesos, los principios, y los elementos propios de cada área, la búsqueda de las posibles vías de acción para garantizar el cuidado, además de la concepción y de la internalización que hacen que el profesional de enfermería actúe, responda y transforme la realidad en torno a la salud-enfermedad.

Todo esto requiere de motivación, creatividad, responsabilidad y ética por parte del cuidador y de quien se cuida, claridad y cambios de actitud frente al ser y al que hacer por parte del cuidador, búsqueda de nuevas formas de intervención, integración y transformación de los recursos disponibles para el cuidado;

aprovechamiento de los diversos instrumentos y métodos de acuerdo a cada situación que involucra la acción de cuidar; juicio crítico para la toma de decisiones, visión, previsión y reactivación frente a la velocidad con que cambia el continuo salud-enfermedad, estableciendo la diferencia de sí mismo y de los otros, hacer uso de la información para la cooperación y coordinación del trabajo.

Es la consolidación de una cultura efectiva dentro de los sistemas de salud y de educación donde el acto de cuidar es una reciprocidad entre la persona o las personas que reciben la acción de cuidar y el profesional de enfermería. El fin de la gerencia es “generar cambios en los valores y actitudes de las personas, propiciar el desarrollo integral que emana de su propia naturaleza y como valor fundamental la calidad del cuidado como proceso, como producto y como servicio”.

5.- La integración de conocimiento en la práctica de enfermería fortalecida en la investigación.

Como un segundo elemento de apoyo para el cambio que requiere la práctica de enfermería, se evidenciada en los datos: *“que me permitan investigar o fomenten entre los enfermeros la investigación”, “utilizar mi criterio, mi juicio, mis conocimientos”, “la enfermera que aplica cuidados de enfermería con X teoría, la que sea pero que la aplique”, “somos la que sabemos cuales son los cuidados que se requieren y que necesita X paciente según la necesidad que esté presentando”, “que la práctica se haga más científica y más humana”, “que de verdad se apliquen los principios”, “todos tenemos insumos teóricos”, “si tuviéramos una teorizante como norte, pudiéramos administrar mejor el tiempo”, “una enfermera integral, preparada”, “aplicar principios”, “tener conocimiento, porque parece que no tienen conocimiento”, “que se actualice en nuevas técnicas y nuevas tecnologías”, “conocimiento en informática para sistematizar el cuidado en la parte administrativa”, “que se le den herramientas para retomar la práctica”, “hacer*

ciencia, inventar, crear, mientras se mantengan principios de asepsia y antisepsia puede cambiar una técnica para lograr mayor efectividad”.

La investigación es una función del profesional, nadie le va a prohibir que investigue y por el contrario es en los escenarios de la práctica donde se dan las mejores condiciones para ejercer tal función, cuando hablan de utilizar criterio, juicio, conocimiento es una condición muy particular que implica interés por adquirir el conocimiento pero no es una cuestión de particularidades, el querer hacer la práctica más científica y más humana requiere de un interés grupal por la integración del conocimiento, el acuerdo de un equipo para apoyar la práctica basada en teorías y filosofías que guíen el cuidado, es hacer una revisión e introspección sobre como estamos desarrollando la práctica y evaluar la calidad y los resultados obtenidos de nuestra práctica.

El conocimiento según (Kozier, Erb, & Kathleen, 1995) constituye una “base para el desarrollo de enfermería como una condición o característica de profesionalismo, además de un buen uso de la técnica y la preparación especial”. Los profesionales de enfermería están obligados a permanecer en la búsqueda constante del conocimiento y basar sus acciones en fundamentos filosóficos, humanísticos, fisiológicos, culturales, psicológicos, sociales y espirituales además del conocimiento que emerge de la práctica y la experiencia como elementos de investigación y del conocimiento aportado por las teorías de enfermería, y de las otras ciencias. El conocimiento permite el entendimiento o información adquirida a través de la experiencia, es todo aquello que puede percibirse o aprenderse”. (p. 4).

El conocimiento es la herramienta que proporciona un lenguaje propio a cualquier disciplina, y permite el desarrollo de funciones tecno-científicas con el fin de lograr racionalidad en las acciones y decisiones. Además es el conocimiento lo que nos permite a los profesionales de enfermería la libertad de actuar y la incorporación al trabajo transdisciplinario como una disciplina participativa,

autónoma, con poder y liderazgo. Elementos aportados por el nivel de formación alcanzado que permite un sentido de interdependencia y equilibrio, propiciando la oportunidad de confrontar y desarrollar sus perspectivas en la participación con otras disciplinas centrando su participación en el objetivo común de cuidar la vida y la salud de las personas.

El conocimiento en enfermería se revoluciona con la época del modernismo cuando surgen reformas de algunas filosofías que comienzan a reconocer la enfermería como una ciencia, sin embargo desde la época a finales del siglo XIX según lo planteado por (Reed, 1999) no se ha vuelto a encarar a la ciencia de la enfermería con tal riqueza de posibilidades que permitan el desarrollo de su conocimiento. Por otra parte el postmodernismo ha comprometido a la enfermería en un dialogo hacia un conocimiento básico sobre las inequidades y diferencias de los seres humanos y de la salud, con creencias básicas sobre las universalidades y valores de los fenómenos humanos. Mediante un estilo perspectivo e intelectual de crear arte, de teorizar y de hacer ciencia, influenciando la aproximación de la enfermería hacia una evolución del conocimiento.

Esto significa que todo este esfuerzo realizado por los teóricos y filósofos de la enfermería tendría que ser aprovechado durante el desarrollo de la práctica integrando los fundamentos teóricos del conocimiento y fortaleciendo la investigación en la práctica, escenario propicio, no solo para aplicar el conocimiento sino también para generar y probar su desarrollo a través de la investigación.

Para que la integración del conocimiento fundamentado en la investigación se constituya en un verdadero elemento de apoyo para un cambio en la práctica de enfermería es necesario que los profesionales de enfermería reflexionen y estén dispuestos a desarrollar teorías y modelos y usarlos como elementos que guían la práctica, siguiendo enfoques humanísticos, de necesidades, dirigidas a las limitaciones e interrelaciones entre otras. En algunos centros asistenciales se han

desarrollado protocolos como resultados de investigación, los cuales permiten un plan que describe los procedimientos a seguir durante la valoración y la intervención de enfermería en un trastorno o problema de salud específico. Y los principios y técnicas están previamente descritos según el procedimiento a realizar, por lo que el profesional de enfermería se apoya en el conocimiento existente, se informa, se fortalece en su experiencia y los puede validar y evaluar mediante la investigación generando nuevos conocimientos o los ajusta a la realidad de nuestros hospitales.

Es el mismo conocimiento el que induce al profesional de enfermería a desarrollar las cualidades de investigación que le permitan utilizar el juicio crítico, desarrollar líneas de investigación y hacer uso de un marco teórico. La investigación en enfermería se ha dirigido a crear un cuerpo de conocimiento y al desarrollo de nuevas teorías que le aporten características de científicidad a la disciplina permitiendo estudiar las reacciones de los individuos, grupos o familias ante los problemas de salud, la prevención, control de riesgos y evitar complicaciones con la finalidad de mejorar los cuidados, establecer nuevas estrategias de cuidado, utilizar nuevas tecnologías, diseñar instrumentos que permitan evaluar los resultados del cuidado, y las estrategias de enseñanza. Considerando al hombre como objeto de estudio en su condición de persona con componentes fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos, además de los factores del entorno siempre y cuando el profesional de enfermería tenga acceso a los fenómenos susceptibles de investigación y los puedan controlar.

(Kozier, Erb, & Kathleen, 1995), establece una diferencia entre investigación de enfermería e investigación en enfermería: “investigación de enfermería se centra en las respuestas humanas, problemas clínicos y procesos de cuidados observados en el ejercicio de la enfermería y la investigación en enfermería referido al estudio amplio de la profesión que incluyen los procesos históricos, éticos y políticos” (p.79). Hay que tener claro que la investigación no solo sirve para descubrir soluciones a los problemas del ejercicio clínico sino que además proporciona el conocimiento

necesario para mejorar el ejercicio y lograr status profesional, mejorar la calidad del servicio y proponer cambios en los servicios de las políticas de salud.

A continuación se describen las dos categorías que reflejan resultados esperados con la implementación del cambio que requiere la práctica de enfermería.

6.- Requisitos de calidad para la práctica de enfermería: las informantes consideran que la práctica de enfermería debe desarrollarse con ciertas características o atributos de calidad; tales como: la eficiencia, la eficacia, la integralidad y el trabajo oportuno. La práctica de enfermería requiere de un compromiso con la salud, el mantenimiento, y preservación de la vida de la población a quien dirigimos nuestra acción, en una búsqueda constante por lograr tales indicadores de calidad, basada más que a la producción de un resultado final con la persona que se cuida a involucrar todo el proceso de cuidar.

Esto coincide con la definición hecha por el (Consejo Internacional de Enfermeras CIE., 2012), sobre la **calidad de los servicios de enfermería** la cual resalta algunos de estos atributos; como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio”.

(Ortega Vargas & Suarez Vasquez, 2006), consideran que en la asistencia sanitaria, la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería debido a su vínculo estrecho con los pacientes y con la comunidad, además de su interacción con todos los subsistemas de las unidades de atención. Resaltando que la calidad requiere de una planeación optima para que el cuidado sea efectivo y seguro. Estas autoras citan a Ruelas y Frenk quienes definen la garantía de calidad como “un proceso sistemático que cubre la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con el conjunto de

límites tecnológicos en cualquier sistema particular” (p.8-9). Lo que significa que la calidad del servicio es la relación entre el desempeño profesional y los resultados esperados mediante el buen uso de los recursos.

Por su parte (Martinez Ramirez, 2005), considera la administración de calidad como: una “herramienta de mejora continua que busca el desarrollo y cambio organizacional, que fomenta y reconoce la importancia de la participación de todos los miembros mediante el trabajo en equipo, su eje central es la planeación estratégica instrumentada, operativa y metodológicamente a través del análisis, medición y mejora de los procesos; y tiene como premisa fundamental el enfoque en el usuario” (p.1). Además considera que la intensa competencia y la presión para cambiar obligan a las organizaciones a mejorar de manera constante el nivel de calidad del servicio que brindan a sus usuarios. Ese factor de competencia tal vez tendría que promoverse entre los hospitales públicos y más aún dentro de las unidades de los hospitales para lograr la calidad del cuidado.

Este mismo autor al referirse a los requisitos o características de calidad menciona atributos, normas y criterios.

En relación a los atributos de la calidad de atención a la salud comprenden: efectividad, eficiencia, optimicidad, aceptabilidad, legitimidad, equidad, accesibilidad y competencia profesional.

En cuanto a las normas: describen o indican que es lo mejor, es decir se deben describir pautas que orienten el cuidado en un panel conformado por los profesionales de enfermería con experiencia y conocimiento. Cuyo cumplimiento sea obligatorio, para asegurar la calidad.

Criterios: descrito como un referente o herramienta para medir la presencia o ausencia de diversos niveles de calidad. Refleja un resultado esperado en las

diferentes actividades del proceso de cuidar que sean acordes con las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios. Los criterios preestablecidos han de cumplirse en la estructura, el proceso y el resultado para evaluar el servicio de calidad.

En Latinoamérica los estudios de calidad de atención de salud se han dirigido a enfrentar las carencias y problemas financieros, nuestro país no escapa de esta forma cuantitativa como se ha querido medir la calidad del servicio, el contexto actual está enfocado a medir el número de vacunas colocadas, el número de nuevos centros de atención integral, el número de consultas médicas, odontológicas y oftalmológicas, y la masificación en la formación de profesionales de la salud, entre otras, sin tomar en cuenta el proceso que se requiere para llevar a cabo acciones de calidad y los resultados reales producidos sobre las condiciones de salud de la población. Sin embargo se cree necesario asumir en la práctica de enfermería un compromiso por la estandarización de indicadores para garantizar la calidad de dicha práctica.

Al respecto (Castrillon, 2001), señala que la calidad puede medirse según tres vertientes: “en términos de la satisfacción de expectativas del usuario, de la institución y de los trabajadores de la salud” (p.92), algunos de los indicadores planteados por esta autora en cuanto a la calidad del cuidado proporcionado durante el desempeño de la práctica de enfermería son el aspecto Económico-gratuito, que produce efecto deseado a menor gasto y esfuerzo, Aprovechamiento de los recursos, promueve la participación del enfermo y su familia en la toma de decisiones, respeto a la autonomía del enfermo, actualización científico-técnica, ofrecer seguridad, accesibilidad física, actuar con prontitud, evitar pérdida de tiempo, dedicar el tiempo requerido a la persona que se cuida, satisfacción de necesidades, oportunidad de asistencia, reducir el porcentaje de infecciones, disminuir las tasas de reingreso, disminución de complicaciones, disminuir las tasas de morbi-mortalidad, disponibilidad de recursos, capacidades del recurso humano, mantenimiento preventivo de equipos, organización de los servicios, procedimientos y actividades de

atención científico técnicas conforme a las normas, trato social y humanitario, comodidad de los usuarios.

En efecto los datos muestran algunos atributos que reflejan el reconocimiento sobre la necesidad de ciertas características de calidad que las informantes reconocen deben estar presentes si existiera la adecuada disposición en el desarrollo de la práctica, no obstante la estructuración de un sistema de medición de calidad es más compleja y requiere de un mayor esfuerzo y compromiso, además de las debidas normativas en la construcción de tales indicadores.

En esta investigación no se pretende establecer los parámetros para la medición de calidad; pero si tener en cuenta tales requisitos generados que distinguen un servicio de calidad, como son la eficiencia, la eficacia, la integralidad, el trabajo oportuno y la efectividad los cuales han sido extraídos de los relatos de las informantes en cuanto a sus expectativas de un “*trabajo eficiente, oportuno, actuar a tiempo, con prontitud, evitar perdida de tiempo, darle mayor tiempo al paciente y una práctica integral*”. En la medida en que se mantenga la internalización de tales indicadores, la práctica de enfermería se ejecutará mediante un perfil de calidad.

(Balderas Pedrero, 2009), presenta una definición clara de alguno de estos Requisitos de calidad (p.186):

Eficacia: “es el grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados previstos”. Requiere disponibilidad de recurso y la ejecución de las actividades científico-técnicas conforme a las normas y teniendo claro que es necesario implementar la planificación de actividades que permita evaluar el logro de los resultados, los dirigidos a la satisfacción de expectativas del usuario, alcance de los objetivos institucionales, y para la satisfacción de a los trabajadores de la salud.

Eficiencia: “es una relación entre el resultado alcanzado y los objetivos propuestos. Es el logro de objetivos con los recursos disponibles”. Es decir se logra satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes según los objetivos propuestos con los recursos requeridos. Este indicador se refiere también a recibir el servicio a bajo costo o gratuito, se logra el resultado con menor esfuerzo y mediante el aprovechamiento de los recursos.

La **integralidad:** por tratarse de cuidados para una persona integral, significará que los resultados no dependerán solo de los profesionales de enfermería, “los procesos se dan por apoyo e interdependencia”. Lo que significa que para el logro de este requisito influye la interdependencia del cuidado, en el cual la enfermera (o) se caracterizan por el apoyo y la gestión para lograr satisfacer las necesidades y expectativas del cliente en cuanto a gestionar el cumplimiento de un tratamiento, requerimiento de medicamentos en la farmacia, realización de pruebas diagnósticas y exámenes de laboratorio entre otros. Además implica ofrecer seguridad, satisfacción y comodidad.

Efectividad: “los indicadores de efectividad son aquellos que miden el desempeño de los procesos y la capacidad para entregar resultados planeados”, por lo que requiere mayor complejidad debido a que es necesario definir los diversos procesos y su nivel de interdependencia en la organización, por lo que la efectividad puede escapar del control del profesional de enfermería pero si se lo propone puede contribuir mediante el desarrollo de habilidades de comunicación e interdependencia con el resto de los departamentos de la organización. Implica reducir indicadores de riesgo y daño, reducir porcentaje de infecciones, disminuir las tasas de reingreso, complicaciones y morbimortalidad.

Cuidado **Oportuno:** se refiere a la intervención al momento que es requerida, “actuar a tiempo”, “actuar con prontitud”, “evitar pérdida de tiempo” en el enfoque en el cliente , significa estar atento a la solicitud del cliente, , en la identificación y

satisfacción de sus necesidades y anticiparse y preocuparse por sus expectativas. Que los beneficiarios cuenten con accesibilidad física al servicio y al personal calificado, que todos cuenten con la oportunidad de asistencia, y cuenten con el tiempo requerido.

Finalmente la siguiente categoría también referida a los resultados esperados con el cambio en la práctica de enfermería encontramos los elementos de reconocimiento, tan anhelados por todo profesional.

7.- Elementos de reconocimiento a la práctica de enfermería. Tal como fue planteado en los datos existen expectativas de reconocimiento a su profesión y a su trabajo expresado como: *“una necesidad de valorización y enaltecimiento de la enfermería”*, *“reconocimiento a su permanencia durante las 24 horas del día”*, *“ganar terreno y espacio perdido”*, *“agradecimiento del paciente”*, reflejan que se espera reconocimiento social mediante una mayor credibilidad y aceptación hacia profesional de enfermería por parte del paciente y de la sociedad y el reconocimiento laboral por su actuación ante el ser que cuida y las recompensas laborales.

Esto ha sido una lucha histórica sin embargo el esperar tal reconocimiento tanto a nivel social como a nivel laboral depende primordialmente de los propios profesionales de enfermería; quienes deben darle valor a los requerimientos para que se reconozca su trabajo como profesión (Flexner & Fernández, 2001) sugirió que para *“reconocer una profesión era necesario tomar en cuenta la implicación de operaciones intelectuales, las cuales adquieren su material de la ciencia y de la instrucción”*. Lo que significa que para que una ocupación sea considerada profesión se requiere una formación controlada, se somete a reglas y normas de conducta entre los miembros y los no-miembros, y se apega a la ética del servicio social.

En relación al reconocimiento autores como (Ellis, Hartley, & En Neves, 1988), presentan siete características que validan el reconocimiento social de una profesión.

1) Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales aplicables a la actividad del grupo. Analizando la enfermería desde este planteamiento, se puede afirmar que esta posee un cuerpo de conocimientos propios y aplica el de otras disciplinas, en base a esto se ha logrado construir un cuerpo de conocimientos, representados en teorías y modelos que sustentan el quehacer de la profesión y constituyen referencias para la investigación.

El desarrollo teórico se inicia a partir de 1952 cuando Peplau desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería. Posteriormente Orlando en 1961, aporta una teoría de las comunicaciones, propiciándose así la necesidad de contar con un gran número de teorías y poder desarrollarlas. Tales como; King, Roy, Rogers, Orem y Newman, entre otros. Sin embargo a pesar de la gama de teorías y modelos existentes que pudieran ser utilizadas como guías para la práctica no existen los registros escrito que demuestren su aplicabilidad, aspecto que debe ser objeto de reflexión por parte de los profesionales de enfermería al momento de demandar el reconocimiento profesional y dejar claro en su desempeño que la utilidad de las teorías y modelos conllevaría a una práctica con responsabilidad fundamentada en la autonomía.

Por su parte (Orem, 1983) propuso que para que la enfermería pueda ser reconocida públicamente como una ciencia o un arte se requiere, que las enfermeras puedan explicar “por que las personas necesitan y pueden beneficiarse de la enfermería en períodos concretos de su vida. Sin tal explicación no hay ninguna base para el desarrollo de la ciencia de la enfermería y la formación adecuada de individuos en el arte de enfermería”. Esta autora plantea que se hace necesario diferenciar la ciencia de enfermería de la ciencia médica la cual es definida como

“ciencia y arte preocupada por la prevención, curación y alivio de la enfermedad” (p.147). Aún en la actualidad lamentablemente existen enfermeras que basan sus funciones en las prácticas médicas y las órdenes de los médicos. La ciencia médica suministra a la enfermería conocimientos necesarios sin embargo en la práctica se debe ver como un complemento para la enfermería en una práctica transdisciplinaria; en la cual la enfermera se preocupará por describir y explicar: cuando, por qué y como la gente puede ser ayudada por la enfermería en los aspectos “cuidadosamente definidos, referidos al mundo de la enfermera”.

2) Utilización del método científico: para lo cual ha sido comparado el uso del proceso de atención de enfermería como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, sin embargo hemos visto como es la negativa a darle utilidad en la práctica, apoyándose en factores como la falta de apoyo organizacional y las características de la práctica, sin embargo es el momento de que los profesionales de enfermería se realicen un autoanálisis para revisar cual ha sido su aporte para darle utilidad y científicidad a su método de trabajo.

3) Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional. La formación en enfermería se inicia desde los tiempos de Florence Nightingale cuando se desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1860 en la llamada Nightingale Training School for Nurses, unida al St. Thomas's Hospital. Sin embargo transcurrieron cien años para que la enfermería alcanzara un alto nivel educacional. Actualmente se cuenta con el más alto nivel académico, como es el postgrados incluyendo el nivel doctoral, el cual permite a las enfermeras además de adquirir una formación especializada en áreas específicas, promueve el desarrollo de proyectos de investigación y la producción de conocimientos. En razón de esto es el momento que los profesionales de enfermería demuestren el conocimiento, sus habilidades y destrezas alcanzando méritos necesarios para el reconocimiento profesional.

4) Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer y esto se logra mediante la aplicación del conocimiento, que le permita desligarse de la excesiva dependencia médica. Asumiendo el trabajo desde una perspectiva transdisciplinaria.

5) Desarrollar un código de ética profesional. (Kozier, Erb, & Kathleen, 1995) plantea que “toda profesión requiere de un código de ética que regule su práctica, en este sentido, el primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociación Nursing American (ANA) en 1950”. (Consejo Internacional de Enfermeras CIE. , 2012), El código deontológico del CIE para la profesión de enfermería, fue revisado recientemente en el año 2012, es considerado una guía para la acción basada en los valores y necesidades sociales. Ha servido de norma para las enfermeras de todo el mundo desde su adopción en 1953. El código es regularmente revisado, respondiendo a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.

El Código establece claramente que el respeto de los derechos humanos, con inclusión del derecho a la vida, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto, es inherente a la enfermería. Permite orientar a las enfermeras en sus opciones de cada día y sostiene su negación a participar en actividades contrarias a la prestación de cuidados y a la curación. En este código se propone cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética; La enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermería y sus compañeros de trabajo.

6) Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta. Enfermería es reconocida por su misión humanitaria, lo que exige valores como el compromiso y la responsabilidad, no solo en la recuperación de la salud comprometida durante la enfermedad, estos valores prevalecen en el mantenimiento de una vida saludable en la población interviniendo en la búsqueda de

soluciones a otras problemáticas de salud como las drogas, la violencia y el cuidado del ambiente.

7) Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica. La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión para promover y establecer remuneraciones adecuadas, reconocimientos y ascensos.

(Robins, 2004), al referirse al reconocimiento profesional y laboral considera que “a pesar de ser importante el dinero y los ascensos no son prioridades por el supuesto que deberían ser bien pagados y les gusta lo que hacen” (p.208). Este autor señala que se prefiere el trabajo estimulante y encontrar problemas y soluciones; es decir que su principal recompensa es el trabajo en si mismo, que además se valora el apoyo y que los demás piensan que lo que hacen es importante y que se les permita la oportunidad de fomentar sus habilidades, desean oportunidad de educación, capacitación talleres, conferencias con las que se actualicen y que les permitan participar en la toma de decisiones que los afecta en relación con las metas de trabajo, la resolución de problemas, la productividad y la calidad. Si los individuos perciben que la relación de ingreso y el nivel de desempeño son débiles, los resultados serán un mal desempeño, disminuye la satisfacción y aumenta la rotación y el ausentismo, la equidad en esta relación por el contrario significa que la experiencia, destreza, capacidades, esfuerzo y otros aportes serán notorios en el desempeño.

Ciertamente todos estos elementos contribuyen al reconocimiento social de los profesionales de enfermería; por lo que hay que mantener un constante esfuerzo y lucha gremial para el logro del reconocimiento social y laboral. Sin embargo como se dijo anteriormente es el mismo profesional de enfermería quien debe reconocer los elementos propios tales como desarrollar y aplicar un cuerpo de conocimiento y habilidades técnicas y comunicacionales, acorde con su nivel de formación, que

además le permitan aplicar la científicidad en el método de trabajo con una actitud autónoma, sustentada en valores y ética profesional para hacerse merecedor del reconocimiento social y organizacional asumiendo el compromiso de contribuir en la resolución de problemas de la sociedad para obtener dignamente los reconocimientos laborales que se traducen en una remuneración adecuada, reconocimientos y ascensos. Por lo tanto es importante que antes de solicitar el reconocimiento los profesionales de enfermería realicen un proceso de reflexión, sobre si verdaderamente se está demostrando en la práctica los elementos que definen una profesión además de su compromiso con la sociedad, de no ser así proponerse y plantearse el cambio para el logro de tal reconocimiento.

Cuadro 6: Relatos sobre cuidado Humano y su aplicación en la práctica de enfermería.

Informantes Interrogantes	Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Códigos Preliminares
<p>¿Que es Cuidado Humano para las enfermeras?</p>	<p>Pienso que es la <u>calidez</u>. La enfermera tiene que estar dispuesta a <u>tratar a otras persona con respeto, con dignidad respetando su autonomía, su ser no nada más con técnicas digamos terapéuticas convencionales,</u> sino también hay algunas entes u otras ciencias que <u>pudiesen colaborar</u> para ello y sobre todo <u>ver al ser humano de manera integral</u> donde <u>influye tanto su ser,</u> su aspecto</p>	<p>El cuidado humano <u>es ese quehacer que tiene la persona, no necesariamente enfermera,</u> es ese cuidado que tu le <u>puedes prestar a cualquier individuo para subsanar, cualquier necesidad, sin importar creencia, religión, o raza,</u> pero <u>siempre poniéndole ese cultivo de valores</u> que todo ser humano debe tener y mantener y persistir en el tiempo, que nada, ni nadie por las situaciones que</p>	<p>El cuidado humano para mí <u>es ir más allá de lo que es la parte patológica es ser excelente yo, para poderle dar a él (el Paciente). Es cuidar con cariño, cuidar con afecto, es ponerme en el lugar de él y aplicar la parte científica, ser más científico y buscar el por que de cada cosa darle respuesta a cada una de las interrogantes</u> que yo me pueda establecer para cuidar mi paciente, tomando en cuenta de que <u>con eso el pudiera evolucionar</u></p>	<p>Cuidado humano <u>es todo, es cuidar físico, mental, cultural, espiritual</u> en todas las <u>dimensiones cultural, humano, espiritual</u> es un todo, cuidar humano es un todo. Yo siempre he criticado el <u>modelo biomédico</u> porque se ha trastocado, o como que todos nos hemos contaminado en decir por ejemplo, cuando tenemos un paciente, ese es el paciente de la histerectomía, ese es el paciente de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calidez • Disposición • Trata a otra persona • Trato con respeto • Trato con dignidad • Respeto a la autonomía • Respeto a su condición de ser humano • No nada más técnicas terapéuticas. • Uso del conocimiento de otras ciencias • Ver al ser humano de manera integral. • Considerar la influencia de su ser. • su aspecto, físico, psíquico

	<p><u>físico psíquico y el entorno</u> que de alguna manera <u>influye sobre su estado de salud</u> entonces es un <u>ser humano de manera integral</u> donde la <u>enfermera también como ser humano</u> que también es debe aportar todo su <u>conocimientos teórico, práctico, científicos y humanísticos</u> para <u>restablecer pues el estado de salud</u> de este individuo, restablecer en el caso de que estuviese enfermo o <u>mantener en el caso de los enfermeros pues que están en la prevención</u> que</p>	<p>uno esté pasando se lo debe de quitar o de eliminar, <u>puede ser que tenga cualquier situación,</u> pero siempre ese <u>cuidado debe ir enfocado en los valores</u></p>	<p><u>y mejorar</u></p>	<p>la fractura, el no es un paciente de la fractura, el no es un paciente de la histerectomía <u>el es un ser humano</u> que le han extraído un órgano pero no es solo ese órgano el que está afectado en ese momento. Si es el caso de la mujer, ahí está involucrado la <u>sexualidad</u>, tal vez la <u>parte familiar</u>, porque ha dejado <u>su trabajo</u>, porque sus hijos están en la casa, porque está viviendo un duelo, porque ha tenido una pérdida, además de eso está la <u>pareja</u>, porque si tiene pareja ya no está sola en ese universo, <u>también tiene</u> otras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • la influencia de su entorno en su estado de salud. • La enfermera como ser humano • Aporte de conocimientos teóricos, prácticos, científicos y humanístico • Busca restablecer el estado de salud en el caso de enfermedad • Mantenimiento de la salud en la prevención. • El cuidado Humano es amplio • Que hacer de una persona no necesariamente enfermera, prestado a cualquier individuo. • Para subsanar necesidades. • Sin discriminación por creencia. Religión o
--	--	---	-------------------------	--	---

	<p>mantienen el estado de salud de un individuo. Si, bueno el <u>es amplio</u>, creo que a lo mejor hice un resumen de un porcentaje de lo que pudiera ser cuidado humano realmente es muy amplio</p>			<p><u>realidades que es su pareja, que son sus hijos, que son incluso hasta la comunidad,</u> porque si son personas que son líderes en su comunidad, también esas personas van a estar abandonadas y afectadas, por eso digo que es un todo que hay que <u>ver al paciente como un todo,</u> normalmente en mi caso por ejemplo que soy de quirófano, yo salgo afuera a decirle al familiar, “tranquilo, su familiar está en buen estado, o está en críticas condiciones, quédense tranquilo”, porque <u>siento que</u></p>	<p>raza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agregando cultivo de valores • Enfocado en valores • Considerar cualquier situación o vivencias de su entorno • Ir más allá de la patología • Ser excelente yo • Poder dar • Cuidar con cariño • Con afecto • Ponerse en el lugar de él. • Aplicar la parte científica • Ser más científico • Buscar respuestas a interrogantes con respecto al paciente • Búsqueda de la evolución y mejoría del paciente
--	---	--	--	--	--

				<p><u>tanto la paciente como el familiar allá afuera está angustiado de alguna manera hay ansiedad,</u> entonces él no es solo el es un todo, están los hijos afuera esperando. De hecho me molesto mucho en el caso de mi maternidad cuando hemos tenido casos en que está en peligro la vida del paciente cuando <u>tu sales afuera y los familiares no están entonces tu dices cual es la integración social que tiene este paciente, habría que estudiar por qué viene al hospital sola,</u> que está pasando con esta paciente con</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es cuidar físico, mental cultural humano y espiritual, • Es contrario al modelo biomédico • Concebir a la persona como ser humano integro • Se involucra la sexualidad, la parte familiar, el trabajo, y todas sus realidades hasta la comunidad. • Ver al paciente como un todo • Considerar el entorno familiar • Tranquilizar al familiar • Considera la angustia y la ansiedad del familiar • Preocuparse por la ausencia del familiar
--	--	--	--	---	--

				esta <u>persona en sus relaciones sociales</u> dentro de su <u>contexto familiar</u> ; entonces es un todo, hay que observar un todo en el universo, de que está rodeada esa persona en esa realidad	
--	--	--	--	--	--

¿Como se incorpora el Cuidado Humano a la práctica de enfermería?	<u>Respetando al individuo, a la persona enferma, a sus familiares.</u> No haciendo juicios de valor respecto a sus <u>condiciones económicas, culturales, religiosas, etc.</u> sin juicios de valor y sobre todo <u>Dispuesta y comprometida en restablecer su estado de salud sin importar inclusive la</u>	<u>Proporciona ndo el cuidado lo mejor, todo lo que yo he aprendido e ir un poco más allá el deber diario, no necesariamente esperar el momento hay ciertas cosas para yo aplicar ese cuidado, yo inmediatamente que se presenta la necesidad, aplico mi cuidado y como lo aplico, tratando de</u>	<u>Trabajando en cuidado intensivo hemos tenido por experiencia el tocar al paciente, hablarle en que sentido, porque yo puedo ver un cambio electrocardiográfico en el monitor, eso es un aparato, eso se supone que desde el punto de vista científico indica que hay una anomalía cardiovascular, y sabemos que lo que</u>	<u>He leído mucho y me he atrevido a ejercitar algunas teorías, el modelo de Orem, me gusta, que el modelo de Virginia, también he tratado de aplicarlo, he recomendado la de Nancy Roper.</u> Entonces yo digo que sí de alguna manera <u>si lo he aplicado</u> , si bien es cierto debo reconocer que no tengo <u>ninguna</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Respetando a la persona enferma y a sus familiares • No hacer juicio de valor económicas, culturales y religiosas • Disposición y compromiso • Sin importar la remuneración económica. • Tratar a la otra persona como si fuera uno mismo o cualquier familiar de uno • Proporcionando el cuidado lo mejor
---	--	--	---	--	---

	<p><u>remuneración económica que la gente pueda tener por parte de la institución, tratando a esa persona como si fuera yo, pienso que ahí se resume la cuestión. Tratar a la otra persona como si fuera uno mismo o cualquier familiar de uno.</u></p>	<p><u>hacerlo lo mejor posible, ayudando. Que ese paciente se restablezca pronto, y la satisfacción que me daría de que ese paciente salga de ese estado y se incorpore a su quehacer diario y que el día de mañana venga no me traiga regalo sino, la gratificación es que muchas gracias, estoy por aquí, para que Ud. Me vea como estoy, ese es el cuidado que yo incorporo de mi cuidado humano y ese compartir con el paciente, no de paciente con distancia, sino que al final uno se crea ciertas amistades con los</u></p>	<p>podiera modificarme eso, bien sea un dolor por una patología, yo lo sedo y lo relajo, le administro un analgésico, pero las hondas siguen igualitas, que me indica a mi esto que de repente ese ser que está allí, que también está vivo, es humano oséa que aunque esté en un 90% bloqueado de la realidad, hay un 10 % que sigue estando ubicado, no sabemos si tiene un problema personal porque nadie sabe como él ingresó allí, por una patología, pero nosotros no sabemos, que había detrás de eso, oséa hasta el momento que el tuvo su afectación de salud,</p>	<p><u>evidencia escrita de que lo he hecho, pero si trato de hacerlo, sobre todo Orem en el caso mío del hospital Materno infantil, de educar a la paciente, como va a amamantar, como va a cuidar al recién nacido, como se va a cuidar ella, como cuidar ese entorno familiar, en relación a su planificación familiar, y todo eso, pero en lo que es la parte diría educativa de Orem, me gusta mucho y no mal utilizar, el autocuidado, como creo que muchos de nuestros compañeros ha</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aporte de lo aprendido • Ir más allá del deber diario • No esperar el momento (actuar antes de) • Inmediatamente que se presente la necesidad • Tratando de hacer lo mejor posible, ayudando • Que el paciente se restablezca pronto. • Satisfacción producto de la recuperación del paciente • Reincorporación del paciente a su quehacer diario • agradecimiento del paciente. • Compartir con el paciente. • Ser amigable con los pacientes • Manteniendo el respeto
--	---	--	---	--	--

		<p><u>pacientes,</u> <u>manteniendo ese</u> <u>respeto,</u> pero que ellos sientan que la enfermera, aparte de que es enfermera, <u>sientan una aliada,</u> un amigo y que <u>puedan siempre contar con ella.</u> Sin ir del abuso, pero que se sientan amigos de la enfermera y <u>recobrar o reconstituir nuevamente esa enfermera que es amiga</u></p>	<p>no sabemos que había, si venía bravo, si venía con problemas personal, si venía escapando de algo, oséa no sabemos que podía ser del entorno familiar y esa partecita que está allí es lo que no le permite a el terminar de evolucionar, porque quizás eso lo está preocupando y basado en la experiencia personal creo que hay algo por encima de eso.... yo creo en Dios, independientemente que la gente crea en lo que crea yo se que es supremo y superior a nosotros, donde está, no se tu lo puedes tener en la mente, no se pero</p>	<p>mal utilizado la teoría de Orem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que vean a la enfermera como una aliada • Que el paciente sienta que cuenta con la enfermera • Necesidad de Tocar al paciente • Hablarle • Considerar la parte humana más allá de reacciones patológicas • Considerar las situaciones personales y familiares previas a su enfermedad. • Considerar su entorno • Considera la espiritualidad y creencias religiosas propias y de otras personas • Busca la evolución del paciente • Considerar la
--	--	---	--	---	--

			<p>sabemos que existe y cada quien cree en algo, entonces tu le tocas al paciente o tu le hablas y tu ves que mejora o le pasas a alguien a la mamá, a la esposa, y vemos que cambia. También hemos visto que cuando hay un paciente que se está mejorando, que se está despertando y sabemos que aunque esté bien tumbado, siempre hay algo que el va a escuchar, hemos visto pacientes que están así en somnolencia, que están mejorando, que se están despertando y le pasamos a alguien o un familiar el paciente cambia automáticamente,</p>		<p>escucha del paciente a pesar de su estado de consciencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • El contacto con el familiar produce cambios emocionales o fisiológicos en el paciente • Interactuar con el familiar • Considerar el perdón y la entrega a Dios al momento de la muerte • Considerar las creencias • Considerar la escucha del paciente • cuidar como un todo • Se basa en dar un abrazo, pasarle la mano • hablarle bonito. • Regalarle una sonrisa • Decirle todo lo que le estoy haciendo
--	--	--	---	--	--

			<p>eso lo hemos también tenido en la experiencia, entonces decimos que está pasando aquí?. Llamamos a alguien para que nos explique por que ese paciente cuando pasa X persona el se altera. Hace una taquipnea, hace una taquicardia, hace un efecto otra vez fisiológico que lo que había mejorado vuelve para atrás entonces algo está pasando y como nosotros no conocemos a fondo que está pasando. Si el paciente llegó grave y tu no sabes que hay detrás. y sabemos que ellos nos escuchan Yo pienso que si nosotros podemos hablar, interactuar,</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar el conocimiento de las teorías • Dejar evidencia escrita de lo que se ha hecho • Educar al paciente como se va a cuidar • Cuidar ese entorno familiar. • Es ver al paciente como un todo • Considera la angustia y la ansiedad del paciente • Considera la integración social del paciente • Expresa intento de aplicación de teorías de enfermería • Gusto por las teorías de Orem , V. Henderson, Nancy Roper • Aplicar los modelos de alguna manera sin dejar evidencia escrita • Aplicabilidad
--	--	--	---	--	--

			decirle mira estas mejorando, “pide perdón a Dios o si te tienes que entregar entrégate, no luches contra esto”, cambia las cosas, entonces el cuidar como un todo se basa en dar un abrazo, <u>pasarle la mano</u> , <u>hablarle bonito</u> , <u>regalarle una sonrisa</u> , <u>decirle todo lo que le estoy haciendo</u> , porque cuando algunos de ellos se han recuperado y logran salir de la terapia, ellos nos dicen, yo escuchaba esto, yo escuchaba aquello entonces si hay algo, si hay algo.		de teoría Educando al paciente no mal utilizar, el autocuidado
--	--	--	---	--	--

Incorporación de valores en la práctica	La dignidad es <u>respetar</u> a otra persona respetarlo en su condición de ser humano.	La <u>responsabilidad</u> es cumplir con todas aquellas metas o acciones que tu tienes trazada,	La <u>Honestidad</u> , la <u>sinceridad</u> , el <u>respeto</u> . El respeto creo que es uno de los principales, tener respeto por	Un profesional que no tiene <u>valores</u> , no le importa actuar con impericia, con inobservancia,	Respeto a la condición humana Respeto a la individualidad Compromiso con el hacer
---	---	---	---	---	---

	<p><u>Respetar</u> es tener en consideración absoluta <u>sus pensamientos y su persona tal como es.</u></p> <p><u>Compromiso</u> es querer hacerlo.</p> <p>Comprometidos con el estado de salud de un enfermo con el deseo de que se mejore.</p> <p>La <u>responsabilidad</u> es la obligación consciente de que debemos desarrollar ciertas actividades en beneficio del paciente</p>	<p><u>Puntalmente</u>, como uno las tiene trazadas, cumplir con todas esas <u>necesidades</u>, bajo ciertas normas, bajo ciertos reglamentos, pero ir cumpliéndolas cada una de ellas y en el momento que se debe hacer</p> <p>La responsabilidad es que yo tengo que saber, <u>estar consciente de lo que estoy haciendo</u>, ser responsable de lo que estoy haciendo, <u>ser responsable con lo que el paciente está presentando</u>, que le estoy diagnosticando y por <u>qué lo estoy diagnosticando</u> y todas las <u>acciones</u></p>	<p>esa persona que está allí y minusválida, dependiendo de mí y la sinceridad porque yo debo tener honestidad, quizás no le voy a decir todo pero si decirle. La comunicación, no se si la comunicación es parte de un valor o es un elemento, porque yo tengo que decirle, que es lo que le estoy haciendo,</p> <p>El <u>amor</u>, dar <u>afecto</u>.</p>	<p>pienso que la <u>moral</u>, la <u>ética</u>, los valores es clave en el cuidado.</p> <p>La <u>beneficencia</u>, actuar como con, benevolente, con el corazón</p> <p>La <u>compasión</u>, pudiera ser, como valor, ver ese ser humano que necesita de mí y que yo puedo ayudar,</p> <p>Yo a través de la <u>comunicación</u> puedo <u>buscar que le está afectando</u> para que entre ambos podamos llegar a un feliz <u>acuerdo</u> para <u>cuidarlo y que el se cuide</u>. Porque yo puedo darle una indicación</p>	<p>Compromiso con el estado de salud del enfermo</p> <p>Responsabilidad en las acciones en beneficio del paciente</p> <p>Responsabilidad con las metas y acciones</p> <p>Puntualidad ante las necesidades</p> <p>Ser consciente de lo que se hace</p> <p>Ser responsable ante lo que el paciente presenta o lo q estoy diagnosticando</p> <p>Ser responsable ante las acciones asistenciales y administrativas implementadas</p> <p>Respeto mutuo</p> <p>Llamando al paciente por su nombre y apellido</p> <p>Conocer hacia quien van dirigidos los</p>
--	--	---	--	---	---

		<p>que yo implemento en el paciente, yo tengo que ser responsable de esas acciones y también en mi parte administrativa todas las responsabilidades que involucra eso, incluye también puntualidad, porque la persona responsable es puntual, es cumplida con todas sus acciones, bueno y lleva a cabo todas esas tareas que son importantes para enfermería, y para el ser humano pues.</p>		<p>verdad, con toda mi buena voluntad, con toda mi mejor atención diría yo, pero si el no me ayuda, no hacemos nada. pienso que en esa interacción, en ese buscar de cual es la situación problemática para ayudar al paciente pudiéramos lograr mucho.</p> <p><u>El respeto con dignidad</u>, por supuesto, mira una persona el hecho de que ya yo me presente y le diga cuales son sus derechos, cuales son sus deberes dentro del hospital, lo guíe, a sus familiares, también va a contribuir con el cuidado,</p> <p>Otro la</p>	<p>cuidados y como se deben aplicar</p> <p>Mantener la confidencialidad</p> <p>Trabajar en armonía con el equipo, con alegría, con entusiasmo, con sentido de pertenencia</p> <p>Compartir conocimientos</p> <p>La honestidad,</p> <p>El respeto por la persona</p> <p>La sinceridad en la comunicación con el paciente</p> <p>El amor, dar afecto</p> <p>La moral, la ética, los valores como claves del cuidado</p> <p>La beneficencia, actuar benevolencia</p> <p>Compasión por el ser humano que</p>
--	--	--	--	--	--

				<p><u>compasión</u>, el <u>respeto</u>, el conocimiento por supuesto como un valor esencial, porque si una enfermera no tiene conocimiento, como va a cuidar? El <u>Amor</u>, definitivamente, si uno no tiene amor, si no ve con <u>empatía</u>, también si no te pones en el otro lado, esa <u>comprensión</u> de que es lo que está pasando con ese paciente, no puedes cuidarlo, la comprensión como base por ejemplo en una paciente que tenga un dolor, no puedes decir “y por que el paciente de al lado no llora y le hicieron lo mismo</p>	<p>requiere ayuda Usar la comunicación para lograr acuerdos y participación del enfermo en el cuidado Respeto a la dignidad Presentarse al paciente Dar a conocer derechos y deberes al paciente Demostrar conocimiento El amor Empatía Comprensión Respeto a la individualidad y a la capacidad de responder diferente a los demás Trato con cariño Considerar la parte humana de la enfermera y del paciente Cuidar de uno mismo</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>que a ti, es igualito, una histerectomía” por ejemplo. No porque ese ser es un ser <u>individual</u>, no lo puedo comparar,</p> <p>Siempre trato de usar el cariño, el respeto;</p> <p>Pienso que también hay que ver la <u>parte humana de uno como ser humano, como la enfermera</u> la humana, ese ser que también tiene una realidad y que trata bueno, de hacer su trabajo bien.</p> <p>Pudiéramos decir como parte del cuidado es también <u>cuidarse uno para poder dar cariño para poder dar amor</u></p>	
--	--	--	--	--	--

Cuadro 7: Percepción de un grupo de enfermeras sobre cuidado humano y su aplicación en la práctica de enfermería.

Códigos preliminares	Códigos conceptuales	Categorías	Propiedades	Dimensiones	Interpretación
<p>Es amplio es todo lo que se puede hacerse por un ser humano</p> <p>Considera la espiritualidad y creencias religiosas propias y de otras personas</p> <p>Que hacer de una persona no necesariamente enfermera,</p> <p>Ver al paciente como un todo</p> <p>Cuidar como un todo</p> <p>Considera la integración social del paciente</p> <p>Es cuidar físico, mental cultural humano y espiritual,</p> <p>Concebir a la persona como ser humano</p>	<p>Caracterizando el cuidado humano</p>	<p>Caracterización del cuidado humano</p>	<p>Amplitud</p> <p>Pertinencia o Que Hacer</p> <p>Integralidad</p>	<p>El todo</p> <p>Quehacer de cualquier persona</p> <p>Cuidados de enfermería</p> <p>Hacer lo que corresponde</p> <p>Físico</p> <p>Mental</p> <p>Cultural</p> <p>Social</p> <p>Espiritual</p> <p>Humano</p>	<p>El Cuidado humano es percibido como una actividad que puede realizar cualquier persona, no necesariamente enfermera, pero su pertinencia radica cuando enfermería lo particulariza como una actividad propia de su función y como el enfoque de atención de la profesión a nivel teórico y legal. es amplio, porque considera más que el todo de la persona, es un fenómeno que permite la existencia en una relación de coexistencia e interdependencia en</p>

<p>integro</p>					<p>un contexto y desde la integralidad del ser cuyas partes mantienen una interacción dinámica” en lo físico, mental, espiritual, socio-cultural y humano en su entorno</p>
<p>Calidez La enfermera como ser humano Considerar la parte humana de la enfermera y del paciente Considerar la parte humana más allá de reacciones patológicas Cuidar con cariño Con afecto Ponerse en el lugar de él. Tratar a la otra persona como si fuera uno mismo o cualquier familiar de uno Presentarse al paciente</p>	<p>Conductas exhibida durante el cuidado humano</p>	<p>Interacción humana durante el cuidado</p>	<p>Conductas afectivas</p> <p>Relación de comunicación</p> <p>Actitudes interactivas</p>	<p>Calidez Humanismo Cariño Empatía</p> <p>Tipos de comunicación Fases de la comunicación: Funciones de la comunicación Técnicas de comunicación</p> <p>Confianza Comprender</p>	<p>El cuidado Humano Implica interacción humana que permite desarrollar conductas de cuidar de sí y de otros demostrando afectividad como: calidez, humanismo, cariño y empatía para lo que se requiere establecer una relación de comunicación en todas sus fases, funciones y técnicas, en la cual las personas involucradas se</p>

<p>Conocer hacia quien van dirigidos los cuidados y como se deben aplicar</p> <p>Compartir con el paciente.</p> <p>Ser amigable con los pacientes</p> <p>Que vean a la enfermera como una aliada</p> <p>Que el paciente sienta que cuenta con la enfermera</p> <p>Necesidad de Tocar al paciente</p> <p>Hablarle</p> <p>Considerar la escucha del paciente a pesar de su estado de consciencia</p> <p>Interactuar con el familiar</p> <p>Se basa en dar un abrazo, pasarle la mano hablarle bonito.</p> <p>Regalarle una sonrisa</p> <p>Usar la comunicación para lograr acuerdos y participación del enfermo en el cuidado</p>			<p>Promover el cuidar de si</p>	<p>(saber escuchar)</p> <p>Ayudar</p> <p>Apoyar</p> <p>Preocupación</p> <p>Conocerse</p> <p>Reconocer limitaciones</p> <p>Autocuidarse</p>	<p>permiten compartir actitudes interactivas donde fluye la confianza, la comprensión, la ayuda, el apoyo y la preocupación por el otro y por la promoción del cuidar de sí que les permite conocerse, reconocer limitaciones y Autocuidarse.</p>
---	--	--	---------------------------------	---	---

<p>terapéuticas. Uso del conocimiento de otras ciencias Ir más allá de la patología Compartir conocimientos Ser consciente de lo que se hace Aporte de lo aprendido Aplicar el conocimiento de las teorías Conocer hacia quien van dirigidos los cuidados y como se deben aplicar Dejar evidencia escrita de lo que se ha hecho</p>			<p>Dejar evidencia escrita del cuidado</p>	<p>Registros</p>	<p>de enfermería y a otras ciencias y realizar registros que evidencien su contribución para la práctica del cuidado.</p>
<p>La moral, la ética, y los valores como claves del cuidado Considerar la influencia de su ser Autonomía No hacer juicio de valor económicas, culturales y religiosas La beneficencia, actuar</p>	<p>Valores éticos y morales requeridos en el cuidado humano</p>	<p>Implicación éticas y Morales en la práctica de cuidado humano en enfermería</p>	<p>Principios éticos</p>	<p>Respeto Autonomía Beneficencia No maleficencia Veracidad Confidencialidad Justicia o equidad</p>	<p>La ética rige las normas y principios que orientan a la buena conducta o lo que tiene que ser. La conducta moral de una enfermera se refiere a sus decisiones y actitudes en las</p>

<p>benevolencia Agregando cultivo de valores Enfocado en valores Incorporación de valores en la práctica (Responsabilidad, armonía, amor al prójimo). Ausencia de valores en la práctica Respetando a la persona enferma y a sus familiares Respeto a la condición humana Respeto a la dignidad del paciente Que se muestre respetuosa. (hacer lo correcto, oportunamente. Llamando al paciente por su nombre y apellido Llaman al paciente por N° de cama, o por patología Respeto mutuo Respeto a la individualidad</p>			<p>Valores implicados</p>	<p>Responsabilidad La armonía El Amor al prójimo Honestidad Puntualidad Compasión Comprensión El compromiso El perdón La fe</p>	<p>cuales están implicados los valores y creencias en el marco de lo que debe y de lo que no debe hacerse, enfocado en los principios éticos universales del ejercicio de la enfermería. En este caso los datos permiten identificar la necesidad de incorporar valores a la práctica, como el respeto a su condición de persona, a los derechos del paciente, a su integralidad como persona en cuanto a referirse a ellos por su nombre y no por un número de cama o por cierta patología. La responsabilidad, la armonía que tiene que ver con el ánimo</p>
---	--	--	---------------------------	--	--

<p>El respeto por la persona Respeto a la dignidad Respeto a la individualidad y a la capacidad de responder diferente a los demás Trato con dignidad Responsabilidad con las metas y acciones Mantener la confidencialidad Responsable ante lo que el paciente presenta o lo q estoy diagnosticando Ser responsable ante las acciones asistenciales y administrativas implementadas Puntualidad ante las necesidades Trabajar en armonía con el equipo, con alegría, con entusiasmo, con sentido de pertenencia La honestidad La sinceridad en la comunicación con el</p>					<p>que se muestra de estar alegre y sonriente ante las personas y la disposición de resolución de problemas más que al conflicto. El amor al prójimo que deja fluir la vocación y el ponerse en el lugar de otros con una actitud de ayuda y compromiso con el otro ser, con su vida y con su salud y la honestidad para mantener la sinceridad, la confidencialidad y la puntualidad ante los requerimientos de la persona enferma, y ante su trabajo, la compasión y comprensión ante el dolor de otros, el compromiso ante el hacer. El perdón y la fe como factor espiritual para</p>
---	--	--	--	--	---

<p>paciente El amor Compasión por el ser humano que requiere ayuda Dar a conocer derechos y deberes al paciente Falta de información y consideración de los derechos del paciente. Comprensión Compromiso con el hacer Compromiso con el estado de salud del enfermo Considerar el perdón y la entrega a Dios al momento de la muerte</p>					<p>enfrentar la enfermedad o el momento de la muerte</p>
<p>Considera la influencia de su entorno. Considerar cualquier situación o vivencias de su entorno Se involucra la sexualidad, la parte familiar, el trabajo, y todas sus realidades hasta la comunidad Considerar el entorno familiar</p>	<p>Considerando el entorno en la relación de cuidado</p>	<p>Influencia del Entorno</p>	<p>Situaciones o vivencias previas Familiar Entorno social</p>	<p>Stress Emociones (angustia – ansiedad) del individuo y familiar Relación de pareja Rol familiar Promiscuidad</p>	<p>La influencia del entorno es considerada como medio de interacción que puede afectar al ser humano en su situación de salud-enfermedad. Considerando sus situaciones o vivencias previas como el estrés, las</p>

<p>Preocuparse por la ausencia del familiar Considerar las situaciones personales y familiares previas a su enfermedad. El contacto con el familiar produce cambios emocionales o fisiológicos en el paciente Tranquilizar al familiar. Considera la angustia y la ansiedad del familiar .</p>			<p>laboral</p> <p>Factores medioambientales</p>	<p>Inseguridad Criminalidad Rol en la comunidad</p> <p>Tipo de trabajo Rol laboral Independencia económica</p> <p>Exposición a sustancias químicas y tóxicos</p>	<p>emociones de angustia y ansiedad tanto de la persona como del familiar, las relaciones de su sexualidad, su entorno social como los riesgos de la comunidad y su rol en dicha comunidad, entorno laboral el tipo de trabajo, el rol que desempeña y los ingresos para la independencia económica y los factores medioambientales que los exponen a exposición de sustancias químicas y tóxicas. .</p>
<p>Busca restablecer el estado de salud en el caso de enfermedad Mantenimiento de la salud en la prevención Subsanar necesidades Buscar respuestas a interrogantes con respecto al paciente</p>	<p>Describiendo resultados del cuidado</p>	<p>Resultados esperados en el cuidado humano</p>	<p>Resultados centrados en la persona que se cuida</p>	<p>Mantener Restablecer Recuperación Evolución Satisfacción de necesidades Logro de objetivos Reincorporación</p>	<p>El cuidado humano según los datos persigue resultados centrados en la persona que se cuida dirigidos a mantener la salud, restablecerla o recuperarla, evolución, y mejoría</p>

<p>Búsqueda de la evolución y mejoría del paciente</p> <p>Tratar a la otra persona como si fuera uno mismo o cualquier familiar de uno</p> <p>Reincorporación del paciente a su quehacer diario</p> <p>Considerar la influencia de su ser</p> <p>Considerar la parte humana de la enfermera y del paciente</p> <p>agradecimiento del paciente.</p> <p>Satisfacción producto de la recuperación del paciente</p>			<p>Resultados en el cuidador</p>	<p>Agradecimiento por parte del paciente</p> <p>Satisfacción</p>	<p>en caso de enfermedad, subsanar o satisfacer necesidades, logro de objetivos y reincorporarlo al quehacer diario y los resultados en el cuidador</p> <p>agradecimiento, satisfacción.</p>
---	--	--	----------------------------------	--	--

Percepción de un grupo de enfermeras sobre cuidado Humano y su aplicación en la práctica de enfermería.

El cuidado es una condición que cumple el ser humano en la cotidianidad para mantenerse y conservar la salud y la vida, En la cotidianidad del ser humano el cuidado es imprescindible tanto en la forma de vivir como de relacionarse. (Waldow, 1998) lo describe como “una forma de vivir, de ser de expresar, y una posición ética y estética frente al mundo” .“Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad y contribuir en la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida” (p.129). Al analizar la percepción del cuidado humano y su implicación en la práctica de enfermería, de los datos emergen 6 siguientes categorías:

1. La caracterización del cuidado humano.
2. Conductas de interacción humana durante el cuidado.
3. Requerimientos de enfermería para la práctica del cuidado humano
4. Implicaciones éticas y valores involucrados en el cuidado humano
5. Influencia del entorno.
6. Resultados esperados en el cuidado humano

1.- La caracterización del cuidado humano. Se puede observar en los datos tres características desde la percepción de las informantes, tales como: su amplitud, su pertinencia en cuanto a la descripción del hacer, y la integralidad.

1.1.- La amplitud: describe la necesidad de involucrar múltiples aspectos que constituyen el cuidado humano, con respecto a la persona a quien va dirigido y los que pertenecen a la persona que cuida. Reflejado en los datos como:”es amplio”, “*es todo lo que se puede hacerse por un ser humano*”, “*considera la integración social del paciente*”.

En la investigación de (Barbosa de Pinho & Azevedo Dos Santos, 2006), titulada. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería. También es considerado el sentido “*amplio*” del cuidado humano, cuyo significado es considerar no solo el paciente, sino también el ambiente de trabajo, “es todo lo que se puede hacerse por un ser humano” que en la mayoría de las veces éste no puede hacer por él mismo, o necesita de ayuda, es trabajar sobre lo que la persona necesita, es ser responsable por todo. Envuelve el todo, psicosocial, religioso, hasta escuchar al paciente, acomodar una cabecera es un cuidado, la mirada, los gestos, la preocupación por el enfermo y el compromiso emocional. Es romper con un paradigma biomédico que considera al ser humano como el cuerpo enfermo que necesita ser restaurado del desequilibrio. Es involucrarse emocionalmente y comprometerse con el otro, en el sentido de minimizar sufrimientos, acoger las expectativas negativas y las inseguridades e inquietudes.

Por su parte (Spezani, Lanzelloti, & Costa Aguiar, 2007). Al describir el cuidado humano utilizaron también el término **amplio**, conceptualizándolo desde una mirada más totalizadora sobre los clientes que son cuidados de forma más eficaz y humanizada. Lo que significa considerar el cuidado humano mediante una actitud hacia la integralidad del ser como elemento de transformación de la práctica.

1.2.- La Pertinencia del que hacer: independientemente que la actividad de cuidar sea descrita por las informantes como “*quehacer de cualquier persona no necesariamente enfermera*”, en coincidencia con (Colliéri, 1999) quien se refiere al cuidado como “una de las palabras más antiguas, y como una actividad que no era propia de ningún oficio o profesión, simplemente eran actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para la continuidad de la vida” (p.5). Sin embargo esta fue la actividad que desarrollaron las mujeres que se dedicaron a cuidar y preservar la vida, para posteriormente constituirse como el que hacer de la formación de enfermería y que actualmente se le concibe como la actitud que

requiere el profesional de enfermería para el desarrollo de su función tanto a nivel teórico como legal.

1.3.- La integralidad que conlleva a considerar al ser humano a quien va dirigido en su aspecto físico, mental, cultural, social, espiritual y humano sin discriminación o juicios económicos, culturales y religiosos. Los datos reflejan la integralidad mediante las siguientes frases: “*Considera la espiritualidad y creencias religiosas propias y de otras personas*”, “*Considera la integración social del paciente*”, “*Es cuidar físico, mental cultural humano y espiritual*”, “*es todo lo que puede hacerse por un ser humano*”, “*Ver al paciente como un todo*”, “*Cuidar como un todo*”. Betty Neuman citado por (Marriner-Tomey, 1994) en su teoría definió el concepto integral considerando al cliente como “un todo cuyas partes mantienen una interacción dinámica” (p.299), lo que significa que todos estos aspectos físico, mental, cultural, social y espiritual son inseparables, interactúan entre si como un todo. La concepción de integralidad evita la desintegración del hombre como una enfermedad que afecta su cuerpo o un órgano, es comprender que una afección física puede afectar su integración social o su aspecto mental como las emociones y su espiritualidad por lo que el todo y cada una de sus partes son focos de cuidado del profesional de enfermería.

2.- Conductas de interacción humana: durante el cuidado se desarrolla una relación de interacción humana que implica las siguientes propiedades: Las conductas afectivas, la relación de comunicación, las actitudes interactivas y el cuidar de si. Al respecto entre los estudios revisados (Daza de Caballero, 2005) afirma que las dimensiones de la interacción, afecto y participación constituyen aspectos fundamentales en la relación terapéutica enfermera-paciente. En la cual se espera resolver la situación de salud y aprender a manejar las alteraciones crónicas que alteran la calidad de vida, además de reflexionar sobre la importancia de los derechos de los pacientes y el consentimiento informado que implica la relación de cuidado.

Durante tal interacción se desenvuelven conductas afectivas, relación de comunicación, actitudes interactivas y se promueve el cuidar de sí.

2.1.-Las conductas afectivas: entre las cuales emergen la calidez, cariño, el afecto y la empatía que necesitan desarrollarse entre las personas que se relacionan durante el cuidado. (Potter & Perry, 1996), al referirse a estos conceptos define la calidez como el sentimiento que “demuestra voluntad de ayudar, explicando las acciones a realizar y llevando a cabo sus actuaciones con delicadeza”. El cariño y el afecto “son transmitidos mediante la utilización del contacto físico donde se lleva a cabo el acercamiento espontáneo que acompaña a la comunicación verbal, lo que refuerza las conductas de apoyo emocional, la ternura y la atención personal”. La empatía: como “la capacidad de comprender y aceptar la vida de otra persona y para captar sus sentimientos” (pp.218-220) establecer empatía permite ver con objetividad las experiencias de otros a partir de nuestras propias vivencias. Por su parte (Watson, 1988) citada por (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2002) en la tercera proposición que trata de **Cultivar la sensibilidad para uno mismo y para los demás:** (p.145), permite reconocer sentimientos a través de la autoaceptación tanto para el profesional de enfermería como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad sus sentimientos se vuelven más genuinos y auténticos hacia los demás.

(Waldow, 1998). encontró en sus estudios que el cuidado puede definirse haciendo énfasis en el aspecto afectivo, empático y de interacción, “el cuidar parece dejar de ser un procedimiento o una intervención para ser una relación donde la ayuda es en sentido de la calidad del otro ser, respetándolo, comprendiéndolo, tocándolo de forma más efectiva, ahora parece ser hecho con el otro” (p. 101), y al mismo tiempo implica el cuidar de sí, que responde a conocerse, entendiéndose como amarse, para comprender y respetar al otro y así reconocer las limitaciones propias y del otro promoviendo el autocuidado.

2.2.-La relación de comunicación: en enfermería la comunicación es un arte y se considera la clave del cuidado humano, mediante la comunicación se ejerce un poder de influencia que si el personal de enfermería utiliza adecuadamente un lenguaje sutil coherente con los gestos será capaz de causar sensación de bienestar en las personas que demandan de sus cuidados, y el cuidado se inicia en un clima de armonía, confianza y seguridad. (Potter & Perry, 1996), la definen como “un proceso de interacción social mediante el cual el profesional de enfermería induce una mejora en el estado de salud como resultado del dialogo terapéutico” (p. 210). Este proceso le permite la expresión de emociones, ideas y pensamientos tanto con el paciente como con sus familiares mediante un intercambio verbal y no verbal. En esta categoría se hace necesario describir entre sus dimensiones: los tipos de comunicación, las fases, las funciones, las técnicas y el desarrollo de actitudes durante este proceso.

El cuidado descrito a partir de la relación de comunicación efectiva con todo lo que comprende el hablar, escuchar, la mirada, los gestos, el tacto. Considerando las experiencias humanas ante la enfermedad, las limitaciones y necesidades del ser humano, permite reconocer su preocupación y compromiso con el sufrimiento y el entendimiento de las reacciones físico-emocionales que permiten determinar la ayuda requerida.

2.2.1- los tipos de comunicación: se pueden describir la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

En la relación de comunicación **verbal** efectiva en enfermería se combina los tipos verbal y no verbal y a su vez deben ser coherentes las palabras y los gestos, al usar la comunicación **verbal**: se trasmite el mensaje a través de las palabras habladas o escritas, y para que esta sea eficaz se requiere la certeza que haya comprensión mutua del mensaje, es necesario considerar el **vocabulario** adecuado, en la medida que se utilicen muchos términos técnicos se disminuye la comprensión por parte de

la persona a quien se le proporciona el cuidado, y se consideran factores como el nivel de preparación o formación y la edad o el grado de madurez y limitaciones que presente la persona. El **ritmo**, la rapidez o las pausas inadecuadas perturban la transmisión del mensaje. **La entonación** el tono de voz puede modificar el significado del mensaje, puesto que. Mediante el tono de voz se puede expresar emociones como entusiasmo, enfado o preocupación, por lo que se debe ser muy cuidadoso con el tono de voz para evitar transmitir mensajes no deseados; además se debe considerar la entonación del paciente, la cual le puede indicar sensación de malestar, estado de ánimo o grado de energía. **El Humor**, la capacidad de la enfermera (o) de sonreír; lo que le permite al paciente una mejor adaptación al estrés que le produce la enfermedad. Una sonrisa ayuda a aliviar la tensión y el dolor debidos al estrés que produce la enfermedad, proporciona apoyo emocional y hace más humana la experiencia de la enfermedad. Hablar con **claridad y concisión**: transmitir el mensaje de forma ser simple, breve y centrado en el tema, la claridad se consigue hablando despacio y expresándose inteligentemente. **Elección del momento oportuno**: esto es primordial para lograr la transmisión del mensaje, puesto que no se debe elegir por ejemplo para dar orientaciones de cuidado en los momentos en que el paciente esté afectado emocionalmente, pues no va a ser captado el mensaje con exactitud.

Por otra parte la comunicación no verbal: permite transmitir el mensaje sin utilizar palabras, se transmiten sentimientos reales, a través de la comunicación gestual se aporta significado que con frecuencia son más explícitos que las palabras.

La postura y la forma de caminar reflejan emociones, el concepto de uno mismo y el grado de salud, el profesional de enfermería puede obtener información cuando valora la postura y la forma de caminar del paciente; además debe tener presente que esa otra persona también está analizando su postura como enfermera(o). **La expresión del rostro**, esta es la parte más expresiva del cuerpo y transmite señales explícitas y sutiles que ayudan a interpretar el mensaje. Pueden manifestar, contradecir o anular las verdaderas emociones. **El contacto visual** indica deseo e

interés de comunicarse, muestra respeto y deseo de escuchar, permite una observación amplia del otro. La ausencia de contacto visual puede indicar ansiedad, una actitud defensiva, malestar y falta de confianza al comunicarse, el profesional de enfermería puede transmitir una actitud menos dominante y amenazante cuando se sienta junto al paciente a la misma altura visual. Los **gestos**, pueden manifestar significados específicos por sí mismos o pueden crear mensajes junto con otras señales de comunicación. El profesional de enfermería observa la coherencia entre el mensaje que transmite el paciente cuando lo entrevista sobre su estado de salud y lo que pueden indicar sus gestos. Por otra parte los gestos de amabilidad, se reflejan tanto en el cuerpo como en el rostro, el tocar suavemente, **el contacto físico**, es una forma de comunicación personal, se requiere cercanía, transmite sinceridad, afecto, apoyo emocional, ánimo, ternura, y atención personal. En la interacción enfermera paciente este contacto puede estar determinado a normas sociales y culturales que pueden sugerir confusión, su uso adecuado como tocar, pasar la mano suave por el hombro del paciente, tomar de la mano al paciente, se realiza durante la exploración física o cualquier otro procedimiento, en enfermería transmite trato confortante, comprensión, seguridad y confianza. Los **sonidos** como los suspiros, los gemidos y episodios de llanto pueden comunicar sentimientos y pensamientos. Por ejemplo un gemido puede indicar placer o sufrimiento, el **espacio y territorialidad** se considera la distancia entre la enfermera según sea la naturaleza de la situación, se transmite confianza y delicadeza y puede incluso la cercanía inducir temor.

Las Fases de la Comunicación terapéutica: la comunicación terapéutica tiene como objetivo principal favorecer el bienestar y el desarrollo del usuario del servicio de salud, promueve la toma de sus decisiones referidas a su proceso de salud-enfermedad y se determina la ayuda que este requiere. Antes de iniciar tal interacción se la enfermera(o) revisa la información disponible en la historia clínica y de enfermería, así como los datos que puedan proporcionar otros profesionales para reflexionar previamente acerca de los puntos de interés y cuestiones a tratar. Existen

tres fases en la comunicación terapéutica: según (Perry & Potter, 1999) 1.- Orientación, 2.-Trabajo y 3.- Finalización

1.- la fase de orientación: implica la identificación, en la cual la enfermera (o) y el usuario se presentan, se centra en proporcionar información y aclarar temas que le preocupan al usuario y su familia además de aclararse la función de la enfermera(o), comienza con el primer encuentro. se caracteriza por una observación mutua. Ambos hacen deducciones y se forman sus opiniones sobre el contenido de los mensajes y comportamientos. Cuando el profesional se presenta con su nombre demuestra compromiso y preocupación por proporcionar comodidad mientras que se recogen datos iniciales que permiten identificar problemas y las expectativas del usuario. La enfermera considera al individuo como la persona que requiere de su ayuda y el paciente la ve como uno de tantos profesionales cuya misión es ayudarlo. Se intentará establecer un clima de confianza. En resumen esta fase implica: establecimiento de confianza, identificación de problemas y objetivos, clarificación de funciones y establecimiento de acuerdos

3.- Fase de Trabajo: en esta fase se ejecutan las acciones dirigidas al logro de objetivos y estrategias de acuerdo mutuo, se determinan las prioridades, Se busca que el paciente actúe según sus ideas y sentimientos, se apoyan las decisiones, se resuelven problemas, se evalúa el éxito o fracaso, se proponen cambios teniendo en cuenta las capacidades de los pacientes, y se anima al paciente a continuar ante los avances.

3.- Finalización: comienza desde la fase de orientación y no debe coger por sorpresa al paciente, una vez que se ha trabajado en el logro de objetivos y se han evaluado, debe prepararse al paciente para funcionar eficazmente sin apoyo del profesional de enfermería, se dejan expresar los sentimientos por parte del paciente, si es el profesional de enfermería el que se marcha es necesario asegurarse que la asistencia no se interrumpa, presentado al paciente el nuevo profesional de enfermería

que se encargará de su asistencia y le aporta toda la información necesaria para favorecer el desarrollo de la relación entre estos.

Hildegard Peplau citada por (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2002), basó su teoría en el proceso de comunicación, enfatizando en las relaciones de interacción personal entre la enfermera y el paciente, describió 4 fases en la relación: **la orientación**, en la cual el individuo tiene una necesidad sentida y busca ayuda profesional, en esta fase la enfermera ayuda a la persona a reconocer su problema y a determinar su necesidad de cuidado. La **Identificación**, es cuando el paciente identifica a las personas que lo pueden ayudar, la enfermera explora los sentimientos del paciente para ayudarlo a superar la enfermedad como experiencia que reorienta sus sentimientos, identifica las fuerzas positivas en su personalidad y ofrece la satisfacción necesaria. **La explotación**, donde el paciente intenta comprender lo que se le ofrece como relación, la enfermera puede proponerse nuevas metas para superar con esfuerzo personal y transferencia de poder de la enfermera para el paciente, a medida que este retrasa su gratificación para alcanzar nuevas metas propuestas. **La resolución**, la adopción de nuevas metas por parte del paciente y se libera de la identificación con la enfermera (p. 379).

(Potter & Perry, 1996) describe funciones y técnicas de la comunicación: (p. 217-218).

Las funciones de la comunicación: descritas por la transmisión de la información, la influencia, el aporte de comodidad, de relación y de identidad planteadas por, La **información:** el intercambio de información permite la identificación de diagnósticos, problemas, limitaciones, capacidades e incapacidades y el conocimiento de toda situación relacionada con la situación de salud o enfermedad de las personas. La **influencia:** vista como la forma de involucrarse con la otra persona para modificar o favorecer las actitudes sus creencias o su forma de actuar. **El aporte de comodidad:** permite reducir la incertidumbre en los momentos

estresantes aplicando medidas de apoyo y seguridad que alivien o mitiguen su sufrimiento emocional. **Relación:** permite definir, controlar y modificar problemas, objetivos y acciones que se establecen en la interacción enfermera –paciente durante todas las fases. **Identidad:** capacidad de transmitir mediante la presentación de uno mismo la competencia y el rol que le corresponde, de manera que induzca credibilidad, confianza generando sensación de amistad, respeto y sensación de amparo.

Las técnicas de comunicación: estas autoras también describen tres técnicas de comunicación desarrolladas por Sundeer y cols que le permiten al paciente una mejor comprensión de si mismo. 1.- **Confrontación:** “el profesional de enfermería hace ver al paciente la existencia de comportamientos o pensamientos conflictivos que dificultan su capacidad para comprenderse a si mismo”. La efectiva aplicación de esta técnica le permite al paciente reconocer su situación de salud, la necesidad de resolución, la búsqueda de ayuda el interés por su desarrollo y su capacidad para confrontar su situación. 2.- **Inmediatez:** “el profesional de enfermería enfoca la interacción a la situación actual entre él mismo y el paciente”. 3.- **Revelación de uno mismo:** “el profesional de enfermería revela sus experiencias personales, pensamientos, ideas y escala de valores o sentimientos durante la relación” para demostrar al paciente que le es posible comprender experiencias concretas.

2.3.- Actitudes Interactivas: la enfermera desarrolla confianza mutua, comprensión, la capacidad de ayuda, apoyo y preocupación por el paciente. La **confianza** es una actitud que trasmite el profesional de enfermería mediante la interacción que permite que el paciente la revierta de una forma mutua afianzando su credibilidad mediante un proceso de confidencialidad, dependencia, veracidad y sinceridad que se da durante la interacción, en la cual se manifiestan sentimientos y pensamientos que permiten facilitar la relación o solicitud de la ayuda, revelando información personal. La **comprensión** escuchar atentamente y con interés permite comprender la transmisión del mensaje en cuanto a las necesidades y ayuda que

requiere el paciente, implica desprenderse de la propia interacción de enfermera – paciente para experimentar una relación entre humanos. La **Ayuda** se da mediante una relación de colaboración entre humanos cuyo objetivo principal es satisfacer necesidades en el paciente en la que se desarrollan según (Potter & Perry, 1996) conductas de “confianza, empatía preocupación, autonomía y mutualidad” (p.219). **Apoyo** mediante esta actitud se proporciona información necesaria al paciente para que este tome decisiones y afronte situaciones relacionadas con su proceso de salud-enfermedad. **La preocupación** mostrar esta actitud permite ganar mayor confianza, la preocupación se demuestra mediante conductas de sensibilidad y comprensión ante las necesidades del paciente. Para (Mayeroff, 1971) la ayuda implica “ayudarlo a crecer, a cuidar de sí mismo, ayudarlo a descubrir y a crear áreas propias de las cuales esa persona es capaz de cuidar”. “el subsanar o satisfacer necesidades, ponerse en el lugar del otro, que se restablezca su estado de salud con prontitud, el poder reincorporarlos en su quehacer diario, es poder llegar a comprender su estado físico, emocional y espiritual tomando en cuenta sus experiencias previas a la enfermedad y educarlos para que aprendan a cuidarse y a cuidar su entorno, además de la satisfacción que esta relación les puede generar” (p.94).

La ayuda permite una relación de contribución para el crecimiento de la persona enferma y del mismo profesional de enfermería, cuando este es capaz de establecer la relación de cuidado y la promoción del autocuidado, y se produce cuando se es capaz de reconocer necesidades, limitaciones y capacidades.

2.4.- **El cuidar de sí mismo:** este aspecto tan importante del cuidado fue reflejado en los datos mediante las siguientes expresiones: “*Cuidar de uno mismo*”, “*Usar la comunicación para lograr acuerdos y participación del enfermo en el cuidado*”, “*Educar al paciente como se va a cuidar*”.

Para implementar efectivamente el cuidado (Mayeroff, 1971), plantea como “ayudar al otro a crecer” es necesario que tanto en el profesional como el ser a quien

se dirigen los cuidados practiquen el cuidar de si, que implica para cada uno: el conocerse, autocuidarse y reconocer limitaciones. Esto permite descubrir las áreas propias en las que cada persona es capaz de realizar prácticas de cuidado. La promoción por parte del profesional de enfermería en relación al autocuidado le permite ver al otro como extensión de sí mismo con requerimientos de independencia y de proporcionar ayuda a partir de experiencias propias de cuidado.

Cuando se promueve el cuidar de si y de otros. Al igual que ver a la persona enferma como una extensión de uno mismo, colocarse en el lugar del otro y comprenderlo desde mis propias necesidades y capacidades. Permite ayudar a otro a crecer y ver el objeto de mis cuidados como una extensión de mi mismo y simultáneamente como algo separado de mí, respetando su espacio, esto significa no crear relaciones de dependencia sino más bien comprender en el otro sus potencialidades y necesidades de crecer, reconociendo su dignidad de ser humano, sin querer manipularlo a voluntad sino propiciar en él la independencia que significa el desarrollo de necesidades de crecimiento y autorrealización que apoyados en la teoría de Maslow sería llevar al ser cuidado al máximo nivel en el desarrollo y satisfacción de sus necesidades.

Cuidarse y Autocuidarse implica darse atención, y permitirse satisfacer necesidades propias. Que aspectos requieren cuidarse: el cuerpo (la salud y la vida física), la mente (las funciones cognitivas, los estudios, la salud mental), las emociones (los sentimientos y el control de impulso) y el entorno (el ambiente, las propiedades y las personas).

Existen personas que se creen indispensables para el crecimiento y desarrollo de otros, y se olvidan de su propio cuidado, y cuando los afecta la enfermedad, incluso no se permiten el nivel de dependencia y la búsqueda de ayuda. Para esto requieren de cualidades humanas que les permita solicitar y aceptar la ayuda y su limitación con humildad y a veces es necesario reaprender a cuidarse para recuperar

su salud y mediante la ayuda del profesional de enfermería en la educación para el autocuidado, permitiéndoles reconocer la necesidad de cambios en el estilo de vida o de una nueva forma de estar en el mundo que implica no solo cuidar su salud, sino también sus emociones y su capacidad para evaluarse al momento de tomar decisiones y buscar ayuda.

3.- Requerimientos de enfermería para la práctica del cuidado humano:

determina las condiciones que se requiere del profesional de enfermería para proporcionar cuidado humano en la práctica, en esta categoría se describen propiedades como: disposición, conocimiento y dejar evidencia del cuidado en los registros.

3.1 La **disposición** para ejercer la práctica en cuanto a lo que dan o entregan durante su desempeño, las informantes consideran que es: “*querer hacer, querer dar lo mejor de sí, ir más allá del deber diario*”, “*actuar con prontitud cuando la necesidad se presente o la ayuda sea requerida*”, “*ser a priori para proporcionar los cuidados cuando se reconoce la necesidad en “búsqueda de la excelencia”*”. (Orem, 1983), describe la disposición para proporcionar cuidados como una característica personal de las enfermeras y considera “algunos factores de los que se quejan algunas enfermeras que les afecta esa voluntad como la falta de tiempo, exceso de demandas que caen sobre ellas, la condición y características de los pacientes en las cuales algunos requieren mayor esfuerzo”. Ciertamente estas son quejas que igual se han reflejado en los datos, en cuanto al uso de teorías y el desarrollo de la práctica; sin embargo la disposición es una actitud personal de “querer hacer” que facilita la interacción, le proporciona seguridad y confianza a la persona a quien van dirigidos nuestros cuidados.

La disposición para la ayuda como el sentido del deber, requiere compromiso y gusto al ofrecer el cuidado y lleva a la enfermera(o) a brindarse incondicionalmente como ser y como persona para garantizar el bienestar

3.2.- El conocimiento: como elemento de contribución a la práctica de cuidado humano aporta un fundamento en cuanto a la técnica y más allá de la técnica, teniendo consciencia de lo que se hace planteándose y dándole utilidad a otras ciencias. Los datos describen la necesidad de *“aporte de conocimientos teóricos, prácticos, científicos y humanísticos”, “no nada más técnicas terapéuticas”, “uso de conocimiento de otras ciencias”, “ir más allá de la patología”, “compartir conocimientos, “ser consciente de lo que se hace”, “aporte de lo aprendido”, aplicar el conocimiento de las teorías”*. Todas estas frases indican la necesidad de apoyarse en el conocimiento para ejercer la práctica.

(Mayeroff, 1971), considera el conocimiento como un requisito más que una contribución. El conocimiento desde el punto de vista del cuidado humano, según este autor nos permite *“entender las necesidades del otro y ser capaz de dar respuestas adecuadas, está visto que no bastan buenas intenciones para garantizar esto”*. Se precisa conocer: *“quien es el otro, cuales son sus capacidades y limitaciones, cuales son sus necesidades, que lo conduce a su crecimiento y cuales son mis propias capacidades y limitaciones”* para esto se requiere conocer más que la técnica a aplicar en cualquier procedimiento, es saber si es ese procedimiento el que requiere la persona y si poseemos el conocimiento para responder ante las verdaderas demandas físicas, psicológicas, emocionales, socioculturales y espirituales de ese ser humano, es poder ser capaz utilizar el conocimiento propio y de otras ciencias para poder intercambiar y dar aportes e integrarnos en el trabajo participativo y transdisciplinario del equipo de salud.

3.3.- Evidencia escrita del cuidado: utilizar los registros para evidenciar la contribución en el cuidado que se proporciona a las personas. Reflejado en los datos como *“dejar evidencia escrita de lo que se ha hecho”*. La utilización adecuada de los registros de enfermería permite establecer sistemas de comunicación que transmiten información sobre las necesidades o problemas del paciente y la asistencia que se les proporciona en cada turno de tal manera que se deja evidencia escrita de lo valorado

en el paciente y los cuidados ejecutados. Al respecto (Kron, 1983), explica que en los registros deben anotarse además de “la asistencia que requiere el enfermo, el cómo proporcionarla y la forma cómo responde el paciente ante la intervención de enfermería, para que todo el personal esté informado con detalles de la utilidad de la planificación del cuidado” (p.257).

En relación a este aspecto la enfermera es responsable de toda la información referida a las acciones asistenciales que se realizan al paciente, y es ella quien decide que información es importante y que debe registrarse. Hasta ahora se han planteado varios modelos de registros de enfermería que comprende notas narrativas orientado hacia los problemas del paciente. A nivel profesional se ha tratado de incorporar en los registros el formato S.O.A.P.I.E. (Datos subjetivos, datos objetivos, análisis o diagnóstico de enfermería, plan implementado y evaluación)" otro formato es el DAR que se refiere a (diagnósticos o problemas, acciones y resultados) estos formatos proporcionan una forma amplia de registrar las actividades de enfermería, el cual constituye un documento legal, pues permite dejar constancia de las acciones ejecutadas a cada paciente. Toda esta información escrita además es complementada durante la entrega de turno y dependiendo de la responsabilidad con que la Enfermera la efectúe se favorece la comunicación entre los cuidadores y se asegura que las Enfermeras en los diversos turnos posean la información necesaria para dar continuidad al cuidado de enfermería.

Al respecto (Balderas Pedrero, 2009), considera que el registro de enfermería es un “documento que muestra la aplicación de tratamientos de enfermería y las respuestas de los pacientes y que las instituciones de salud cuentan con formatos especiales según el sistema de organización” (p.97), los datos varían conforme a las normativas de las instituciones de salud, lo importante es que exista uniformidad de los datos a registrar además que existen normativas en cuanto a el color de la tinta a utilizar en los diferentes turnos. Y otro aspecto importante que señala esta autora es que “los datos que se reportan muestran el conocimiento de quien lo escribe además

de su experiencia en el manejo de pacientes con respecto a la atención de enfermería”.

La uniformidad se logra a través de los acuerdos entre el equipo de enfermería, sobre los datos que son necesario registrar referidos a la importancia que le otorguen a la valoración, la identificación de necesidades, problemas o limitaciones y las acciones de cuidado, además de los resultados obtenidos en las personas que se cuida, usar una teoría específica de enfermería contribuye en la estructuración de los registros en la práctica de enfermería y aporta lineamientos que permiten la unificación de criterios para dejar claras evidencias en cuanto a la valoración e identificación de las necesidades y problemas de las personas a que requiere cuidados, la intervención de enfermería y la evaluación del progreso o la recuperación del paciente.

Además los reportes de enfermería son también complementados por otros sistemas de registros que reflejan evidencia del cuidado proporcionado, tales como el reporte de tratamiento, los registros de signos vitales y los controles de líquidos.

4.- Implicaciones éticas y valores involucrados en el cuidado humano: la ética agrupa los principios y normas que caracterizan un grupo. Los principios éticos sanitarios universales son el respeto, la autonomía, la beneficencia, no maleficencia, la veracidad, confidencialidad y la justicia o equidad y los valores como cualidades reflejadas en los datos necesarios en la proporción de cuidados de enfermería, entre los cuales se encuentran la responsabilidad, la armonía, el amor al prójimo, la honestidad, la puntualidad, la compasión, la comprensión, el compromiso, el perdón y la fe que guían la conducta y actitudes de la persona que cuida. Esto determinará el aspecto axiológico de la construcción teórica que se pretende generar.

Al respecto, (Orem, 1983), plantea que la práctica de enfermería no solo tiene aspectos técnicos, sino también aspectos morales, porque las decisiones de

enfermería afectan a la vida, la salud y el bienestar del ser humano. Por lo tanto la enfermería tiene que preguntarse, “está bien para el paciente?”, “será eficaz?”. En sentido de actuar moral y éticamente en función del bien del paciente (p. 35).

Principios éticos: la ética rige la actuación del profesional siguiendo las normas del código deontológico que orienta la acción hacia la búsqueda del bien personal y colectivo. Es definida por (Kozier, Erb, & Kathleen, 1995), como “las normas o principios que gobiernan la buena conducta” (p. 202). La palabra ética se deriva del griego *ethos*, que significa costumbres o carácter. Su significado implica “lo que tendría que ser”, actualmente se está usando el término bioética como “la ética que se refiere a la vida”.

(Potter & Perry, 1996), al referirse a la ética asistencial la definen como lo que “se ocupa de lo que es bueno o correcto para la vida y la salud del ser humano”. Describiendo los principios éticos de asistencia sanitaria que proporcionan directrices importantes para el razonamiento moral según (Beauchamp y Childress 1989) son el respeto al individuo, la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia (p. 78-93)..

4.1.1.- El respeto: Principio ético, que implica el respeto por las personas, esto involucra el respeto a la vida, por la calidad de vida y por la aceptación de la muerte esto conlleva a “apoyar los objetivos del paciente para una vida significativa y cuidar al moribundo con respeto; el respeto es una necesidad para enfermería, el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del hombre, sin restricción de raza, creencia, color, edad, sexo, política o estado social. En cuanto al respeto por los derechos del paciente, se consideran el derecho a estar informado, el respeto a la individualidad, a la autonomía, a la integralidad, a la dignidad y a la confidencialidad. La enfermera al proporcionar los cuidados genera un entorno en el que se respetan los valores, las costumbres y las creencias espirituales del individuo.

4.1.2.-La autonomía: proporciona “libertad personal de acción, independencia y confianza en sí mismo”. En este aspecto la enfermera promueve la participación del paciente en la toma de decisiones con respecto a sus cuidados, considera el derecho del paciente en cuanto al consentimiento informado, e instruye al paciente para que con conocimiento decida sobre sus cuidados y tomar decisiones cuando la decisión del paciente considere perjudicial.

4.1.3.-No Maleficencia: es la “obligación de no causar daño”, implica para la enfermera evitar el daño deliberado, el riesgo de causar daño y el daño que se produce durante la intervención de enfermería.

4.1.4.-Beneficencia: “hacer bien o activar la promoción del bien” esto implica actuar en función de los beneficios sanitarios para el paciente y mantener el equilibrio entre beneficio y daño o considerar la mejor forma de ayudar al paciente.

4.1.5.-Justicia: este principio refleja “imparcialidad o equidad”, asegurar una asignación justa de los recursos y de la asistencia sanitaria a todos los pacientes determina el orden en que deben tratarse los pacientes considerando el riesgo.

(Kozier, Erb, & Kathleen, 1995), además de estos principios agrega la **veracidad** que significa decir la verdad, este principio es importante debido a que se considera el derecho al paciente de estar informado”. Además de la **confidencialidad** que “tiene que ver con la información pero manteniendo el secreto necesario en situaciones en las que solo la persona enferma o sus familiares deberán tener acceso” y la **fidelidad** “mantener las promesas. Estos son elementos que generan confianza y seguridad para las personas en situación de enfermedad o con las que se establece la relación sanitaria (p. 212).

Estas autoras desarrollan las siguientes definiciones sobre valores:

Los valores pueden definirse como una disposición afectiva hacia una persona, objeto o idea. Y citan a Simon y col. (1978) quienes los definen como un “conjunto de creencias personales y actitudes sobre la verdad, la belleza y la importancia de cualquier cosa, objeto o conducta. Están orientados hacia la acción y dan orientación y significado a la propia vida” (p. 201).. Los valores son producto de la asociación con personas, el entorno y el yo, se derivan de la experiencia y forman la base de la conducta.

En razón de esto es necesario incorporar el significado de los valores en la formación de los profesionales de enfermería de manera que constituyan un patrón de conducta en el ejercicio de la práctica. Por otra parte los valores profesionales son un reflejo de los valores personales y dependen del grado en que la enfermera se socializa con la profesión de enfermería. Entre los que destacan las informantes se encuentran: *la responsabilidad, la armonía, el amor al prójimo, la honestidad, la puntualidad, la compasión, la comprensión, el compromiso, el perdón y la fe.* (Watson, 1988), refiere que el cuidado requiere un **sistema humanístico-altruista de valores**, los cuales se aprenden pronto, pueden ser influenciados por las enfermeras educadoras y puede definirse como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo

Por su parte (Vasquez, 2000), considera que la práctica de valores desarrolla la humanidad del hombre “el valor es lo que hace que el hombre sea tal, y sin el cual perdería su humanidad o parte de ella” (p. 22). El valor según este autor se refiere a excelencia o a una perfección, es decir el valor puede atribuir virtudes que perfeccionan al ser humano y lo hacen actuar en función del bien de otros. Además que se desarrollan mediante la actividad del hombre, por lo que se explica que según la disciplina o trabajo que ejecuten los seres humanos desarrollarán valores acorde con su naturaleza se afirman y se mantienen mediante principios legales.

4.2.1.-La responsabilidad: Este valor es necesario tanto en lo personal como en lo profesional para el cumplimiento de cualquier compromiso moral; es indispensable al momento de clarificar, asegurar y mantener una conducta ética en enfermería, para esto se requiere ser sensible a los derechos, necesidades e intereses de los pacientes y del profesional de enfermería. En este sentido la enfermera será responsable de promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

(Potter & Perry, 1996) considera que la “enfermera es responsable desde el punto de vista profesional ante sí mismo, ante el paciente, ante la profesión ante la institución donde trabaja y ante la sociedad” (p. 89). Por lo tanto es necesario establecer los niveles de actuación esperados; la responsabilidad profesional exige una evaluación de la eficacia. La responsabilidad ante la profesión implica mantener la competencia por medio de un aprendizaje continuo y mantener patrones de conducta personal que hacen honor a su profesión; la responsabilidad ante la sociedad implica emprender y apoyar acciones para cumplir las necesidades sanitarias y sociales del público como prestador de un servicio humano. La responsabilidad personal se refiere a la ejecución de las obligaciones asociadas a la función particular de la enfermera. Un profesional de enfermería responsable es competente en conocimiento y habilidades y realiza sus obligaciones de forma ética cumpliendo las directrices de la profesión.

4.2.2.- La **armonía:** Más que un valor, es la presencia equilibrada de otros valores que proyectan a la persona humana como una persona serena, objetiva, madura y con gran dominio sobre sí mismo, permite establecer relaciones de comunicación e interacción durante la acción de cuidado hacia el bienestar disminuyendo la tensión que se produce en el ambiente hospitalario por la situación de enfermedad, propiciando la efectividad de las acciones y el logro satisfactorio de los objetivos, constituye las demostraciones de alegría y la capacidad de sonreír y estar dispuesta a la solución de situaciones, más que al conflicto, permite mantener

un equilibrio entre los intereses particulares y los generales en la búsqueda del equilibrio óptimo. La armonía es sinónimo de paz y de calma, de satisfacción, de plenitud y de tranquilidad. Produce tranquilidad, seguridad y confianza, Para transmitir este valor es necesario estar conforme con las cosas que nos rodean, con la naturaleza y con nosotros mismos, significa anhelar el bien de otros, actuar de modo constructivo y ayudarlos en el logro de sus objetivos permitiéndoles participar en las decisiones sobre el cuidado y su situación de salud.

4.2.3.- **El Amor al prójimo** que tiene que ver con el sentido vocacional, religioso reflejado en la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Para (Escobar Rivero, 2004). “el amor en el proceso de cuidar en su dimensión afectiva se considera como el valor más grande de la vida, es esencia de la propia vida, es la fuerza de atracción y de transformación e implica percepción, sensibilidad y comunicación” (p. 59). Cuando se puede sentir amor por el otro, se es capaz de comprender, y sensibilizarse ante el dolor y su sufrimiento y es la fuerza que nos empuja a actuar en función del bien del otro. (Boff, 2002), describe el amor “como fundamento del fenómeno social, es siempre una apertura hacia el otro, convivencia y comunión con él” (p 89). Por lo que se considera que este valor prevalece en el cuidado en su intención de darle continuidad a la vida en el dinamismo de amar y compartir.

4.2.4.- **La honestidad:** según (Mayeroff, 1971) este valor está presente en el cuidado como algo positivo y no como una cuestión de no hacer alguna cosa, no mentir y no engañar deliberadamente a otros. Primeramente implica sincerarse con uno mismo. Ser honesto implica reconocer nuestros propios errores y tratar de corregirlos, es hablar siempre con la verdad a la persona que se cuida, esto le trasmite seguridad.

4.2.5.- **La puntualidad:** este es un valor que tiene que ver con su compromiso personal, se refiere a organizarse en el tiempo con la finalidad de cumplir a cabalidad con una actividad en un margen de tiempo pautado como la hora de llegada a recibir

el turno de trabajo. La puntualidad también se refiere a responder al tiempo que requiere la persona que demanda el cuidado, por ejemplo a satisfacer una necesidad en la otra persona al momento que se presenta el requerimiento, es calmar el dolor del otro con prontitud, es actuar antes que se presente un daño.

4.2.6.- **La compasión:** es la capacidad de un ser humano de sensibilizarse ante el dolor de otro. (Travelbee, 1979) se refiere a la compasión como el deseo de ayudar a una persona que sufre y refiere la enfermera como ser humano compasivo conocedor, dirige la interacción de tal manera que permita al enfermo probar patrones de acercamiento y experimentar fe y confianza” (p. 71).

4.2.7.- **La comprensión:** este valor requiere de que la enfermera(o) desarrolle la capacidad de escuchar al otro para percibir sus sentimientos, sus necesidades y sus inquietudes. (Langevin Hogue, 2000), al referirse a la comprensión empática explica que es el punto de vista que emite el interlocutor en un proceso de intercambio y cita a Marco Aurelio el filósofo quien en su doctrina de vida describió la comprensión empática mediante la siguiente frase “acostúmbrate a estar atento a lo que otro dice y, en lo posible metete en el alma de quien habla”. (p.102). Por su parte (Travelbee, 1979) define el comprender como “reconocer la singularidad del otro y sentirse cómodo al hacerlo... es una fuerza que puede infundir al enfermo la paciencia y el valor necesarios para enfrentarse a los problemas” (p. 72)..

Para lograr una mayor comprensión es necesario verificar el contenido de la información, formulando lo que creemos entender para evitar confusiones o malas interpretaciones, preguntando “esto es lo que quieres decir” o “me gustaría que te expliques” esto puede llevar al emisor a revisar el mensaje si no ha sido comprendido lo que este quiere transmitir y se evita transmitir emociones inadecuadas. Implica reconocer en el otro, sentimientos que él está viviendo, además de entender su pleno derecho de vivirlos. Se evita la aprobación o reprobación en este tipo de dialogo, al tratar de mostrar emociones que creemos descubrir en el otro, lo ayudará a tomar

consciencia de la misma confrontándolo con su propio yo emocional. Un dialogo emotivo que permite valorar positivamente al interlocutor y muestras intención de ayudarlo a entenderse a si mismo, a descubrir por si mismo la verdad, se asume un comportamiento de aliado que busca una solución.

4.2.8.- **El compromiso** (Waldow, 1998), considera que este como valor implicado en el cuidado humano permite compartir nuestro ser con los demás para que pueda crecer a partir de su esfuerzo y condiciones, lo que permite entregarse sin sacrificio ante las posibilidades y potencialidades del otro y ayudarlo a crecer dentro de sus límites. Implica estar comprometido con el servicio que se presta a nivel profesional y social. Los profesionales han de sentirse comprometidos con la organización y con sus objetivos de manera que hagan propios estos objetivos. Apoyar e instrumentar las decisiones para el logro de los objetivos comunes y prevenir y superar los obstáculos que interfieren el logro de las metas.

4.2.9.- **El perdón y la fe.** Estos son valores religiosos que refuerzan la fortaleza y la creencia en si mismo y en los otros. Constituye una esencia del ser, disipa el temor a lo desconocido, Para (Mayeroff, 1971), “La fe permite participar en la vida de manera más significativa con confianza y seguridad. Para el hombre que está en la fe, el mundo es inteligible acompañado de una percepción más sensible del carácter impenetrable de la existencia”. En este sentido el profesional de enfermería se apoya en la espiritualidad y en las creencias religiosas propias y del enfermo para fortalecer a la persona que enfrenta la enfermedad y a apoyarse en el perdón y la trascendencia de la vida ante la muerte. Para (Watson, 1988), es necesario inculcar **la Fe y la esperanza:** como valores humanísticos y altruistas que facilitan la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo en el desarrollo de las interrelaciones eficaces enfermera- paciente promoviendo el bienestar y ayudando para que se adopten las conductas que buscan la salud.

1. Influencia del entorno: El entorno es considerado como medio de interacción que puede afectar al ser humano en su situación de salud-enfermedad. los datos describen el entorno como: *“considerar la influencia de su entorno”, “como les afecta cualquier situación o vivencia de su entorno”, “se involucra la sexualidad, la parte familiar, el trabajo, todas sus realidades hasta la comunidad”, “considerar el entorno familiar”, “preocuparse por la ausencia del familiar”, “las situaciones personales y familiares previas a su enfermedad”, “el contacto con los familiares produce cambios emocionales y fisiológicos en el paciente”, “tranquilizar al familiar”, “considerar la angustia y ansiedad del familiar”*.

Es importante Tomar en cuenta las situaciones o vivencias que provienen del entorno de la persona que afectan su salud y las situaciones que puedan generar o aumentar el estrés en su situación de enfermedad, las emociones, la angustia y la ansiedad tanto de la persona como del familiar, las relacionadas con su sexualidad, el entorno socio-laboral que afecta la dinámica de la vivencia y experiencias según el rol laboral o familiar, en la comunidad, su dependencia o independencia económica y los factores medioambientales debido a la exposición de las personas tanto en el medio laboral a los productos químicos industriales o en la mismas comunidades donde exista exposición a sustancias toxicas incrementando el riesgo de padecer enfermedades .

(Watson, 1988) propone la necesidad de proveer un entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual esto permite reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuo; el entorno interno incluye el bienestar mental y espiritual y las creencias socioculturales; además de las variables epidemiológicas se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios estéticamente agradables.

6.- Resultados esperados en el cuidado humano: el cuidado humano es una relación centrada en la persona que se cuida o que requiere cuidado y para propiciarlo, es necesario practicar el cuidado de si, por tal razón los resultados se hacen visibles tanto para la persona que se cuida, como para el cuidador.

a) Resultados para la persona que se cuida: Centrarse en la persona que se cuida: permite considerar las respuestas e interrogantes del paciente, sus reacciones emocionales y espirituales ante la enfermedad y ante la muerte, los objetivos y necesidades de la persona que requiere de cuidados, según las limitaciones e incapacidades, (Mayeroff, 1971), refiere que “en el cuidado lo fundamental es el otro, el crecimiento del otro, él es el centro de la atención”. Las informantes lo ven como el “*interesarse en las interrogantes del enfermo*, se refieren a los miedos e inquietudes que tienen todas las persona al enfrentarse a situaciones desconocidas y más allá de esto las interrogantes que debe hacerse la persona que va a practicar los cuidados tal como está planteado en los datos, “*buscar respuestas a las interrogantes con respecto al paciente*, conocer hacia *quien van dirigidos los cuidado y como se deben aplicar*”, además de observar en el enfermo las reacciones ante la enfermedad y dar respuestas en función de esa persona.

(Waldow, 1998), al considerar los objetivos de cuidar coincide con el presente estudio en cuanto se refiera a los resultados esperados entre los cuales menciona: “aliviar, confortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar, hacer y hace mención que la cura puede ocurrir o no al igual que la muerte pero el cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedades, incapacidades y durante todo el proceso de morir”. En este sentido los datos reflejan los resultados esperados en relación de cuidado hacia la persona que se cuida como dirigidos a: *mantener una vida saludable, restablecer la salud, la recuperación, la evolución satisfactoria, en el caso de enfermedad, la reincorporación a sus actividades de la cotidianidad y la satisfacción.*

b) Resultados que se esperan para el cuidador: reflejado en los datos como *“agradecimiento por parte del paciente y de su familia”* y *“satisfacción”*

La gratitud: es un sentimiento que espera toda persona después de haber establecido una relación de ayuda con otro. (Mayeroff, 1971), la describe de manera más amplia, más que recibir agradecimiento es estar agradecido “por vivir el sentido de la propia vida, por la existencia de otros que precisan de mis cuidados y por ser capaz de cuidar de ellos, y de manera más general es estar agradecido por la vida, agradecer por tener la oportunidad y capacidad de dar de mí”. “recibo porque doy, más esto, no significa que doy para recibir”. Puesto que a pesar que la gratitud es parte de cómo se vive la vida misma y se agradece la posibilidad de dar cuidados, porque no es precisamente que se espere el agradecimiento, sino que en esta relación reciproca los otros serán capaz de reconocer en la persona que los cuida sus habilidades para cuidar, su entrega y su compromiso con él; por tanto si esto ocurre mostrarán más que el agradecimiento el reconocimiento por la demostración de competencias y capacidades, permitiendo al cuidador sentirse complacido con sus habilidades para cuidar, por permitirse vivir el sentido de la propia vida, por la existencia de otros que precisan de cuidados lo que les genera satisfacción personal y profesional.

La satisfacción por parte del profesional de enfermería ha sido tratada desde el punto de vista de la teoría de Herzberg, en relación al sentimiento de insatisfacción expresado por las informantes, además de la necesidad de un trabajo satisfactorio entre las expectativas de la práctica y ahora visto como el resultado de la práctica, por lo que se considera interesante retomar los factores motivadores de Herzberg entre los cuales menciona el “sentido de realización” que en este caso pueda experimentar el profesional de enfermería cuando alcanza resultados esperados en el ser que cuida, el reconocimiento el cual se ve reflejado en el mismo agradecimiento de la persona y su familia; pero que además debe ser política institucional, el propio trabajo, la responsabilidad, la posibilidad de ascenso y la posibilidad de crecimiento que el

profesional de enfermería reconocerá como factores de satisfacción en su relación con el ser cuidado.

En este sentido (Marriner Tomey 2001), plantea que la teoría de Maslow señala que las necesidades fisiológicas y de seguridad son prioritarias en los grupos socioeconómicos inferiores, mientras que para las personas con una posición educativa y profesionales más altas como las enfermeras las necesidades de estima y autorrealización se han vuelto prioritarias.

Cuadro N° 8: Relatos sobre los conceptos claves en la práctica de enfermería basada en el cuidado humano

Informante Interrogante	Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Códigos Preliminares
<p>Descripción de la enfermera que aplica cuidado humano</p>	<p>La enfermera como una <u>persona responsable</u> de su estado, de su recuperación o que lo <u>ayudará en cierta parte o en una importante parte a restablecerlo</u> o sea que también debemos ser responsables. Tiene implícitos esos principios como la responsabilidad, <u>sinceridad</u>, <u>humildad</u>, <u>comprometida</u> también con su práctica debe tener <u>conocimiento</u>, debe estar dada a siempre a incursionar a estudiar y a</p>	<p>debe ser <u>responsable</u>, <u>observadora</u>, Tener mucho <u>sentimiento</u>, mucha <u>táctica</u> para tratar a las personas</p> <p>Que sea <u>suave</u>, que tenga esa <u>calidez</u> para tratar al paciente,</p> <p>Hay enfermeras que son responsables y todo eso, pero entonces, <u>los gestos faciales</u>, los movimientos corporales, <u>el hablar</u>, <u>el tono de voz</u>, entonces el paciente distorsiona todos esos gestos y</p>	<p>Primero tiene que ser más <u>humana</u>, allí abarca todo, porque eso me permite a mí <u>planificar</u>, me permite trabajar, me permite humanizarme más, me permite <u>dar el 100%</u> diría yo, esa es mi esencia dar lo mejor de mí para que la <u>persona que yo estoy atendiendo salga feliz</u>, Si yo soy buena enfermera, como me conocen a mi? por mis pacientes, por mis acciones, quienes se encargan de hablar de mis acciones?, los</p>	<p>La enfermera debería tener cualidades y características como <u>conocimiento</u>, <u>valores</u>, valores para actuar con <u>beneficencia</u>, <u>Responsabilidad</u>, con <u>espiritualidad</u>, pudiera tener esa cualidad de conocer sobre los planos espirituales para poder, tal vez conseguir la sanación en los pacientes, yo leía y me quedaba así como pensando, y he tratado de hacerlo, <u>el tocar a</u></p>	<p>Persona responsable de la recuperación del estado de salud. Ayude a restablecer Con principios de responsabilidad, sinceridad, humildad, Comprometida con su práctica. Posee conocimiento Disposición para la actualización Emprendedora Dispuesta a tratar a otras persona con respeto, con dignidad. Respetando su autonomía, su ser. No nada más con técnicas terapéuticas Tener conocimiento, habilidades,</p>

	<p><u>actualizarse.</u> Seguir siendo <u>emprendedores</u> en lo que es la carrera. La enfermera tiene que estar predispuestas o dispuesta a <u>tratar a otras persona con respeto,</u> con <u>dignidad respetando su autonomía, su ser.</u> como su ser, en esa medida, no nada más con técnicas digamos terapéuticas convencionales. La enfermera de cuidado humano tiene que <u>tener conocimiento, habilidades, espiritualidad, tener juicio crítico,</u> debe tener ese <u>compromiso tanto con la profesión como con el ser humano,</u> con su</p>	<p>piensa que a lo mejor se está tratando mal. A veces esos gestos, hacen que el paciente se aísle o no se comunique con la enfermera, entonces uno tiene que ser muy táctico en esos aspectos para poder llegar al paciente. Estar <u>pendiente de esas necesidades del paciente</u> e írselas <u>solventando,</u> la enfermera debe tener todas esas cualidades, hay muchas más <u>Presentable,</u> que tengan ese <u>tono de voz agradable</u> para dirigirse a las personas,</p>	<p>pacientes, claro todo lo demás viene, que si un <u>reconocimiento,</u> <u>que si día gremial,</u> todo eso es parte de lo que tu tienes que ser pero cual es <u>el arte el paciente,</u> y el va a ser quien va a decir la enfermera, <u>quizás no se acordará el nombre</u> pero si va decir la enfermera aquella, como dice la enfermera <u>negrita me habla feo y tu me hablas bonito,</u> entonces eso es lo <u>que se va a dar a conocer, mi trabajo, mi resultado de lo que yo espero,</u> lo va a dar es el paciente.</p>	<p><u>las personas,</u> sobre todo cuando tienen mucho dolor y ver si a través de la oración, de la parte espiritual esa persona, verdaderamente, este pudiera calmar el dolor.</p>	<p>espiritualidad, tener juicio crítico Compromiso con la profesión. Compromiso con el ser humano Cargada de emociones y de sensibilidad Ser observadora para diagnosticar necesidades Tener sentimientos Táctica Suave Calidez Cuidar los gestos Tono de voz agradable Capacidad para percibir y solventar necesidades del paciente Presentable Ser más humana Organizada Busca hacer feliz al otro</p>
--	--	--	---	---	---

	<p><u>prójimo</u>, para atenderlo con todas aquellas técnicas, pero que están <u>cargada de emociones y de sensibilidad</u></p>	<p><u>observadora</u>, la enfermera tiene que ser muy observadora porque a través de la observación, nosotras podemos <u>diagnosticar</u> muchas <u>necesidades</u> que el paciente tenga,</p>			<p>Darse a conocer ante el paciente por sus acciones y resultados</p> <p>Conocimiento Valores: beneficencia, responsabilidad, espiritualidad. Espiritualidad Capacidad de tocar y transmitir sanación</p>
<p>Concepción de la persona enferma</p>	<p>Es un <u>ser humano</u>, <u>íntegro</u>. con todo su sistema o sea <u>físico</u>, <u>emocional</u>, <u>psicológico</u>, el <u>entorno</u>, todo eso tienen que considerarlo, Espera <u>ayuda</u>, espera que lo <u>cuiden</u>. Espera que le <u>solucionen</u>, espera información, comunicación. <u>Requiere</u> que se le <u>fomente</u> el <u>autocuidado</u></p>	<p>Un <u>ente holístico</u>, como un <u>todo</u>. El individuo es el <u>centro</u> por él es que nosotros estamos aquí y por él es que nosotros trabajamos y entonces <u>todo lo que nosotros desarrollamos a favor de ese individuo</u> Es un ser humano y el espera de mí lo <u>mejor</u>, que es lo mejor. Que sea <u>bien</u> atendido, a</p>	<p>Es alguien que está <u>dependiendo</u> de mi cuidado El paciente como un <u>ente completo</u>, <u>holístico</u>, <u>biopsicosocial</u>, que tiene <u>necesidades humanas</u> y necesidades propias y necesidades desde todo punto de vista. Que espera Su mejoría, porque los pacientes lo que quieren es <u>mejorar e irse</u>. La parte humana</p>	<p>Un ser <u>integral</u>, completo. <u>ser</u> que está dándome su <u>vida</u> para que yo la <u>cuide</u>. que va al hospital a <u>buscar la salud</u> Que espera lo mejor de mí. El respeto, con dignidad a esa persona, creo que es clave. El comportamiento ético que yo pueda. Los hechos que</p>	<p>Ser Humano Integro Compuesto por sistemas Con componente físico, psíquico, emocional Que tiene un entorno Que espera ayuda Que espera que lo cuiden Que espera solucionen Que quiere estar informado Que requiere que se le fomente el autocuidado</p>

		<p><u>tiempo, que yo perciba las necesidades que el tiene, e írsela solventando poco a poco, a medida que la situación nos lo permite y que ese paciente sea incorporado nuevamente a la sociedad o a su quehacer diario</u></p>	<p>para ellos lo ven ellos como yo soy el paciente, soy persona y me quiero ir de aquí, peroirme ya <u>curado. y poder irse llenos de salud y quizás también llenos de afecto.</u> Se ha visto pacientes que no se quieren ir. Cuando les dicen que se van se enferman, porque aquí <u>sienten más afecto que afuera.</u> El <u>término</u> (paciente) no me gusta, yo diría <u>usuario,</u> porque paciente es así como que tengo que esperar mucho pero no se hoy en día se ha hablado de tantos términos, pero el que más se maneja es usuario. Para mi el término paciente habría que cambiarlo.</p>	<p>pueden marcar la pauta en lo que espera el paciente de uno, es ese conocimiento, de ese trato amable, gentil, del respeto por esa persona. Yo pienso que es lo mejor que yo puedo dar de mi. La beneficencia, actuar benevolente, con el corazón.</p>	<p>Ente holístico Un todo Es el centro de nuestro hacer Espera ser bien atendido Con prontitud Que se perciban sus necesidades Que se solventen sus necesidades Ser reincorporado a la sociedad y a su quehacer diario</p> <p>Que depende de Cuidados Ser biopsicosocial Ser con necesidades humanas Espera su mejoría Espera irse Saludable Espera sentir afecto Preferencia por el término usuario, persona, individuo</p> <p>Ser que entrega su vida bajo mi cuidado</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Ser que busca salud Que espera lo mejor de mi. Respeto a la dignidad Espera comportamiento ético Espera conocimiento Trato amable Actuación benevolente, con el corazón.</p>
Salud	Ausencia total de enfermedad,, desde el punto de vista de cuidado humano es una persona que se encuentra en un equilibrio de cuerpo, mente, espíritu,	Estado de <u>bienestar</u> donde <u>no</u> esté <u>perturbado</u> , ni la parte <u>espiritual</u> , ni la parte <u>emocional</u> , ni <u>física</u> ,	la salud es lo que te va a dar a ti, es como un complemento, como te digo yo no diría que salud es estar saludable, no porque yo puedo estar muy bien pero si hay <u>algo</u> que me está <u>afectando</u> <u>no</u> estoy <u>saludable</u> entonces	Que <u>no se enferme</u> , que la <u>promoción</u> y la <u>prevención</u> sea el ideal, que esa persona <u>aprenda a cuidarse</u> .	<p>Ausencia de enfermedad. Equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu</p> <p>Estado de bienestar Sin perturbación espiritual, emocional o física</p> <p>Sin afecciones</p> <p>Libre de enfermedad Debe promoverse Mantenerse mediante la</p>

					prevención Aprender a cuidarse
Enfermedad	Es un <u>estado en que el individuo se encuentra, pero con ayuda puede mejorar</u> . Es algo <u>físico</u> pero que con <u>ayuda de la parte mental se pueda recuperar</u>	La enfermedad es el <u>estado patológico</u> de un individuo. Oséa del organismo puede ser de X órgano o de toda la parte orgánica, Cuando una persona la tiene instalada y uno se lo presentan así en primer plano, uno visualiza que tipo de <u>enfermedad</u> tiene, que tipo de <u>individuo</u> tengo porque también yo tengo que conocer toda aquella parte educativa o <u>nivel educativo</u> que tenga el paciente, para yo <u>saberlo abordar</u> , porque a lo mejor si yo le hablo con una terminología el no	La enfermedad la definiría como una <u>alteración</u> , pero tampoco es una alteración de que me duele la cabeza, estoy enfermo es como una <u>interrupción</u> , es como que <u>estoy bien y de repente algo me afectó</u> . Requiere <u>cuidado</u> óptimo para poder <u>evolucionar satisfactoriamente</u>	La enfermedad deberíamos verla como la acción que <u>interrumpe el bienestar</u> de una persona, un <u>desequilibrio</u> que puede ser <u>momentáneo</u> o <u>crónico</u> , en el caso de las enfermedades crónicas pues; pero la debemos ver como un <u>desequilibrio</u> en la salud de la persona, de su bienestar, de ese usuario, y por ser un <u>desequilibrio</u> , la <u>prevención</u> sería lo ideal, para que este ser si se enfermase, no fuese tan <u>grave</u> , tan brusco y que si de hecho le va a ocurrir esa	Afección física que con ayuda logra mejoría Con ayuda mental se puede recuperar Estado patológico Considerar la enfermedad, el individuo, el nivel educativo Alteración Interrupción Afección Pasar de un estado de bienestar a una afección Requiere de cuidado Interrupción del Bienestar Desequilibrio momentáneo o crónico Su aparición o gravedad se evita

		<p>me va a entender, entonces yo tengo que saber que tipo de paciente tengo, que tipo de patología tengo para abordarlo y la enfermedad, para poder aplicar esos cuidados.</p>		<p>enfermedad, porque tiene predisposición, por la <u>genética</u>, por lo que son los <u>antecedentes familiares</u>, pues <u>sepa asumirlo</u> y no sea tan duro, tan brusco, pueda <u>asumirlo</u>, y pueda <u>de alguna manera saberlo llevar</u>, sea más llevadero pues. <u>Hasta que se interrumpe esa salud</u>, de hecho cuando uno le interroga, le dices, cuando tu valoras el patrón de Manejo y percepción del estado de salud y le dices cuales son esas <u>prácticas de salud</u> que ustedes hacen? <u>Ninguna</u>, pero como se cuidan? Contestan yo <u>voy para el</u></p>	<p>mediante prevención Depende de predisposición genética y antecedentes Estado que requiere aceptación y afrontamiento Interrupción de la salud Falta de prácticas de Salud Búsqueda de ayuda médica solo cuando aparece la enfermedad Consecuencia de la ausencia de medidas de prevención y control Tendencia a auto-meducarse. Consecuencia de automedicación</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>médico cuando <u>me enfermo</u> Esa es una constante que el paciente te diga. Nosotras mismas pues como enfermeras, “mira me duele la muela que me tomo, mira tengo una infección en la garganta <u>que me tomo</u>, ah tomate tal cosa.</p>	
--	--	--	--	---	--

Cuadre 9: Conceptos paradigmáticos según la percepción de las enfermeras

Códigos preliminares	Códigos conceptuales	Categorías	Propiedades	Dimensiones	Interpretación
<p>Ayuda Que aplica no solo la técnica terapéutica Demuestra habilidades Es Observadora Tiene capacidad para percibir y solventar necesidades del paciente Darse a conocer ante el paciente por sus acciones y resultados Administra tratamiento Cuidar al paciente. Persona responsable Con sentimientos</p>	<p>Descripción de conductas humanas desarrolladas por la persona que aplica el cuidado humano en enfermería. Referidas al ser, hacer y conocer</p>	<p>Habilidades referidas al hacer (técnicas) Habilidades referidas al ser (humanas)</p>	<p>Aplicación de técnicas relacionadas con los procedimientos. Relación interpersonal y grupal</p>	<p>Ayuda. Cumple cuidados y procedimientos aplicando técnicas terapéuticas Valora las condiciones y necesidades Ejecuta acciones para solventar necesidades Capacidad de comunicarse</p>	<p>El profesional de enfermería es una persona que desarrolla conductas humanas referidas al ser, hacer y conocer para proporcionar cuidados que implican habilidades técnicas: dirigidas a cumplir procedimientos utilizando las técnicas terapéuticas, la ayuda necesaria, valorando condiciones y necesidades ejecutando acciones que le permiten solventar necesidades. Habilidades</p>

<p>Sincera Humilde Comprometida Emprendedora Dispuesta Respetuosa de la dignidad de la otra persona, Respetuosa de la autonomía de la otra persona Espiritualidad Sensible Presentable Ser más humana Táctica Toca transmitiendo sanación Suave Cálida Hablar con el paciente Mirar al paciente Cuidar los Gestos Tono de voz agradable Busca hacer</p>			<p>Aplicabilidad</p>	<p>Toca Suave Táctica Cálida Utiliza tono de voz agradable Cuidar los Gestos Ser responsable Ser respetuoso Ser sensible Mostrar Humildad Mostrar compromiso (Ser proactivo, emprendedor) Mostrar disposición Tener espiritualidad Ser más humana Actuar en función del otro</p>	<p>humanas: Mediante una relación interpersonal y grupal en la cual es capaz de comunicarse efectivamente con el ser humano que demanda cuidados y con la familia, mostrando una conducta ética y moral con valores como la responsabilidad, el respeto, la sensibilidad, la humildad, el compromiso, la disposición, la espiritualidad, el humanismo para actuar como una persona emprendedora, y dispuesta en función del otro con la presencia que esto envuelve y Habilidades conceptuales que les permiten la</p>
--	--	--	----------------------	---	--

<p>feliz al otro Busca el bien del otro</p> <p>Con conocimiento Dispuesta para la actualización Ser crítica Organizada</p>		<p>Habilidades conceptuales (conocer)</p>	<p>de las ideas, conceptos, teorías y abstracciones</p>	<p>Tener presencia</p> <p>Conocer y Comprende las funciones de la organización.</p> <p>Disposición para la actualización y los cambios.</p> <p>Utiliza el pensamiento y el razonamiento.</p> <p>Diagnostica situaciones.</p> <p>Implementa alternativas de soluciones de problemas</p> <p>Evalúa acciones mediante resultados</p>	<p>aplicabilidad de las ideas, conceptos, teorías para comprender la función propia y de la organización, mantenerse en constante actualización, disposición para el cambio y utilizando el pensamiento y el razonamiento crítico en el, diagnostico de situaciones para implementar alternativas de solución a los problemas fundamentadas en el conocimiento y evaluar sus acciones y resultados en función del otro.</p>
--	--	--	---	---	---

<p>Ser Humano Integro con necesidades humanas Ser que entrega su vida bajo mi cuidado Que depende de Cuidados Con componente físico, psíquico, emocional Que tiene un entorno Ente holístico Un todo Es el centro de nuestro hacer Preferencia por el término usuario, persona, individuo Considerar el nivel de dependencia Entorno familiar Sensación de</p>	<p>Concepción de persona enferma según su condición humana y expectativas.</p>	<p>Descripción de la persona o beneficiario del cuidado</p>	<p>Condición humana</p> <p>Expectativas del ser</p>	<p>Ser humano integro con necesidades humanas. Con componente físico, psíquico y emocional. Que depende de los cuidados. Ente holístico que se mueve en un entorno. Centro del hacer de enfermería. Términos de referencia: (usuario, persona, individuo. Cuidados</p>	<p>Persona enferma concebida según la condición humana y sus expectativas: a quien se le considera en un enfoque de integralidad como un ser con necesidades humanas afectado en su aspecto físico, psíquico y emocional, que depende de cuidados en su entorno holísticos, que constituye el centro o razón de ser del profesional de enfermería y que bajo el enfoque humanístico deja de ser paciente para ser llamado persona, individuo o usuario con expectativas de atención, suministro de</p>
---	--	---	---	--	--

<p>inseguridad Que espera ayuda Espera ser bien atendido Que espera que lo cuiden Que quiere estar informado Con prontitud Que se perciban y solventen sus necesidades Requiere que se le fomente el autocuidado Ser reincorporado a la sociedad y a su quehacer diario Espera su mejoría Espera irse saludable Espera sentir afecto Que espera lo mejor de mí. Respeto a la dignidad</p>			<p>que demanda cuidados</p>	<p>Ayuda Atención Información Prontitud Percepción y solución de sus necesidades Trato afectivo y amable Respeto a su dignidad Comportamiento ético. Conocimiento. Mejoría. Fomento del autocuidado. Reincorporación a la sociedad y a su quehacer diario saludable.</p>	<p>información, prontitud en la ayuda y en la percepción y solución de sus necesidades, que merece un trato afectivo, amable, respetuoso, ético y, con conocimiento que le permita alcanzar su mejoría, aprender a Autocuidarse para reincorporarse a la sociedad y a su quehacer diario recuperando y manteniendo la salud y la vida.</p>
---	--	--	-----------------------------	--	--

Espera comportamiento ético Espera conocimiento Trato amable Actuación benevolente, con el corazón.					
Ausencia de enfermedad. Equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu Estado de bienestar Sin afecciones Libre de enfermedad Debe promoverse Mantenerse mediante la prevención Aprender a cuidarse	Concepción de salud	Estado de la persona que implica equilibrio y requerimientos para su mantenimiento	Equilibrio Requerimiento	Equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu. Estado de Bienestar y ausencia de enfermedad. Promoción Prevención Cuidado Autocuidado	La salud es concebida a partir del equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu o entre el estado de bienestar y la ausencia de enfermedad que requiere promoción, prevención, cuidado y autocuidado para recuperarse y mantenerse.
Afección física que con ayuda logra mejoría Con ayuda	Concepción de enfermedad.	Estado de la persona que implica	Condición de la persona	Afección física o mental. Interrupción de la	La enfermedad es una condición de afección física o mental producto de un

<p>mental se puede recuperar Estado patológico Depende de factores como la enfermedad, el individuo, el nivel educativo. Alteración Interrupción del bienestar Pasar de un estado de bienestar a una afección Desequilibrio momentáneo o crónico Su aparición o gravedad se evita mediante prevención Depende de predisposición genética y antecedentes Estado que requiere aceptación y afrontamiento</p>		<p>condición de la persona, requerimiento, factores influyentes y ser consecuencia de</p>	<p>Requerimientos</p> <p>Factores influyentes</p>	<p>salud y el bienestar. Desequilibrio momentáneo o crónico. Pasar de un estado de bienestar a un desequilibrio. Ayuda. Aceptación y afrontamiento. Tipo de enfermedad. Individuo. Nivel educativo. Nivel económico. Predisposición genética y antecedente</p>	<p>desequilibrio que interrumpe la salud y el bienestar momentáneo o crónico de la persona que requiere de la ayuda de otro y la aceptación y afrontamiento, que se presenta cuando existen factores influyentes como el tipo de enfermedad, las características individuales, el nivel educativo y la predisposición genética y antecedentes o puede ocurrir como consecuencia de la acción como falta de prevención y control, falta de prácticas de salud y automedicación.</p>
--	--	---	---	--	--

<p>Interrupción de la salud</p> <p>Falta de prácticas de Salud</p> <p>Búsqueda de ayuda médica solo cuando aparece la enfermedad</p> <p>Consecuencia de la ausencia de medidas de prevención y control</p> <p>Consecuencia de automedicación</p>			<p>Consecuencia de acciones</p>	<p>Falta de prevención y control.</p> <p>Falta de prácticas de salud.</p> <p>Automedicación</p>	
--	--	--	---------------------------------	---	--

Conceptos paradigmáticos según la percepción de las enfermeras:

Una vez analizadas las categorías emergentes según las áreas en estudio se considera necesario describir los paradigmas de la profesión de enfermería según los datos desde el enfoque del cuidado humano. Obteniéndose que las informantes, consideran:

1.-El profesional de enfermería: es descrito según su función y se han agrupado como el desarrollo de **habilidades humanas, habilidades técnicas y habilidades conceptuales.**

Las habilidades humanas: *“Persona responsable, con sentimientos, sincera, humilde, comprometida, emprendedora, dispuesta, respetuosa de la dignidad de la autonomía de otra persona, dotada de espiritualidad, sensible, presentable, ser más humana, táctica, toca transmitiendo sanación, suave, cálida, hablar con el paciente, mirar al paciente, cuidar los gestos, tono de voz agradable, busca hacer feliz al otro, busca el bien del otro”* todas estas habilidades humanas descritas definen a la enfermera como una persona con cualidades humanas, éticas y valores indispensables para la práctica del cuidado humano.

Las habilidades técnicas: se reflejan en los datos como: *“ayuda, aplica no solo técnicas terapéuticas, demuestra habilidades, es observadora, tiene que tener capacidad para percibir y solventar necesidades, debe darse a conocer a sus pacientes por sus acciones y resultados, cuida al paciente y administra tratamiento:*

Y finalmente las habilidades conceptuales: que según estos datos la enfermera requiere de *“conocimiento, disposición para la actualización, capacidad crítica y ser organizada”*. Ya se ha mencionado la necesidad de integrar el conocimiento en la práctica; lo que permite la criticidad y la capacidad para razonar o fundamentar la

acción, la constante actualización permite mantenerse al día con el desarrollo del conocimiento y las nuevas tecnologías.

(Chiavenato, 2006) define la habilidad como la capacidad de transformar conocimiento en acción, que resulta de un desempeño esperado”. Tales habilidades son clasificadas por este autor como: **habilidades técnicas**: “las que incluyen el uso de conocimientos especializados y la facilidad para aplicar técnicas relacionadas con el trabajo y los procedimientos”. En este caso los profesionales de enfermería requieren mostrar conocimientos en la incorporación de **Habilidades Humanas**: “se relaciona con el trato de las personas y se refieren a la facilidad de relación interpersonal y grupal. Incluyen la capacidad de comunicarse, de motivar, coordinar, dirigir y resolver conflictos personales o grupales”. Esto explica la mayor cantidad de frases expresadas en los datos cuando las informantes tratan de describir a la enfermera a partir de la concepción del cuidado humano atribuyendole cualidades que permiten la interacción humana. Las habilidades técnicas constituyen el desarrollo de capacidades para la aplicación de los procedimientos que el profesional de enfermería debe realizar con el fin de determinar y dar respuestas a la necesidad de ayuda del paciente. **Habilidades conceptuales**: “Implica la facilidad de trabajar con ideas, conceptos, teorías y abstracciones” (p. 3).. Esto les permite a los profesionales de enfermería comprender su función a partir de los objetivos de la organización, utilizar el pensamiento, el razonamiento crítico, el diagnóstico de situaciones o de necesidades y limitaciones del paciente y la formulación de las acciones indicadas para la resolución de los problemas del paciente.

Según la filosofía de Wiendenbach descrita en (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2002) “Las habilidades representan la capacidad de la enfermera para alcanzar los resultados esperados, comprenden numerosas y variadas acciones caracterizadas por la armonía del movimiento, la expresión y la intención, la precisión y el uso apropiado del yo” (p. 84).. Estas acciones se realizan con la intención de lograr objetivos concretos y las clasifica como habilidades de

procedimientos y de comunicación (que en este estudio se denominan habilidades técnicas y humanas).

2.- La concepción de persona enferma las informantes la definen según los datos en dos propiedades la condición humana y sus expectativas: según la **condición humana** los datos agrupados fueron “*Ser Humano integro con necesidades humanas, ser que entrega su vida bajo mi cuidado, depende de Cuidados, con componente físico, psíquico, emocional, que tiene un entorno, ente holístico, un todo, es el centro de nuestro hacer, preferencia por el término usuario, persona, individuo, considerar el nivel de dependencia, entorno familiar, sensación de inseguridad*”. Y las **expectativas** según los datos son “*espera ayuda, ser bien atendido, espera que lo cuiden, quiere estar informado, atención con prontitud, que se perciban y solventen sus necesidades, requiere que se le fomente el autocuidado, ser reincorporado a la sociedad y a su quehacer diario, espera su mejoría, espera irse saludable, espera sentir afecto, espera lo mejor de mí, respeto a la dignidad, espera comportamiento ético, espera conocimiento, trato amable, actuación benevolente, con el corazón*”.

La persona enferma considerada a partir de su la condición humana como un ser con necesidades de índole físico, psíquico, emocional a quien como ser holístico, integral se le considera su entorno social y familiar que entrega su vida al cuidado y como tal. El hacer de enfermería estará en función de él contemplado como usuario del servicio, individuo o persona. La condición humana es definida por (Arenas & Lorenzini, 2011) como “un proceso de adquisición, construcción e intercambio de valores, creencias, sentimientos y actitudes dentro del cual se inscriben todos los seres humanos que determinan un modo de vida en un tiempo y contexto cultural determinado”.

Los datos reflejan dicha condición como una serie de características que integran tales valores, creencias sentimientos y actitudes que lo conforman en un ente

holístico con necesidades humanas, que se desarrolla en un entorno social y familiar cuyo valor principal es la vida y para su conservación o mantenimiento depende de cuidados.

En relación a las expectativas como elemento importante, que debe tener presente el profesional de enfermería basado en la filosofía de cuidado humano para actuar en función de lo que el otro espera. Como es la ayuda, buena atención, cuidados, información, atención con prontitud, satisfacción de necesidades, fomento del autocuidado, ser reincorporado a la sociedad y a su quehacer diario, mejoría, ser tratado con amabilidad y afecto, respeto a la dignidad, espera comportamiento ético, espera conocimiento benevolencia. Estar claro de lo que espera el otro, permite contar con una guía para la acción, lo que permite orientar el cuidado hacia la satisfacción de necesidades y expectativas de la persona que demanda cuidados de enfermería.

3.- Concepción de Salud: Para las informantes la salud es concebida según lo reflejado en los datos como un equilibrio: *“Ausencia de enfermedad, equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu, estado de bienestar, sin afecciones, libre de enfermedad”* con requerimientos como: *“promoción, mantenerse mediante la prevención, y debe aprender a cuidarse.* Definirla como un equilibrio es estar consciente de que en cualquier momento es susceptible de perderse y en un sentido más amplio no es solo una alteración corporal, sino que se considera la integralidad del ser humano al complementar el equilibrio del cuerpo, la mente y el espíritu lo que conlleva a proporcionar los cuidados físicos, emocionales y espirituales y para la recuperación o mantenimiento del equilibrio se requiere la proporción de cuidados, la promoción de medidas saludables, la prevención y el aprender a Autocuidarse.

4.-Concepción de enfermedad: de acuerdo con los datos la enfermedad puede ser definida según las propiedades: condición de la persona, requerimientos, factores influyentes y como consecuencia de las acciones.

En cuanto a la condición de la persona los datos afirman: *“afección física que con ayuda logra mejoría, con ayuda mental se puede recuperar, estado patológico, alteración, Interrupción del bienestar, Pasar de un estado de bienestar a una afección, Desequilibrio momentáneo o crónico”*. Requerimientos: *“su aparición o gravedad se evita mediante prevención, aceptación y afrontamiento”*. Entre los factores influyentes los datos indican *“el tipo de enfermedad, el individuo, el nivel educativo, la predisposición genética, antecedentes”*. Consecuencia de: *“falta de prácticas de Salud, búsqueda de ayuda médica solo cuando aparece la enfermedad, ausencia de medidas de prevención y control, automedicación”*.

Considerando los datos la enfermedad es una condición de afección física y mental producto de un desequilibrio que interrumpe la salud y el bienestar momentáneo o crónico que conlleva a la persona a la búsqueda de ayuda de otro posterior a la aceptación y afrontamiento de su estado, que se presenta cuando existen factores influyentes como el tipo de enfermedad, las características individuales, el nivel educativo y la predisposición genética y antecedentes o puede ocurrir como consecuencia de la acción cuando existe falta de prevención y control, falta de prácticas de salud y automedicación.

Teorizantes de enfermería que complementan la descripción de los conceptos paradigmáticos planteados.

A continuación se describen algunas teorizantes presentadas por (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2002) que permiten conocer los quienes destacan los conceptos de persona, entorno, salud, enfermedad y Enfermería como elementos paradigmáticos generados alrededor de la práctica de Enfermería y han contribuido en la cientificidad de esta profesión, como un aporte desde diferentes perspectivas teóricas, producto de la experiencia y de la investigación, que consolidan un cuerpo teórico de conocimientos y retroalimentan el quehacer profesional.

Con la introducción de estos conceptos se permitió una mejor comprensión del desarrollo del conocimiento en enfermería y la concepción paradigmática de las informantes en relación con estos conceptos se ajustan con las concepciones de tales teorizantes de enfermería, que se a continuación se presentan.

(Henderson, 1994) es considerada como la primera teorizante que describe la función de enfermería, apoyada en Florencia considera que “la enfermera se ocupaba en esencia del cuidado que ameritaba la persona, sin embargo al describirse la función de la enfermería e iniciarse la enfermería moderna para la época, las condiciones en que se desarrollaba la enfermería limitaron el desarrollo e independencia como profesión. Henderson al definir la función de enfermería; reconoce algunas autoras que la precedieron en su definición. En 1933 Effie J Tylor planteó la definición de enfermería como “la adaptación de la terapia prescrita y el tratamiento preventivo a cada individuo según sus necesidades físicas o psíquicas específicas”, además de que “la verdadera naturaleza de la enfermería solo puede transmitirse a través de ideales, amor, simpatía, conocimiento y cultura, expresados mediante la práctica de procedimientos artísticos y relaciones humanas” (p. 2).. Definición que fue considerada muy amplia.

Continuando con los esfuerzos por definir el ejercicio de la enfermería fue hasta 1955, cuando la junta de la American Nurses Asociation aprobó la definición de la práctica de enfermería propuesta por su comité de legislación, la cual siguió siendo la versión oficial en 1962, su fin es reflejar el trabajo práctico de la enfermería.

1.- el ejercicio de la enfermería profesional supone el desempeño remunerado de cualquier trabajo durante la observación, cuidado y consuelo del enfermo, herido o inválido, o en el mantenimiento de la salud o la prevención de enfermedades ajenas, o en la supervisión y enseñanza del personal y en la administración de medicamentos y tratamientos prescrito por un médico o dentista autorizado. Requiere capacidad de juicio y cualidades especiales basadas en el conocimiento y aplicación de los

principios de las ciencias biológicas, físicas y sociales. Lo anteriormente dicho, no puede considerar incluido los actos de diagnóstico o prescripción terapéutica o medidas correctivas.

2.- el ejercicio de la enfermería práctica supone el desempeño remunerado de cualquier trabajo escogido en el cuidado del enfermo, herido o inválido bajo la dirección de una enfermera profesional titulada o un médico o dentista autorizado y no requiere de cualidades especiales, el juicio y el conocimiento necesario en la enfermería profesional.

Estas definiciones contienen los diferentes niveles de formación, en el cual el nivel más bajo se limitaba al cuidado bajo supervisión y el nivel profesional incluye la supervisión, la enseñanza y la capacidad de juicio y conocimiento en otras ciencias. Además del cuidado señala cualidades humanísticas de observación, y el apoyo en el consuelo del enfermo, incluye la prevención, el cumplimiento de la terapéutica.

Virginia Henderson es considerada pionera en la filosofía humanística y existencialista. Propuso su primera definición de enfermería en 1958, cuando preparó un pequeño boletín de enfermería básica para el Nursing Service Committee of the International Council el cual fue publicado en 1961. Tal como se describe a continuación:

La función singular de la enfermería es **asistir** al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que **contribuyen a su salud** o su **recuperación** (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la **fuerza, la voluntad, o el conocimiento** necesarios. Y hacer esto de tal manera que le **ayude a adquirir independencia** lo más rápidamente posible. Esta parte de su función, ella la inicia y controla, ya que es en lo que está especializada. Además ayuda al paciente a seguir su **plan terapéutico** tal como fue iniciado por el médico. Así mismo y como

miembro del equipo médico ayuda a otros miembros, como ellos a su vez la ayudan a ella a planificar y seguir el programa completo ya sea para la **mejora de la salud, la recuperación de una enfermedad o el apoyo en caso de muerte**. Nadie del equipo debe pedir a otros miembros cosas que sea incapaz de realizar. Ni ningún miembro del equipo médico deberá distraerse en actividades no médicas como limpiar, hacer tareas administrativas o archivar papeles si para ello debe descuidar sus obligaciones especiales, todos los miembros del equipo deben considerar a la persona (paciente) como la **figura central** y deben comprender que ante todo están “atendiéndole”. Si el paciente no entiende, acepta y participa en el programa elaborado con él y para él, el esfuerzo del equipo médico se desaprovecha en gran parte. Cuanto antes pueda cuidarse la persona, busque información relacionada con la salud, o incluso lleve a cabo el tratamiento prescrito, mejor se encontrará.

Este concepto de la enfermera como un **sustituto** de lo que le falta al paciente para que se sienta “**completo**” “entero” o “**independiente**” debido a la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento puede parecer limitado para algunos. Cuanto más piensa uno en ello, sin embargo más compleja parece ser la función de la enfermera tal y como la hemos descrito. Piénsese en lo extraño que es el ser “completo” o “entero” física y mentalmente: el hecho de determinar hasta que punto la salud es hereditaria o hasta que punto se adquiere es un asunto controvertido, aunque se acepta, por lo general, que la inteligencia y el nivel cultural tienden a ser paralelos al estado de salud. Si el hombre encuentra que tener una “buena salud” es un objetivo difícil de alcanzar, más difícil es todavía para la enfermera ayudarlo a alcanzarlo. Ella debe de algún modo, “meterse en la piel de cada uno de sus pacientes para poder saber qué es lo que necesitan. Ella es temporalmente el consciente del inconsciente, el amor a la vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y confianza para la joven madre, la boca para aquellos tan débiles o introvertidos que no pueden hablar, etc.

Esta definición de Virginia Henderson explica el “**desarrollo de un rol complementario y suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas a través de cuidados básicos de enfermería**” y clarifica la función de la enfermera como “profesional independiente, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con el resto del equipo de salud”. **Envuelve la ayuda y el apoyo en la satisfacción de necesidades además de las habilidades de conocimiento requeridas para el cumplimiento de la función de enfermería.**

Los postulados expresados por Henderson en relación a la enfermería y su función siguen vigente y tiene similitud con la concepción de enfermería de las informantes, quienes la consideran como una función fundamentada en la ayuda realizando procedimientos terapéuticos además del desarrollo de las habilidades técnicas y conceptuales para percibir y solventar o suplir y complementar necesidades y actuando en función del otro, como el centro del cuidado, en busca de su independencia, que se da en una relación de comunicación con la **persona**, (ya dándole carácter humano al cuidado y el cambio del término paciente por la persona), y con el grupo de trabajo. Considera el ser completo con necesidades físicas y mentales y desde el enfoque de cuidado humano habla de meterse en la piel del paciente como es el considerar las necesidades del otro desde mis propias necesidades, es ponerse en el lugar del otro. Y las habilidades de conocimiento y la capacidad de hacer juicios. Considerando de importancia lo que refleja el trabajo de un equipo donde cada quien tiene funciones específicas y ninguno debe invadir el espacio del otro. Expresa además que los cuidados básicos que están dirigidos a ayudar a las personas en las actividades de satisfacción de las 14 necesidades.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Rendir culto según sus propias creencias
12. Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Jugar y participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.

Esta autora Sugiere que “la enfermera debe asegurarse que la persona reciba la ayuda que requiere, la considera un complemento del paciente, dándole lo que necesita en cuanto a conocimiento, voluntad o fuerza para llevar a cabo sus actividades diarias y seguir el tratamiento prescrito por el médico”.

En un concepto “más personal” Henderson hace énfasis en la necesidad de asistencia universal, y en la preparación de los ciudadanos para poder valorar sus necesidades y poder ayudarse a si mismo de forma eficaz. Ve el papel de la enfermería basado en dar los “primeros cuidados sanitario, hacer diagnóstico y prescribir tratamiento cuando no se dispone de un médico y atender partos (haciendo funciones de comadrona). Visionaba a Las enfermeras como los médicos generales del futuro y hacia hincapié en el grado hasta el cual no solo los médicos y las enfermeras, sino todo el personal sanitario, comparten la responsabilidad de prestar cuidados sanitarios, particularmente en aquellas áreas más desatendidas. Resalta la importancia del historial sanitario utilizando la tecnología disponiendo de él incluso los usuarios grabarlos en un microchip. Y consideraba necesario ahora más que

ayudar a la persona a morir dignamente resaltar la importancia de prolongar la vida con independencia de su utilidad. Esta definición está influida por los avances tecnológicos, la política, un mayor nivel de conocimiento de los profesionales y el contexto internacional y legal.

Virginia Henderson definió los conceptos paradigmáticos de enfermería de la siguiente manera:

Considera que cada enfermera debería desarrollar su propio concepto de enfermería a partir de sus experiencias prácticas. Puesto que su definición surgió de sus observaciones en las instituciones hospitalarias. Definiendo la **enfermería**: según su función, la cual radica en ayudar y apoyar al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación y más que ayudar a la persona a morir dignamente ayudar a prolongar la vida con independencia de su utilidad. La función de enfermería cumple un rol suplementario y complementario dirigiendo el cuidado hacia la satisfacción de las 14 necesidades básicas utilizando el conocimiento y el juicio crítico.

La **salud**: es la fuerza, voluntad para el logro de la independencia. Y para su mantenimiento se requiere de conocimientos.

El **entorno**: se apoyó en otros autores para considerarlo como las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo. Considera el entorno cuando plantea como objetivo de enfermería “el mantener a los pacientes en una situación lo más parecida a la suya propia”. Es decir al entorno al que está acostumbrado, Sin privar a las personas de lo que más valora, el amor, la aceptación, una ocupación fructífera refiriéndose a su entorno familiar, social y laboral.

Persona: individuo que precisa ayuda para recuperar la salud para prolongar la vida con independencia de su utilidad, Es considerado además un ser completo con un nivel cultural y con conocimientos.

Enfermedad: como la falta de conocimiento, voluntad o fuerza para llevar a cabo sus actividades diarias y requiere seguir el tratamiento prescrito por el médico.

Dorothea Orem: La teoría del déficit del autocuidado.

Esta es considerada una teoría general, la cual se dio a conocer en la década de los 1950 y se formalizó y publicó en 1972, su idea central es que las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud”. Estas limitaciones convierten a los individuos completamente o parcialmente incapaces de cuidarse, una vez identificada su nivel de capacidades e incapacidades, propone los métodos de ayuda para la comprensión del paciente en el autocuidado.

Su teoría proporciona una forma de **estructurar la práctica** y aplica para gran variedad de personas en situación de déficit de salud y en todos los grupos de edades. Define el autocuidado como una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. “El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estado de salud, características específicas de la salud o estado de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

La **enfermera:** “tiene una preocupación especial, la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración de modo continuo, para

sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos”. La enfermera mantiene y administra el autocuidado necesario de modo continuo en personas totalmente incapacitadas, en otras circunstancias ayudan a las personas a mantener el autocuidado necesario por el hecho de llevar a cabo algunas medidas de cuidado cuando la limitación es parcial o supervisa y dirige a otros que asisten a los pacientes mediante el apoyo y la enseñanza.

(Orem, 1983) hace énfasis en el trabajo principal de la enfermera como: “suministrar los cuidados propios de ella de acuerdo con las necesidades al asumir la responsabilidad para el autocuidado”. Para lo que requiere conocimiento, el cual es “continuamente formulado y validado por el trabajo de teóricos, investigadores de enfermería y programadores de tecnología, de técnicas y reglas prácticas en enfermería”.

Persona: es un individuo con requisitos de autocuidado.

Enfermedad: cuando no se mantiene el autocuidado por ausencia de la capacidad para tal mantenimiento, sobreviene la enfermedad, el malestar o la muerte.

Salud: es la capacidad del individuo para mantener su autocuidado.

Orem resalta entre ocho requisitos de autocuidado referidos a necesidades humanas a las cuales van dirigidos los cuidados cuando surge la incapacidad.

1. Mantenimiento de una ingesta suficiente de aire.
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de comida.
4. Provisión de cuidados asociados a procesos de evacuación y excrementos.
5. Mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso.
6. Mantenimiento de un equilibrio entre soledad y comunicación social.

7. La prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano.

La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal. La normalidad se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y con el talento de los individuos.

Orem también dirige las acciones de enfermería a la satisfacción o cumplimiento de tales requisitos que en líneas generales no es más que las necesidades de índole físicas o básicas para el mantenimiento de la vida, las necesidades sociales que implican las relaciones de afiliación y comunicación con otras personas, las necesidades psicológicas o de sensación de seguridad y prevención de peligros y de autorrealización y desarrollo humano. Las cuales el individuo debe ser capaz de satisfacer por sí mismo; pero si existe o surge la limitación o incapacidad la enfermera activa su acción como sistema de complemento o compensatorio bien sea de forma parcial, total o apoyo educativo que los conlleva a recuperar los cuidados de sí mismo.

Jean Watson: filosofía y ciencia del cuidado

Esta autora se apoyo en las ciencias y en las humanidades ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. Considera que es esencial “una base sólida en humanidades para el proceso de cuidado holístico de los pacientes” dice que cree que el estudio de humanidades expande la mente y aumenta las habilidades para pensar y el crecimiento personal. El aporte de Watson que se inicia a partir de 1979 en la búsqueda de una nueva definición o significado a la enfermería y al cuidado del paciente, además de intentar clarificar el proceso del cuidado humano

en enfermería, preservar el concepto de persona en la ciencia de enfermería y mejorar nuestra contribución a la sociedad.

Esta autora comparte con otras teorizantes, tales como Martha Rogers las cualidades a desarrollar durante las relaciones interpersonales y transpersonales como la empatía y la calidez en lo que la enfermera deba hacer énfasis y en lo cual coincide con estas teorizantes que en la aplicabilidad de la filosofía de cuidado humano debe prevalecer la **comprensión** de la conducta humana observada durante el cuidado en lo cual las directrices de tal cuidado estarán dirigidos más hacia las expectativas del cliente puesto que es la persona que demanda cuidados quien conoce sobre su dolencia, sus necesidades, sus limitaciones o incapacidades y su propio objetivo de cuidado. Por el contrario una relación de cuidado cuyo objetivo esté dirigido al cumplimiento de normativas institucionales conlleva a resultados menos efectivos, se muestra menos interés por el paciente, y va más dirigido al desarrollo de un trabajo rutinario y menos humanizado.

La enfermera tiene una responsabilidad que “va más allá de sus 10 factores de cuidado hacia facilitar el desarrollo del cuidado en el área de promoción de salud mediante acciones preventivas a través de la enseñanza de cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.

(Watson, 1988), consideró los conceptos paradigmáticos:

El entorno en el sentido físico, sociocultural y espiritual.

La persona con su componente de valores, humanos y espirituales, su capacidad para expresar sentimientos.

La salud como la capacidad de satisfacer las necesidades y la importancia de la promoción y prevención para mantenerla.

Patricia Benner:

La **enfermería** la define como una relación de cuidado, “una condición que facilita la conexión y el interés. El cuidado establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado. Es la práctica del cuidado cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad. Considera las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos. Las enfermeras cuidan el cuerpo y ayudan en el rol de incorporación en las situaciones de salud, enfermedad y recuperación.

Persona: la define según el planteamiento de Heidegger como “un ser autointerpretativo, es decir, la persona no viene al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales. La persona también posee una comprensión fácil y no reflexiva de la identidad en el mundo”. Considera que la persona se encuentra en un cuerpo. Conceptualiza los principales aspectos de la comprensión con los que la persona debe tratar: de la situación, del cuerpo, el rol de los problemas personales y de la temporalidad. Todos estos aspectos de la persona ayudan a situarla en el mundo.

La salud: para definirla se apoya en el trabajo de Heidegger y Merleau-Ponty se centra en la forma “como se han vivido la experiencia de estar sano o enfermo, diferencian la salud del bienestar definiendo la salud como lo que puede valorarse, mientras que el bienestar es la experiencia humana de la salud o el conjunto.

Enfermedad: una persona puede tener una enfermedad y no experimentarla, ya que sentirse enfermo consiste en una experiencia humana de pérdida o disfunción mientras que la enfermedad es lo que puede valorarse físicamente.

Entorno: para definir el entorno utilizan el término “situación” con una definición y significado sociales. Utiliza los términos fenomenológicos de “estar situado y significado situado” que están definidos por la interacción, la

interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona. “Estar situado implica que una persona tiene un pasado, un presente y un futuro y que todos estos aspectos influyen en la situación actual”. “Las personas entran en situación con su propio conjunto de significados, costumbres y perspectivas”. La interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en la situación.

Las concepciones filosóficas de las teorizantes de enfermería planteadas resultan de gran utilidad, puesto que amplían el marco de los conceptos tratados por las informantes en los cuales se mantienen relaciones que permiten complementar su definición desde estas concepciones filosóficas en la construcción teórica para la práctica de enfermería basada en el cuidado humano.

Estas teorizantes hacen énfasis en las funciones específicas de la enfermera(o) y su especificidad está dirigida a las resolución de problemas y comprender la situación de salud enfermedad en la integración de los aspectos físicos, psicológico, sociales y culturales en una interacción con su entorno.

Ida Jean Orlando: teoría del proceso enfermero 1961.

Esta teoría hace énfasis en la relación entre el paciente y la enfermera, plantea como lo que los otros dicen y hacen afecta a la enfermera y al paciente, fue una de las primeras enfermeras en identificar y recalcar los elementos del proceso enfermero y la especial importancia de la participación del paciente en ese proceso. También fue una de las primeras en considerar que la profesión de enfermería es distinta e independiente de la medicina. Era de la concepción que las ordenes de los médicos se dirigían a los pacientes, pero la enfermera ayuda al paciente a llevar a cabo esas ordenes, o si el paciente es incapaz de realizarla, debe llevarlas a cabo por él y si existen datos que contradicen las ordenes del médico, las enfermeras deben impedir que los pacientes las sigan, es necesario que las enfermeras justifiquen su decisión al

médico, esto significa el criterio y el conocimiento que debe poseer el profesional de enfermería y que ya desde la teoría de Orlando se estaba planteando una enfermera con pensamiento lógico, capaces de decidir por si mismas las acciones de enfermería, sin basarse en las ordenes del médico, las normativas de la organización y las experiencias personales del pasado y más bien sus acciones se basan en las experiencias inmediatas del paciente, y sus necesidades de ayuda inmediata. Por lo tanto el objetivo de esta teoría se basó en definir un rol diferenciado de las enfermeras profesionales que proporcionaría una base para el estudio sistemático de la enfermería. En este sentido se presentan los siguientes conceptos:

La enfermería: es una profesión diferenciada que funciona con autonomía, Orlando afirmó que “la función de la enfermera profesional consiste en descubrir necesidades inmediatas de ayuda del paciente y satisfacerlas”. Y la responsabilidad de la enfermera es comprobar que “las necesidades de ayuda del paciente se satisfacen, ya sea directamente por la acción de la enfermera o indirectamente pidiendo ayuda a terceros” dividió el proceso enfermero en los siguientes elementos básicos: 1.- la conducta del paciente, 2.- la reacción de la enfermera y 3.- las acciones enfermeras, que están diseñadas para beneficiar al paciente, la interacción de estos elementos conforman el proceso enfermero. Otro supuesto de Orlando es que “las enfermeras deben ayudar a aliviar el dolor físico o mental y no aumentarlo”, el resultado final de las acciones de enfermería es la mejoría descrita como: “los medios para crecer mejor, para conseguir un beneficio o para progresar”.

La Persona: considera que los individuos tienen conductas verbales y no verbales. Estas conductas pueden visualizarse cuando las personas son capaces de satisfacer sus propias necesidades o en algunas situaciones pueden responder con angustia cuando no pueden satisfacerla, las enfermeras profesionales deben preocuparse solo por aquellas personas que no pueden satisfacer sus necesidades por si solas y mediante la comunicación periódica con ellos para determinar si existen nuevas necesidades de ayuda, sostiene que “cada paciente es único y responde de

forma individual; así como la misma conducta en pacientes distintos puede indicar necesidades diferentes.

La Salud: asumía que la ausencia de problemas mentales, físicos y sentimientos de adecuación y de bienestar contribuían a conseguir la salud. “los sentimientos de adecuación y de bienestar que provienen de las necesidades satisfechas mejoran la salud... y la experiencia continuada de recibir ayuda culmina a largo tiempo en niveles superiores de mejoría”.

Entorno: no fue definido en la teoría, sin embargo la relación enfermera paciente que se da en un entorno terapéutico o de ayuda en el cual la enfermera y el paciente se perciben, se piensan, se sienten y actúan de forma inmediata. Y los pacientes pueden reaccionar con malestar a un elemento del entorno que en principio estuviera diseñado con un propósito terapéutico o de ayuda.

Joyce Travelbee. Modelo de relación de persona a persona. 1966 Travelbee consideraba según (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2002) que el cuidado de enfermería carencia del sentimiento de compasión en las instituciones psiquiátricas. Esta teoría estuvo influenciada por Ida Orlando quien fue su profesora, por lo cual comparte muchas similitudes. Considera el término paciente como un “estereotipo útil para la economía negándose al término “no hay pacientes, solo hay personas humanas que necesitan cuidado, servicio y ayuda de otro seres humanos” que al parecer, pueden ofrecer la ayuda necesaria”. En esta teoría los conceptos básicos se definen de la siguiente manera:

La enfermera: como un ser humano que “goza de un cuerpo de conocimiento especializado y de la capacidad de utilizarlo, con el objetivo de ayudar a otro ser humano a prevenir enfermedades, recobrar la salud, encontrar el significado de su enfermedad o mantener el máximo grado de salud”.

La Persona: se define como ser humano donde se considera tanto la enfermera como el paciente como individuo único e irremplazable que se encuentra en un proceso continuo de progreso, evolución y cambio.

La Salud: utiliza los criterios subjetivo y objetivo. El estado de salud subjetivo se refiere a “un estado individualmente definido de bienestar de acuerdo con el estado de autoaprensión en lo físico, lo emocional y lo espiritual”. La salud objetiva es una “ausencia de enfermedad, discapacidad o defecto perceptible, medido mediante un examen físico, test de laboratorio, valoración de un director espiritual o un consejero psicológico.

Entorno: no lo define de manera explícita, sin embargo considera la condición humana y las experiencias vitales con las que se encuentra todo ser humano como sufrimiento, esperanza, dolor y enfermedad.

La Salud: es el estado de bienestar que se define valora y practica culturalmente, además de reflejar la capacidad de las personas o grupos de realizar sus actividades diarias bajo un modo de vida culturalmente específico, beneficioso y estructurado.

Persona: son seres humanos provistos de una cultura que constituye sus valores, creencias, normas y modos de vida aprendidos dentro de su grupo de convivencia que guían sus pensamientos, decisiones y acciones de modo sistemático. Y que pueden experimentar carencias de cuidados enfermeros que requieren ser coherentes con sus creencias, valores y su propio modo de prestar cuidados.

Al analizar las teorías de enfermería planteadas se identifica que estas enfocan el cuidado basado en el conocimiento, en la ayuda, la interacción humana, y la capacitación de los pacientes para cumplir sus propios cuidados, el apoyo para el afrontamiento de la enfermedad y la muerte. En cuanto a la salud establecen que esta

tiene que ver con el bienestar y equilibrio crecimiento y desarrollo de las personas para el mantenimiento y conservación de la vida, la enfermedad es considerada como una condición de dependencia o limitaciones que le impide a la persona la satisfacción de necesidades y el entorno es definido como una serie de factores de interacción que influyen afectando la salud del ser humano.

CAPITULO V

CONSTRUCCIÓN TEÓRICA PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA BASADA EN EL CUIDADO HUMANO

En términos de lo complejo dialógico en los que el fin último es la construcción teórica, para la práctica basada en la filosofía de cuidado humano. Los datos reflejan que los profesionales de enfermería ven limitado el uso de las teorías de enfermería; a pesar de considerarlas como guía del cuidado. Y a su vez identifican factores que influyen en su aplicabilidad. Por otra parte la práctica ha sido caracterizada por las propias enfermeras como rutinaria, lo que trae como consecuencia insatisfacción. Sin embargo muestran expectativas favorables dirigidas a mejorar la calidad del cuidado y el logro del reconocimiento profesional y laboral que pueden lograr mediante el uso del conocimiento teórico y la adopción de una filosofía basada en el cuidado humano.

En razón de esto, ha surgido una estructura (figura 1), que permite interconectar y relacionar cada una de sus partes, que a su vez conforman un todo. En la cual la práctica se caracteriza como rutinaria, basada en la ejecución de procedimientos repetitivos dirigidas al cumplimiento de actividades en forma cronometrada o previamente reglamentadas tales como entrega y recibo de guardia, revisar hojas de tratamiento, prepararlo y administrarlo, cumplir indicaciones médicas, cumplir procedimientos básicos, como el control de signos vitales, curas de heridas, planifican acciones de forma mental y realizan registros incompletos. Además de realizar actividades según las características de los pacientes como condiciones, nivel de dependencia y necesidades a satisfacer considerando prioridades. Esta forma de desarrollar la práctica es contradictoria puesto que dicha práctica se fundamenta en la aplicabilidad de habilidades técnicas más que

habilidades conceptuales o basada en el conocimiento, lo que trae como consecuencia insatisfacción en los profesionales.

Esta insatisfacción se ve reflejada en los datos como *“la sensación de no estar haciendo las cosas bien, la mala utilización del tiempo, desinterés por el trabajo, indiferencia, pérdida de la técnica, falta de recursos o inadecuada utilización de estos, quejas de exceso de pacientes, falta de vocación, indefinición del rol, exceso de trabajo y agotamiento”*.

Los **sentimientos de insatisfacción** generan desmotivación, y las conlleva a desarrollar **expectativas** positivas como el deseo de un trabajo satisfactorio que les permita *“sentirse bien, cumplir con el deber ser, contar con insumos, con un mayor número de enfermeras en relación con el número de pacientes, trabajar en un ambiente de armonía y prestar un buen servicio”*.

Al considerar estos tres elementos: el trabajo rutinario y funcional, los sentimientos de insatisfacción y las expectativas positivas sobre la práctica refleja un caos que en la complejidad se denomina orden-desorden es decir dentro de la organización donde se desarrolla la práctica existe una desintegración que requiere reorganización descrita en la categoría que plantea una necesidad de **reestructuración de la práctica de enfermería** que genera la necesidad de **cambios**.

Tal necesidad de cambio o reestructuración de la práctica de enfermería se puede fundamentar en algunos indicadores expuestos por (Espinoza P., 2011), relacionados con las organizaciones que ameritan cambios tales como (p.37):

1. La productividad de la organización valorada como baja: En efecto el trabajo desarrollado en la práctica de los profesionales de enfermería no ha sido visualizado como parte de la productividad de las organizaciones de salud, posiblemente por una equivocada concepción con la rentabilidad, al respecto

(Chiavenato, Introducción a la teoría general de la administración, 2004), establece una diferencia entre productividad y rentabilidad “la rentabilidad implica costos del dinero en la relación entre el factor y el producto, mientras que la productividad considera la inversión de trabajo del factor para producir la cantidad esperada del producto”(p.64). En el caso de las organizaciones de salud en especial las instituciones públicas no se caracterizan precisamente por su rentabilidad, y su existencia se fundamenta en la necesidad que las personas tienen de cuidados de personal de salud en el cual los profesionales de enfermería representan la mayoría y de su efectividad dependerá el logro de la visión organizacional, por lo que es necesario aumentar la inversión de trabajo de los profesionales de enfermería para producir en cantidad y calidad el producto.

2. La existencia de alta insatisfacción del cliente y del personal: En los datos solo se ha reflejado la insatisfacción del personal, sin embargo se cree que su nivel de satisfacción influye favorablemente en la satisfacción de las personas que reciben el cuidado.

3. La necesidad de cambiar la cultura organizacional. Se requiere cambiar la práctica rutinaria y funcional utilizando métodos más efectivos como el sistema de asignación de trabajo por pacientes.

4. Las estructuras organizacionales y funcionales, no responden a las necesidades productivas, ni al soporte de los individuos para el cabal cumplimiento de sus funciones. Lo cual requiere de un proceso de cambio que redireccione la estructura organizacional basándose en una gerencia del cuidado más efectiva.

5. Existen dificultades para dar respuestas oportunas a las demandas organizacionales. Los datos reflejan una serie de factores que dificultan y otros que a su vez favorecen el uso de un fundamento teórico, en este caso se propone basar la práctica en la filosofía de cuidado humano.

6. Existe discrepancia entre el ser y el deber ser de la organización. Los datos reflejan como desde la percepción de las enfermeras se describe una práctica rutinaria y las expectativas describen características de cómo debería ser o como esperan que se desarrolle la práctica.

7. Los gastos son excesivos y los resultados escasos. Este aspecto también tiene que ver con el primero referido a productividad, la práctica de enfermería disminuye gastos en días de hospitalización y consumo de material cuando los resultados son más efectivos.

8. Por lo general no existen recursos para solucionar los problemas. Otro problema que se refleja en los datos es la falta de material y la escases de recurso humano con respecto a el alto número de pacientes por lo que se requiere del apoyo organizacional para la implementación de cualquier cambio en las organizaciones de salud.

9. Existen cambios en el contexto social donde se encuentra la organización o en otros contextos que afectan a la institución. Tal como se ha planteado en el contexto económico, social, tecnológico y de formación en enfermería y en el sistema de salud en general ha sufrido cambios que ameritan una reestructuración en el desarrollo de la práctica.

10. La cambiante naturaleza del trabajo, en cuanto a nuevas tecnologías, servicios o productos, por lo que los profesionales de enfermería deben estar en continua actualización para ir integrando constantemente el conocimiento a la práctica.

11. La necesidad de que los trabajadores sean más independientes y autónomos requiere que sus demandas personales y sociales de seguridad, estima y autorrealización sean satisfechas. En la medida en que el profesional de enfermería

desarrolla y utiliza sus conocimientos se caracterizarán por ser más independientes y autónomos, lo que les permitirá demandar mayores beneficios y sentir mayor satisfacción en su trabajo.

12. La necesidad de estructurar el trabajo de modo sistemático y racional, que tenga sentido, sea atractivo para los trabajadores y los estimule a la excelencia. Se propone el uso de un nuevo método de asignación de trabajo, la aplicabilidad del proceso de enfermería como herramienta de trabajo independiente, sistemático y racional y la utilización de su creatividad para mejorar los sistemas de registro en enfermería.

13. Cuando surgen nuevas estrategias gerenciales que demandan de los gerentes nuevos conocimientos y ajustes en las organizaciones que dirigen. En este caso es la misma insatisfacción laboral de los profesionales de enfermería la que está demandando un cambio desde la gerencia del cuidado.

Todos estos indicadores están implícitos en los tres aspectos que en esta investigación demandan necesidad de cambio como es el trabajo rutinario y funcional, los sentimientos de insatisfacción y las expectativas positivas sobre la práctica. Una vez diagnosticada la necesidad de cambio que según la definición planteada por (Chiavenato, Introducción a la teoría general de la administración, 2004), “es un proceso que implica ruptura, transformación, perturbación, interrupción” (p.322). La dinámica constante que se vive en nuestra sociedad y específicamente en los centros de salud exige al profesional de enfermería capacidad para adaptarse, renovarse y revitalizarse a través de procesos de cambio que les permitan nuevas actitudes, valores y conductas para identificar e internalizar una reestructuración de la práctica de enfermería, a través del uso de lo que conocemos como herramienta de trabajo, el Proceso de enfermería, la implementación de registros y el uso de un nuevo sistema de asignación de trabajo que permita una

mejor distribución del personal que proporciona el cuidado. La reestructuración planteada contribuye a sistematizar el trabajo y contrasta el sistema rutinario.

Una reestructuración de la práctica propone la utilización del **proceso de enfermería**, considerado como la herramienta o método de trabajo que constituye el eje fundamental de la formación del profesional de enfermería por lo que se considera ampliamente conocido para ser aplicado en la práctica debido a que le proporciona la guía para el cumplimiento de las funciones independientes del profesional, mediante la aplicabilidad de las cinco etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En este sentido el profesional de enfermería desarrolla una cualidad de observadora que utilizará durante la etapa de **valoración** que le permitirá identificar tal como lo plantea (Orem, 1983), “la necesidad del individuo o su limitación para el autocuidado”, o lo planteado por (Henderson, 1994) “la identificación de necesidades insatisfechas por su falta de fuerza, voluntad o conocimiento que los limita, la incomodidad que les produce la enfermedad y los problemas emocionales como respuestas humanas ante la enfermedad”. Tomando en cuenta las potencialidades del profesional de enfermería y su formación, el cumplimiento de esta etapa le permite el desarrollo de una función independiente y autónoma de su práctica a través de los métodos que se utilizan para la recolección de la información tales como la entrevista que se lleva a cabo mediante la interacción humana con la persona y su familia y la exploración física de la persona enferma e inspección de datos complementarios como exámenes de laboratorios para lo cual integra los debidos conocimientos para su análisis.

Durante la fase de **diagnóstico de enfermería** los profesionales utilizarán sus habilidades cognoscitivas, creativas y su capacidad de análisis e interpretación de los datos recolectados para la formulación del diagnóstico o identificación de problemas, que demandan su intervención o cuidados de enfermería. Se cree que una de las

dificultades mayores para la aplicabilidad del proceso es la formulación de diagnósticos de enfermería en vista de que no se ha logrado la unificación de criterios para la formulación de los mismos, que se ajusten a nuestra realidad, la propuesta es que es necesario que logremos acordar entre el equipo de trabajo para formular diagnósticos de enfermería concretos, concisos que indiquen la respuesta humana que estamos observando y la causa. Para implementar acciones inmediatas y ayudar en su resolución.

La planificación en esta fase la enfermera(o) estructurará planes de cuidados que permitan visualizar los cuidados de enfermería requeridos por las personas según los diagnósticos o problemas identificados en los cuales se señalan los criterios de resultados esperados con la finalidad de mantener la continuidad del cuidado en cada turno.

La Ejecución seguirá las directrices del plan de cuidados formulado para cada persona según sus necesidades, requerimientos o limitaciones. Y las acciones implementadas deberán ser registradas en cada turno de trabajo.

Durante la ejecución de las acciones de enfermería es necesario que el profesional tenga bien claro los tipos de acciones, al respecto (Potter & Perry, 1996), las tipifica en acciones independientes, interdependientes y dependientes, la selección de una de ellas se basa en las necesidades o capacidades de las personas.

Las acciones **independientes** son aquellas que realiza el profesional de enfermería en referencia a los marcos teóricos conceptuales propios de la disciplina, considerando además el marco legal de la enfermería, las mismas no requieren supervisión ni orientación de otros profesionales.

Las actuaciones **interdependientes** las realiza el profesional de enfermería en colaboración con otros profesionales del equipo de salud, las mismas buscan

solucionar el problema de la persona en colaboración con otros mediante el razonamiento y las recomendaciones del equipo interdisciplinario.

Las actuaciones **dependientes** se basan en las instrucciones u ordenes escritas de otros profesionales, exigen responsabilidad y conocimientos generales y técnicos que le permitan reconocer si la orden es adecuada y reconocer si es correcta o incorrecta lo cual le permite no solo reflejar su competencia sino prevenir iatrogenia y problemas legales, protegiendo a la persona enferma y garantizando la calidad del cuidado.

De tal manera que al tener claro tales definiciones en relación a la intervención de enfermería, les permitirá actuar y planificar el cuidado según lo requiera la persona con autonomía e independencia profesional, de modo colaborativa como participe de un equipo interdisciplinario. Además del cumplimiento de acciones delimitadas en el plan terapéutico del médico. Lo que contribuye a evitar la inadecuada concepción de “ayudantes del médico” por una concepción más independiente, autónoma y profesional.

La Evaluación es la fase que le permite medir la efectividad de sus acciones y hacer correctivos cuando sea necesario, lo cual también debe ser registrado con responsabilidad y precisión.

El cumplimiento del proceso requiere ser constantemente actualizado, supervisado y validado mediante estudios de investigación.

Por otra parte el uso de un **método de asignación de trabajo** que se diferencie del tan desgastado método funcional, que permita una mejor distribución y aprovechamiento del recurso que proporciona la asistencia y que se ajuste a las características del cuidado humano favorece una práctica en función del paciente, a quien se le considera su condición humana y expectativas además de permitir

demostrar las habilidades técnicas, humanas y conceptuales de la enfermera (o); más que realizar un trabajo funcional y rutinario en el que prevalecen más las directrices institucionales que el criterio y el conocimiento del profesional.

Tal como se mencionó en el capítulo anterior al hacer referencia a los métodos de asignación de trabajo, **la filosofía de cuidado humano** sugiere los sistemas de trabajo que permitan favorecer el **cuidado integral** y el enfoque **en la persona** que demanda el cuidado, lo cual se fundamenta en la concepción de que las organizaciones dependen de sus clientes, por ello es necesario no solo satisfacer sus necesidades, sino anticiparse y preocuparse por exceder sus expectativas.

En las instituciones venezolanas, las características que por lo general presentan las unidades de hospitalización son: cuentan con un personal de enfermería con un nivel de formación de técnicos y licenciados con una distribución entre tres y cuatro enfermeras para un número de pacientes entre veinte y treinta. En este sentido cuando se pretende incorporar a la práctica el uso de la **filosofía de cuidado humano** se sugiere **el sistema de trabajo por pacientes**, el cual requiere que se cuente con recursos humanos suficientes y consiste en distribuir al personal de enfermería en relación con un número determinado de pacientes, el indicador recomendado por (Balderas Pedrero, 2009) es un máximo de seis pacientes por enfermeras y los pacientes son clasificados según el tipo de problemas de salud que presenten para favorecer la atención integral, fortalecer la interrelación enfermera paciente y la continuidad del cuidado.

Y por último la **implementación de registros de enfermería** que reflejen el cuidado proporcionado y garanticen la continuidad del cuidado en cada turno cumpliendo con las normativas de: **Objetividad** que les permite describir lo que el profesional de enfermería valora, durante el cumplimiento de su función independiente en cuanto a realizar la exploración física y el registro de los datos subjetivos de las percepciones sobre el estado de salud de la persona que cuida y que

se obtiene de la interacción humana que implica la relación de cuidado. **Exactitud** que refleja observaciones y asistencia prestada por uno mismo y por otras personas. **Completa:** que permita la continuidad en el cuidado y la comprensión de la comunicación, además de reflejar y demostrar que se prestó la asistencia y el cuidado específico. **Concisa:** evitar palabras innecesarias e irrelevantes. **Actualizada:** que describa las decisiones continuas y actualizadas acerca de la asistencia y el cuidado proporcionado durante el turno. **Organización:** que se seleccione un formato único y se siga un orden lógico y **Confidencialidad:** teniendo claro que no se debe revelar el estado de salud de las personas al personal no implicado en el cuidado. **Identificación:** debe llevar de forma clara y completa los datos de identificación tanto del al persona que se cuida, como del profesional de enfermería.

Para que el cambio planteado se lleve a cabo satisfactoriamente han surgido dos grandes requisitos o elementos de apoyo al cambio que pueden considerarse el soporte y el refuerzo que caracterizan todo proceso de cambio y que en esta investigación emergen como las categorías de la integración del conocimiento fortalecido en la investigación y la gerencia del cuidado.

La **integración del conocimiento fortalecido en la investigación**, En una relación de conceptos o elementos de la estructura que ha surgido. El conocimiento es la base para la práctica y el mismo se fortalece con la investigación, a partir de este surgen las teorías de enfermería, los principios técnicos y los protocolos que estandarizan el cuidado. Aplicando los fundamentos teóricos y filosóficos de la disciplina de enfermería que sustentan el cuidado humano como una guía o perfil para la práctica y la utilización de criterios y juicios que requiere el profesional de enfermería en el desarrollo de sus habilidades conceptuales consolidadas a través de la formación; lo que contribuyen a la científicidad de la práctica, permite desarrollar las líneas de investigación sobre el cuidado y la práctica, aplicar nuevas tecnologías crear nuevas estrategias de cuidado y crear protocolos aplicando principios y técnicas que garanticen la calidad del servicio.

Se requiere la integración de conocimiento para fortalecer y validar la aplicabilidad del proceso de cuidar, y el de los sistemas de asignación de trabajo y los sistemas de registros para darle continuidad en la implementación del cambio o reestructuración de la práctica.

Se considera un elemento de apoyo conjuntamente con la gerencia del cuidado pero a su vez la complementa aportando los conceptos básicos sobre el manejo y habilidades a desarrollar en la gerencia.

La integración del conocimiento es realmente relevante como base para el desarrollo de enfermería en su condición o característica de profesionalismo. Y además es la base de toda transformación. La investigación por tanto lo sustenta y lo fortalece por lo que esta conforma una de las principales funciones de los profesionales de enfermería.

Al respecto (Marriner Tomey, Guía de Gestión y Dirección de Enfermería, 2001), refiere que las enfermeras necesitan valorar sus conocimientos en una constante introspección sobre: “¿que hacen bien, que hacen mal, qué quieren hacer, que no quieren hacer o que pueden desarrollar?” (p.336). Lo que les permitirá perfeccionar el cuidado y su práctica.

La gerencia del cuidado: Otro componente de la estructura que en los datos se refleja como un elemento que describe una práctica inefectiva. Contradictorio a esto se ha considerado más bien como un recurso valioso de apoyo para el cambio o reestructuración de la práctica de enfermería, la cual está en manos de la supervisión, cuya línea jerárquica depende directamente del departamento de enfermería y representa la línea de autoridad que debe guiar el cumplimiento del cuidado mediante las actividades de supervisar el cuidado directo del paciente, el manejo y disponibilidad de recursos, Distribución del personal, asignación de funciones, actividades y de pacientes, favorecer el proceso de comunicación, aplicación de correctivos y retroalimentación cuando sea necesario, implementar

normas, programar e implementar cambios, orientar sobre el buen manejo de los equipos y mantener inventario de recursos.

El apoyo de la gerencia consiste según (Espinoza P., 2011),

En la implementación de acciones, operaciones y actividades inherentes al cambio y desarrollo del proceso gerencial cuyo objetivo fundamental es establecer una alineación entre los gerentes, objetivos, metas, misión y visión de la organización, con el fin de que los gerentes sean proactivos, eficientes, eficaces y estratégicos para la implementación de las acciones inherentes a garantizar la efectividad y competitividad de la organización (p.61)

Además es interesante considerar la clasificación o niveles de la gerencia descritos por (Hellriegel, Jackson, & Slocum, 2008) “gerentes de primera línea, gerentes de nivel medio y altos directivos” (p.11). Según esta clasificación se pueden catalogar los coordinadores y supervisores de enfermería como gerentes de primera línea, los cuales son responsables de la producción de servicio, los profesionales de enfermería que dependen de ellos desempeñan el trabajo básico de producción de la organización, que en este caso es el cuidado directo a las personas hospitalizadas y sus familiares, este nivel es el enlace entre las operaciones de cada departamento y el resto de la organización, estos gerentes de primera línea pasan poco tiempo con los niveles más altos o con personas de otras organizaciones, la mayor parte de su tiempo la emplearían con las personas que supervisan y con otros gerentes de primera línea, además deben tener gran experiencia técnica para poder enseñar las tareas a sus subordinados y supervisarlos cada día, la falta de experiencia no es problema si el gerente tiene la disposición de aprender y cuenta con competencias para comunicarse con distintas personas, enseñar y aconsejar a los subordinados y proporcionarles una retroalimentación constructiva.

El gerente de nivel medio lo constituye el nivel superior del cual depende el supervisor y coordinador de enfermería representa el jefe del Departamento de enfermería, el cual se encarga de “establecer objetivos congruentes con las metas de

la alta dirección y traducirlos a metas y planes específicos que implementarán los gerentes de primera línea” (p.12), en este sentido la gerencia del cuidado implica no solo el nivel de supervisión sino el nivel de quien depende, como es la gerencia del departamento de enfermería, el cual se encarga de dirigir sus actividades, además de resolver las contradicciones que la alta gerencia esperan lograr y lo que los gerentes de primera línea pueden hacer en realidad.

Las diferencias más relevantes señaladas por los autores antes mencionados son “El énfasis en la administración y la asignación de recursos” (p.12) con respecto a esto se puede decir que el jefe de Departamento de enfermería se encargará de revisar los planes de trabajo de diversos grupos, de ayudarles a establecer prioridades y de negociar y coordinar sus actividades. Establecen fecha para el logro de las metas referidas a la producción de servicio, de formular criterios para la evaluación de desempeño, de asignar recursos personales y materiales y de traducir las metas generales de la alta gerencia a planes, calendarios y procedimientos específicos de las operaciones. Delegan autoridad y responsabilidad a sus subordinados para cumplir instrucciones de la alta gerencia.

Tener claro el desempeño de la gerencia del cuidado aumenta la efectividad del cuidado en el desempeño de la práctica de enfermería en los niveles de operatividad.

Finalmente la perspectiva de la práctica se resume en las aspiraciones de cumplir con una práctica de **calidad**, cuyos requisitos fueron descritos como eficiencia que comprende un servicio económico o gratuito, que con menor gasto y esfuerzo además del aprovechamiento de los recursos se logre el efecto deseado. Eficacia que se cuente con la disponibilidad de los recursos, y se realicen los procedimientos y actividades de atención científico-técnicas conforme a lo esperado. Integralidad en la cual se ofrece seguridad, satisfacción de necesidades y comodidad a los usuarios. Oportuno que el cuidado sea accesible, donde se actúe con prontitud,

que se dedique el tiempo requerido a las personas que demandan el cuidado y que siempre cuenten con la oportunidad de asistencia. Efectividad que implica reducción de riesgos, disminuir los reingresos y reducción de tasas de morbi-mortalidad.

Otro aspecto en cuanto a las perspectivas de la práctica es el logro de las expectativas del profesional de enfermería en lo que se refiere al reconocimiento profesional espera la valoración de su trabajo. El reconocimiento profesional dependerá de nosotros mismos, demostrando conocimiento, el uso de un método de trabajo efectivo, una actitud coherente con el nivel de formación, comportamiento ético y aportando una contribución ante la sociedad. El reconocimiento laboral se adquiere exhibiendo valores de responsabilidad y compromiso con la institución; lo cual lo hace merecedor de recompensas laborales, remuneración adecuada, y ascensos que generen mayor motivación, y satisfacción personal y profesional.

Por otra parte en relación a la interrogante con la que se da inicio a esta investigación que plantea ¿entre las perspectivas de las enfermeras estará presente el uso de la filosofía del cuidado humano como un marco teórico de su práctica? Lo que conllevó a indagar sobre el uso de las teorías de enfermería en la práctica, encontrándose como una gran contradicción que a pesar de la necesidad de integración de tal conocimiento, los datos reflejan que los profesionales de enfermería niegan el uso de teorías de enfermería, a pesar de que reconocen su aplicabilidad como una guía que fundamenta dicha práctica, identificando **factores que influyen bien sean como limitantes** o como **factores que favorecen** el uso de las teorías, los cuales fueron agrupados en factores propios de las teorías, factores organizacionales, y factores individuales.

Entre los factores que reconocen las informantes como limitantes con respecto a las teorías de enfermería, se encuentran las propiedades de las teorías como: la especificidad, la diversidad y su procedencia.

En cuanto a la **especificidad**, el personal de enfermería se queja de la dificultad que existan teorías específicas que se puedan aplicar según las condiciones del paciente y según las características del cuidado requerido en una determinada unidad, lo que implica una limitación para seleccionar una teoría; sin embargo algunas teorías de enfermería han sido clasificadas según las necesidades de las personas, y según la función de enfermería, como la de Virginia Henderson las que se enfocan en la interacción enfermera-paciente dirigidas a ver como las enfermeras realizan o conducen el cuidado y las teorías basadas en los resultado del cuidado y la naturaleza del receptor del cuidado. Otra forma de agruparlas ha sido según el interés y formación del teorizante tales como las teorías de las relaciones psicoterapéuticas como la teoría de la enfermería psicodinámica de Hildegard Peplau para las enfermeras que desempeñan en psiquiatría, las relacionadas con la salud materno-infantil como la de Ramona Mercer y su teoría de adopción del rol maternal. Y las que puedan aplicarse a las comunidades como el modelo de Nola Pender dirigido a la promoción de la salud.

(Marriner Tomey & Raile Alligood, 2002) al referirse a la especificidad señala que “si la teoría es específica para una población se considera información sobre la situación y la ubicación del paciente, el estado de salud, y la actuación enfermera o la intervención propuesta”.

Es decir sí existe, cierta especificidad de las teorías que pudieran considerar los profesionales de enfermería cuando están interesados y tienen disposición para la aplicabilidad de las mismas, concibiendo o internalizando una teoría o un modelo específico dependiendo del área en que se desempeñen, lo importante es considerar, que se debe hacer uso de un marco teórico referencial que proporcione los fundamentos para guiar el cuidado y la toma de decisiones en la práctica de enfermería.

Al considerar la especificidad en la práctica de enfermería basada en la filosofía de cuidado humano se integran los elementos que se pudieran contemplar en la clasificación de las teorías como una práctica de enfermería dirigida al cuidado integral del ser humano en la satisfacción o proporción de cuidados de las necesidades físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, mediante una interacción humana que busca resultados centrados en la persona que se cuida y en el cuidador.

En cuanto a la **diversidad**: Los datos reflejaron la existencia de “*múltiples teorías y que no todas se aplican*”. Lo que consideran un factor limitante, siendo contradictorio con el hecho de que las diversas teorías y modelos desarrollados por las teóricas y autores conocidos a través de la formación académica, ha permitido el avance, la identidad y el uso de un lenguaje propio de la disciplina que conlleva a la clarificación del rol del profesional. En razón de esto se cree necesario ver esta diversidad como un trabajo valioso en la construcción de conocimientos que le dan carácter científico a nuestra profesión posibilitando un amplio conocimiento que pueda integrarse a la práctica y fortalecer la investigación.

La **procedencia**: de las teorías de enfermería como factor limitante reflejada en los datos como “*teorías importadas que no se adaptan a nuestra realidad*”. Estas teorías representan los avances académicos y de investigación que han sido fundamentales para el desarrollo epistemológico de la enfermería a nivel mundial. En el caso de Venezuela han constituido un gran aporte tanto en el desarrollo de la práctica como para la formación, por lo que contrario a considerar su procedencia como un limitante se valora el aporte de conocimiento científico, el cual está orientado hacia la dimensión del cuidado individual y el aporte de elementos útiles como guía de la práctica, que independientemente de su relación con nuestra realidad, constituyen el elemento a considerar para la construcción de nuevas teorías que respondan a la realidad de nuestra práctica de enfermería y a la naturaleza humana de las personas a quien se les proporciona el cuidado.

Entre los factores propios de las teorías que favorecen su aplicabilidad según los datos se encuentran tres elementos descriptivos como son: los **Beneficios, el propósito y los objetivos.**

En cuanto a los **beneficios** tal como lo señalan los datos es necesario considerar la utilidad de las teorías de enfermería como guía para la práctica de enfermería aportándole bases para: interactuar con la persona enferma y su familia para obtener datos relacionado con su condición de salud, determinar aspectos que le permiten la comprensión y el análisis ante las respuestas humanas del paciente, tomar decisiones sobre el cuidado, planificar el cuidado, predecir y evaluar resultados del cuidado proporcionado a las personas. Generando conocimiento, orientando la investigación y la formación en enfermería produciendo un impacto profundo en la naturaleza y el ámbito de la práctica.

El **propósito** de las teorías: según los datos para darle utilidad a una teoría de enfermería es necesario “*conocer o dar a conocer su propósito*” las teorías permiten interrelacionar conceptos que orientan la práctica, fundamentando las acciones en el conocimiento. Toda teoría desarrolla conceptos que se interrelacionan entre si y que permiten el verdadero propósito de una teoría como es describir, explicar, predecir o prescribir los fenómenos que se presentan en la práctica. En este sentido el propósito de esta construcción teórica permite integrar los conceptos que fundamentan su utilidad para reconocer las características específicas de la enfermería y su función además de constituir fundamentos para la investigación, la formación y la gerencia del cuidado.

En este caso el propósito es integrar conocimientos y fortalecer la gerencia del cuidado como elementos de apoyo a la reestructuración de la práctica aplicando la utilidad del proceso de enfermería que direcciona la intervención de enfermería, utilizando un método de asignación de trabajo por paciente adaptado a las características actuales de la práctica y ejecución de registros adecuados según la

creatividad y el cumplimiento de la norma. Practicando el cuidado de calidad, centrado en el otro y en espera de resultados en función del ser que se cuida y del cuidador.

Objetivos. Tener claro los objetivos de la teoría de enfermería que se va a utilizar como guía del cuidado, conllevan a fundamentar la actuación del profesional de enfermería en el conocimiento, considerar el aporte científico y marcar la pauta para un servicio de calidad.

La construcción teórica basada en la filosofía de cuidado humano, por ejemplo contempla como objetivo principal implementar un cambio en el desarrollo de la práctica de los profesionales de enfermería integrando conocimientos teóricos y humanísticos para darle aplicabilidad al proceso de enfermería desarrollando una práctica centrada en la persona que demanda cuidado, con cuidadores que desarrollan habilidades humanas, técnicas y conceptuales, mediante la utilización de métodos de asignación de trabajo por paciente e implementando registros según la norma.

Esto conlleva a otros objetivos dirigidos a establecer la interacción humana entre la enfermera y la persona que demanda cuidados en la cual la enfermera (o) fundamentar el cuidado en la filosofía de cuidado humano considerando las características de amplitud, pertinencia e integralidad, Desarrollar las habilidades técnicas, conceptuales y humanas demostrables a través de conductas afectivas, comunicación efectiva, actitudes interactivas y la promoción del cuidar de sí. Desarrollar una intervención de enfermería que refleje una verdadera contribución a la práctica a través de su disposición, el aporte del conocimiento y la evidencia de sus cuidados mediante los registros. Desarrollar una práctica con principios éticos y valores. Programar resultados dirigidos a mantener la vida, restablecer la salud, recuperar de la enfermedad y alcanzar la satisfacción de necesidades y expectativas de la persona que se cuida para el logro de la satisfacción del cuidador considerando la influencia del entorno en la relación de cuidados.

Otros factores que influyen en el uso de teorías reflejado en los datos son los **factores organizacionales** entre los que mencionaron la *condición financiera* de la institución, el hecho de ser públicas o privadas; no ha sido un factor determinante para apoyar la aplicabilidad de las teorías, al igual que las características de las unidades en cuanto a su estructura física, por ejemplo el hecho de trabajar en unidades especiales como las de cuidados intensivos en las cuales el nivel de preparación que se requiere es el grado de especialización por parte de los profesionales de enfermería, donde la estructura física permite el cuidado de un menor número de pacientes, hay mayor accesibilidad que hace posible una mejor relación enfermera-paciente, por lo que pudiera pensarse que en estas unidades es más factible de acuerdo con las condiciones de los enfermos, la integración de una teoría a la práctica, contrario a las unidades generales en las cuales los datos señalan un mayor número de enfermos que no se relaciona con el número de enfermeras(os) que proporcionan el cuidado. Por último las políticas y estrategias administrativas a nivel regional o nacional reflejada en los datos como:

“falta de políticas de cambio propuestos por los gerentes”, “escases de enfermeras”. “Alto número de pacientes con diferentes patologías”, “escases de insumos”, “falta de exigencia gerencia y dirección”, “falta de estrategias de motivación” y “ausencia de marco legal que no han considerado lineamientos que faciliten la aplicación de las teorías de enfermería a la práctica” todo esto hace que la práctica mantenga su desarrollo basado en un sistema funcional el cual favorece el trabajo rutinario reflejado en los datos”.

Tales factores organizacionales o gerenciales son elementos que afectan la aplicabilidad o el uso de teorías de enfermería en la práctica por lo que se considera necesario convertirlos en oportunidades y fortalezas que se transformen en fuerzas impulsoras del cambio creando estrategias y políticas para favorecer el desarrollo de una práctica de enfermería basada en la filosofía de cuidado humano

En este sentido se presentan las siguientes proposiciones:

1. Promover o favorecer la utilidad del conocimiento humanístico en función de prestar un cuidado de calidad que permita el desarrollo profesional y laboral del profesional de enfermería en la práctica; independientemente de la condición financiera de la organización, sea la institución de salud pública o privada.

2. Utilizar las bases filosóficas del cuidado humano en enfermería con la finalidad de proporcionar un cuidado de calidad adaptándose a las necesidades de la persona que requiere cuidado, indiferentemente de la estructura de las unidades sean estas especiales o generales.

3. Las políticas administrativas regionales y nacionales: pueden influir positivamente favoreciendo el cambio y transformación de la práctica, aumentando el número de enfermeras según los parámetros de relación de personal, (enfermera – número de pacientes), promoviendo una practica más humana y menos biologicista, suministrar los recursos según sean las necesidades, ajustarse al marco legal de atención de salud y gerencia de cuidado efectiva.

4. Implementar políticas de desarrollo de personal, acondicionamiento de la estructura física que permita favorecer las condiciones de comodidad y humanismo, promover políticas de motivación de personal, dar a conocer las metas institucionales con claridad y precisión como una forma de integrar el apoyo organizacional.

Los **factores individuales** entre los cuales se incluyen las **limitantes personales** que en los datos se reflejan como aspectos personales que limitan la utilidad de las teorías de enfermería en la práctica como “*la falta de apoyo de los compañeros*”, la “*falta de interés personal*”, “*el empirismo en la práctica*”, “*el trabajo rutinario y cronometrado*” y “*la falta de importancia que se le atribuye al uso de teorías*”. Y **el interés individual** que implica: “*el deseo particular de que se*

aplique”, “el nivel de formación”, “el conocimiento”, “el buen uso del tiempo”, “la internalización o concientización”, “introspección, creatividad, entusiasmo, motivación”, “cumplir con el deber”, “reconocer la necesidad de revolucionar la práctica”, “la integración docente”, “el trabajo en equipo”, “capacidad par reconocer necesidades” y “considerar el nivel de dependencia de los pacientes”.

Considerando que los factores individuales son los que dependen del profesional de de enfermería directamente y son esto los que necesitan reconocer la necesidad de desarrollar y utilizar un cuerpo de conocimientos que le sirva de base para la práctica y que además les permita promover la continuidad del desarrollo de la profesión y el desarrollo propio en particular, reconociendo así los beneficios del uso de las teorías en la práctica como una guía que les permite demostrar sus conocimientos y como los utilizan al momento de tomar decisiones con respecto a sus funciones y al cuidado de las personas, además de que les permite conocer y comprender en mejores términos a las personas que demandan sus cuidados.

Para propiciar una práctica de enfermería basada en la filosofía de cuidado humano se requiere utilizar los Factores individuales como fuerzas impulsoras de cambio que motivan un interés individual para su aplicabilidad. Al respecto se plantean las siguientes proposiciones:

1. Motivar la integración del conocimiento en enfermería considerando la naturaleza humana de las personas que demandan el cuidado.
2. Asumir el interés particular o el deseo de aplicar una práctica más humana, permite combatir la rutina, evitar el empirismo.
3. Utilizar el conocimiento sobre la filosofía del cuidado humano, permite a los miembros responsables del cuidado de las personas fundamentar sus acciones, y utilizar una guía para la intervención.

4. Evitar el empirismo y la rutina permite reflejar el nivel de conocimiento y profesionalismo y favorece el desarrollo de la práctica.

5. De la importancia que la enfermera(o) le da a la fundamentación de sus acciones y a la integración del conocimiento en las actividades y funciones de la profesión dependerá el desarrollo de una práctica basada en el cuidado humano.

6. Utilizar adecuadamente el tiempo mediante la planificación de actividades, y proponerse metas de logro de efectividad de sus acciones permitirá atribuirle al cuidado requisitos de calidad como eficiencia, eficacia, integralidad y oportuno

7. Considerar las necesidades del ser humano mediante un cuidado integral que le permita satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales espirituales y culturales, humaniza el cuidado mediante una relación de interacción humana entre la enfermera y la persona que demanda cuidado.

8. Comprender al ser humano como una entidad única con individualidades como ser integral, complejo cuyo nivel de necesidad orienta hacia el nivel de dependencia o independencia o requerimientos de ayuda permitirá un parámetro para valorar la condición, limitaciones, funcionalidad y necesidades y determinar la intervención de enfermería que se requiere.

9. Asumir interés por revolucionar la práctica permitirá implementar cambios que favorecen el cuidado de las personas, promover la calidad del cuidado, integrar el conocimiento y favorecer el desarrollo profesional

10. Internalizar la teoría como guía de la práctica y darle la importancia que merece: el interés personal que se desarrolle por la comprensión, concientización y convicción de la teoría y su utilidad como guía de la práctica permite asumirla como marco orientador formal en la estructura de una determinada unidad de

cuidados, además de la introspección necesaria que se hagan los profesionales de enfermería sobre como se está desarrollando la práctica de enfermería actual.

11. Asumir el interés individual de dejar evidencia escrita de lo que se hace: permite reflejar el cuidado proporcionado y garantizan la continuidad del cuidado.

12. Integrar la docencia a la asistencia, estimula el compromiso profesional, el nivel de formación, promueve el buen uso del tiempo mediante planificación de actividades.

13. La creatividad, el entusiasmo y la motivación son indispensables para el personal de enfermería que asume el interés de darle utilidad a las teorías de enfermería para que se mantenga una estructura teórica que guíe la práctica del cuidado.

14. La integración docente es un factor individual que puede hacer valiosos aportes por parte de los profesionales de enfermería que se desempeñan como docentes.

La estructura que emerge plantea la **Interconexión entre la práctica de enfermería, el uso de teorías de enfermería y el cuidado humano** que parte desde la propuesta de cambio o reestructuración de la práctica, el reconocimiento de los factores influyentes en el uso de teorías, los cuales se pueden utilizar de manera positiva como oportunidades y fortalezas para la implementación de una práctica basada en la filosofía de cuidado humano.

El cuidado humano, en esta estructura es descrito a partir de sus características, conductas interactivas a desarrollar, contribución que se hace a la práctica, los principios éticos y valores implicados y los resultados esperados. Esto hace reflexionar en cuanto a que los profesionales de enfermería reconocen esta

filosofía como enfoque que les permite un mejor desarrollo de la práctica, la forma de aplicarse mostrando conductas interactivas humanas, con principios éticos y valores en espera de alcanzar objetivos en función del usuario y de la profesión mediante una contribución efectiva y de calidad.

Entonces surge una nueva interrogante. ¿Que significa basar la práctica de enfermería en la filosofía de cuidado humano? Si comprendemos la definición de filosofía planteada por (Burk, 1992), como “cierto modo de pensar y de ser; es conjugación de teoría y práctica: de saber científico, experiencia, vivencia y motivación para ciertas actitudes” (p.13). El filosofar brota de la raíz misma de lo humano... La filosofía en sentido recto es pensar de los humanos sobre lo humano” (p.14). Lo entenderemos como una forma de pensar para fundamentar las acciones de la práctica integrando nuestro saber científico proveniente de las teorías de enfermería motivando el desarrollo de actitudes humanísticas en el cuidado.

(Mayeroff, 1971), en su filosofía, enfoca el cuidado desde el punto de vista existencial, considerándolo proceso que implica ayudar a crecer y a desarrollarse. Lo que significa que el cuidado permite la existencia de la vida y el mantenimiento de todo aquello que sea importante para la vida de las personas, por lo tanto se cuidan las personas, se cuidan las cosas que nos rodean y hasta las ideas. Este autor además explica que a través del cuidado, el ser humano vive el significado de su vida. Lo que quiere decir que en la medida en que se le da significado a la vida, a las cosas que hacemos, a las personas y cosas que nos rodean, a lo que decimos y al trabajo que hacemos implementaremos acciones dirigidas a cuidarlos para mantener y conservarlos y para continuar la existencia de la vida.

Siendo así se puede pensar que la **salud** del ser humano dependerá del sentido o significado que se le da a la vida para mantener medidas saludables y que la **enfermedad** en muchos casos puede ser una consecuencia de los actos de las personas que no le dan significado a la existencia e implementan acciones de

descuido o que ponen en riesgo su propia vida. (un ejemplo de esto las personas que utilizan altas velocidades en sus vehículos, las personas que se entregan a los vicios, los que se exponen a riesgos de enfermedades contagiosas aún conociendo tales riesgos). En este mismo orden de ideas es importante considerar que la forma de pensar y de actuar de los **profesionales de enfermería** dependerá del significado que estos le den a su propia vida y a la vida de las demás personas para desarrollar una práctica que les permita preservar la existencia del ser o de la **persona** que requiere de cuidados y en quien se enfoca la práctica del profesional de enfermería.

Tomando en cuenta que la filosofía de cuidado humano se fundamenta en el existencialismo, lo cual se enfoca, en que lo principal de la realidad es la existencia humana. (Chavez Calderón, 2004) cree que el existencialismo recibe este nombre porque “al problema de la existencia se le concede primacía tan absoluta que, de su enfoque y solución, dependerá la manera en que se aborden todos los demás problemas” (p.230). Este autor presenta tres coincidencias entre distintas posiciones.

1. Todas tienen como tema central la existencia del individuo. En esta opinan que el existir es propio del hombre, los demás entes son pero no existen, el ser de la existencia es el ser mismo del hombre; y para explicarla hay que partir de alguna vivencia. Propone algunos ejemplos que se viven muy de cerca en el desarrollo de la práctica de enfermería, tales como: la angustia, el sentirse cerca de la muerte y la fragilidad del ser. Cuidado humano centrado en la existencia del individuo refleja una interacción entre humanos donde afloran conductas humanísticas.

2. No conciben la existencia como algo hecho, sino como un actuar constante, un hacerse continuo o un proyecto vital. Cadena ininterrumpida de actos que posee un efecto creador, es decir el hombre se crea libremente, él es su libertad. En enfermería se considera al hombre como un ser dinámico, libre, autónomo, en una constante lucha por mantenerse en su proyecto vital y en este sentido nuestras

acciones estarán dirigidas a mantener tal existencia con libertad. (Henderson, 1994) pionera en la filosofía humanística y existencialista, señala que peor que la enfermedad es “privar a las personas de lo que más valora, el amor, la aceptación, una ocupación fructífera” (p.17). La condición de enfermedad o de hospitalización los somete a normas que conllevan a privarlo de las cosas y hasta de personas que son importantes dentro de su entorno. Esta teórica considera que “la enfermedad es más que un estado patológico y una amenaza para la vida y señala que en las instituciones hospitalarias se somete a las personas a una pérdida de sus libertades de comer lo que le provoca, de usar su propia ropa de cama y limita sus movimientos”. y desde esta perspectiva propone que **el objetivo de enfermería es mantener a los pacientes en una situación lo más parecida a la suya propia**”. Lo que significa proporción de comodidades según sus costumbres, respetando su autonomía y proporcionado cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades de las personas según sus expectativas sin privaciones exageradas.

3. El individuo tiene una vinculación esencial con el mundo y con los demás entes que viven en su entorno, de manera que ambos (hombre y mundo) forman parte del ser de la existencia de dicho individuo.

El cuidado humano en enfermería considera el entorno de cada persona que requiere cuidados, por lo tanto no se puede aislar de él. Florence Nightingale siempre se preocupó por un entorno saludable para el paciente, que no solo incluía las instalaciones hospitalarias sino que también hacía referencias a las vivencias de los pacientes y a sus condiciones físicas de vida haciendo énfasis en las condiciones ambientales que se deben preservar para proporcionar un entorno reparador.

En este aporte teórico es importante considerar todo lo que se ha descrito que involucra el **entorno** que se considera en la existencia del ser cuando la persona se encuentra en situación de enfermedad para el desarrollo de una práctica basada en la filosofía de cuidado humano, el entorno es calificado como el medio de interacción

que puede afectar al ser humano en su situación de salud-enfermedad siendo necesario reflexionar sobre sus situaciones o vivencias previas como el estrés, las emociones de angustia y ansiedad tanto de la persona como del familiar, las relaciones de su sexualidad, su entorno social como los riesgos de la comunidad y su rol en dicha comunidad, entorno laboral el tipo de trabajo, el rol que desempeña y los ingresos para la independencia económica y los factores medioambientales que los exponen a exposición de sustancias químicas y tóxicas. Es darle importancia a todo lo que le afecta externamente y todo lo que forma parte de su existencia y de sus experiencias. Además de lo que espera afrontar los cambios que le surgen para la continuidad de su proyecto de vida. Es enfocar el cuidado no solo en los requerimientos productos de la enfermedad sino tratar de comprender y proporcionar cuidados dirigidos a sus necesidades físicas, psicológicas, socioeconómicas y espirituales.

Esta investigación permitió identificar elementos del cuidado humano que afloran del ser de los profesionales de enfermería en una relación entre su percepción y aplicabilidad del cuidado humano en la práctica lo que permite construir desde las perspectivas de las propias enfermeras su filosofía de cuidado humano.

Al caracterizar el cuidado humano como **amplio**, describen la necesidad de involucrar múltiples aspectos que se constituyen en la práctica del cuidado; tales como la persona a quien va dirigido, la persona que cuida, el ambiente de trabajo, todo lo que puede hacerse por un ser humano que en la mayoría de las veces éste no puede hacer por él mismo, es determinar la ayuda que se requiere, es actuar sobre lo que la persona necesita", es ser responsable por todo; envuelve el todo, físico psicosocial y espiritual. Permite hacer una mirada totalizadora del cliente y mirar e indagar más allá de lo aparente. Otra característica es que permite concebir al ser humano desde la **integralidad** permite comprender la interacción dinámica que se da entre las partes del todo en un ser humano, que va más allá de dirigir cuidados para recuperar un cuerpo enfermo que necesita recobrar el equilibrio, es considerar el

potencial y desarrollo humano, es involucrarse emocionalmente y comprometerse con el otro, en el sentido de minimizar sufrimientos, acoger las expectativas negativas y las inseguridades e inquietudes dirigiendo la intervención de enfermería más allá de las necesidades básicas, preocuparse y actuar sobre las necesidades psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

Y finalmente se considera la **pertinencia** para enfermería que significa proporcionar cuidados concebidos en el quehacer de enfermería, de acuerdo con la necesidad de ayuda que se presenta, la capacidad funcional, la necesidad que requiere ser satisfecha o el nivel de dependencia de la persona. Es actuar en función del otro, en este caso en función de la persona que demanda o que requiere del cuidado.

El Cuidado humano percibido como una filosofía que puede ser practicada por cualquier persona, no necesariamente enfermera, pero su pertinencia radica cuando el profesional de enfermería lo particulariza como el hacer propio de su función y como el enfoque de atención de la profesión a nivel teórico y legal. Es amplio, porque considera más que el todo de la persona, es un fenómeno que permite la existencia en una relación de coexistencia e interdependencia en un contexto y desde la integralidad del ser cuyas partes mantienen una interacción dinámica” en lo físico, mental, espiritual, socio-cultural y humano en su entorno

Otra categoría descrita que implica el cuidado humano es la **interacción humana** que permite desarrollar conductas de cuidar de sí y de otros demostrando conductas afectivas como: calidez, humanismo, cariño y empatía para lo que se requiere establecer una relación de comunicación en todas sus fases, funciones y técnicas, en la cual las personas involucradas se permiten compartir actitudes interactivas donde fluye la confianza, la comprensión, la ayuda, el apoyo y la preocupación por el otro y por la promoción del cuidado de sí que les permite conocerse, reconocer limitaciones y Autocuidarse.

1. **Conductas afectivas:** que le permiten al profesional de enfermería durante su práctica mostrar calidez que lo llevan a transmitir calor humano que las persona sientan que este proceso se da en una relación entre humanos, que está siendo cuidado por otro ser humano con características similares que siente y comprende su condición y dignidad humana y lo que espera como persona humana, ser cariñoso que significa ser cordial y afectuoso durante la relación de cuidado y establecer empatía en una relación en la cual la enfermera (o) es capaz de comprender y aceptar el proceso de vida de otra persona y captar sus sentimientos” viendo con objetividad las experiencias de otros a partir de nuestras propias vivencias.

2. **Relación de Comunicación:** en la proporción de cuidado humano durante la práctica, la comunicación es la clave y amerita desarrollarse como un arte de la enfermería, en este proceso de interacción el profesional dirige su objetivo general a mejorar el estado de salud mediante el dialogo terapéutico que le permite proporcionar y obtener información tanto con el paciente como con sus familiares. Para esto integra el conocimiento sobre el proceso de comunicación, utilizando la comunicación verbal y no verbal, para indagar sobre el estado de salud, las necesidades, capacidades y limitaciones. comprende y se hace comprender dejando claro el objetivo y la razón o el por qué de su intervención. Expresando emociones como entusiasmo o preocupación que le permita proporcionar confianza y disminuir la sensación de inseguridad y estrés que produce la enfermedad.

A través de la comunicación no verbal en el cuidado humano mediante la expresión facial se pueden transmitir sentimientos afectivos mediante los gestos de sonreír, el contacto visual indica deseo e interés de comunicarse, muestra respeto y deseo de escuchar, permite una observación amplia del otro Por otra parte los gestos de amabilidad, se reflejan tanto en el cuerpo como en el rostro. El tocar suavemente, el contacto físico, es una forma de comunicación personal, que requiere cercanía, transmite sinceridad, afecto, apoyo emocional, ánimo, ternura, y atención personal.

Este proceso de comunicación permite desarrollar la entrevista terapéutica que se requiere implementar durante la fase de valoración del proceso de enfermería. En la cual se ha descrito la **pre-interacción**, que se cumple antes de iniciar el proceso de comunicación la enfermera (o), revisa la información disponible en la historia clínica y de enfermería, así como los datos que puedan proporcionar otros profesionales para obtener información previa que le permita reflexionar acerca de los puntos de interés sobre el estado de las personas.

Durante el primer contacto con la persona se inicia primera fase de **Orientación**: en la cual se da el primer encuentro entre el profesional de enfermería y la persona enferma, se establece una relación de identificación de observación mutua. Ambos hacen deducciones y se forman sus opiniones sobre el contenido de los mensajes y comportamientos, el profesional debe hacer una presentación de manera formal, que se inicia con el saludo, e inmediatamente el profesional se presenta con su nombre, mostrando actitudes de compromiso y preocupación. Aprovecha para hacer sus percepciones iniciales y al mismo tiempo debe considerar que esa persona la puede percibir como uno de tantos profesionales cuya misión es ayudarlo. Se establece un clima de confianza, mostrando un interés real por las preocupaciones del ser humano, se identifican los problemas y objetivos, se clarifican funciones y se establecen acuerdos en cuanto a las necesidades sentidas y requerimientos de ayuda profesional.

La segunda fase de **Trabajo**: permite establecer y lograr objetivos. Indagar sobre las ideas, sentimientos, y condición de las personas, se toman decisiones apoyadas en el conocimiento, se resuelven problemas, se evalúa el éxito o fracaso, se proponen cambios teniendo en cuenta las capacidades de las personas, y se anima a continuar ante los avances.

La tercera fase de **Finalización o cierre** : durante esta interacción se prepara a la persona para que conozca cuando se va a terminar, para evitar agotamiento y

rechazo, una vez que se ha trabajado en el logro de objetivos y se han evaluado, debe prepararse a la persona para funcionar eficazmente sin apoyo del profesional de enfermería, se dejan expresar los sentimientos, asegurarse que la asistencia no se interrumpe, presentado a la persona el nuevo profesional de enfermería que se encargará de su asistencia y le aporta toda la información necesaria para favorecer el desarrollo de la relación entre estos.

Otro aspecto que se destaca en la relación de comunicación son sus funciones como son: transmitir y recibir información, y lograr influencia, en la persona que percibe a través de la comunicación comodidad, adaptación y seguridad. El intercambio de información, permite la identificación de diagnósticos, modificación y control de problemas, limitaciones, capacidades e incapacidades y el conocimiento de toda situación relacionada con la vida y la salud de las personas para determinar objetivos y acciones de cuidado. La influencia: permite involucrarse con la otra persona para modificar o favorecer las actitudes, creencias y estilos de vida. Permite reducir la incertidumbre en los momentos estresantes aplicando medidas de apoyo y seguridad que alivien o mitiguen su sufrimiento emocional. Otra función es la identificación que permite la presentación, la competencia y el rol que le corresponde, de manera que se debe aprovechar para inducir credibilidad, confianza, sensación de amistad, respeto y amparo.

Las técnicas de comunicación: según las tres técnicas de comunicación desarrolladas por Sundeer y cols citados por (Potter & Perry, 1996). Se encuentra:

- 1.- **Confrontación:** “el profesional de enfermería ayuda a las personas a reconocer la existencia de comportamientos o pensamientos que dificultan su capacidad para comprenderse a si mismo o para autocuidarse”. Reconociendo su situación de salud, la necesidad de resolución, la búsqueda de ayuda el interés por su desarrollo y su capacidad para confrontar su situación.
- 2.- **Inmediatez:** enfoca la interacción a la situación o necesidad del momento. Esto lo ayuda comprender y dirigir el cuidado a comportamientos o afirmaciones que permitan resolver problemas de manera oportuna.
- 3.- **Revelación de uno mismo:** se revelan

“experiencias personales, pensamientos, ideas y escala de valores o sentimientos durante la relación” para demostrar a la persona que le es posible comprender experiencias concretas (p.224).

El cuidado descrito a partir de la relación de comunicación efectiva con todo lo que comprende el hablar, escuchar, la mirada, los gestos, el tacto. Considerando las experiencias humanas ante la enfermedad, las limitaciones y necesidades permiten, reconocer su preocupación y compromiso con el sufrimiento y el entendimiento de las reacciones físico-emocionales y la toma de decisiones en una intervención profesional más humana dirigida a la conservación de la salud, el mantenimiento de la vida y la lucha contra la enfermedad.

3.-Actitudes Interactivas: la enfermera basada en la filosofía de cuidado humano desarrolla confianza mutua, comprensión, la capacidad de ayuda, apoyo y preocupación por el otro. Cuando se genera **confianza:** cuando la persona enferma reconoce la presencia del profesional de enfermería como la persona que le proporciona cuidado, se establece una relación de credibilidad, que se apoya en un proceso de confidencialidad, dependencia, veracidad y sinceridad que se da durante la interacción, en la cual se manifiestan sentimientos y pensamientos que permiten facilitar la relación o solicitud de la ayuda. La **comprensión** permite escuchar atentamente y con interés el profesional de enfermería percibe la transmisión del mensaje en cuanto a las necesidades y ayuda que requiere la persona.

La Ayuda se da mediante una relación de colaboración entre humanos cuyo objetivo principal es satisfacer necesidades en el otro. **Apoyo** mediante esta actitud se proporciona información necesaria para que la persona tome decisiones y afronte situaciones relacionadas con su proceso de salud-enfermedad, dirigida al mantenimiento y conservación de la vida. **La preocupación** que le permite ganar mayor confianza y demuestra mediante conductas de sensibilidad y comprensión ante las necesidades del paciente.

4.-La promoción del cuidar de sí: este término reconocido en la teoría de D. Orem como el autocuidado, le permite al profesional de enfermería promover y descubrir las potencialidades para el cuidado de sí misma y el de los otros, esto involucra el conocerse, Autocuidarse y reconocer limitaciones y afrontar situaciones mediante actitudes dirigidas a la conservación de la salud y el mantenimiento de la vida o a luchar contra la enfermedad con respecto a uno mismo y a los demás. Este tiene relación con el tercer factor de (Watson, 1988) referido a cultivar la sensibilidad para uno mismo y para los demás que permite reconocer sentimientos y autoaceptación. A medida que las enfermeras(os) reconocen su sensibilidad y sentimientos estos se vuelven más genuinos auténticos y sensibles hacia los demás. Además entre sus supuestos considera “que el cuidado de uno mismo es un pre-requisito para el cuidado de los demás”.

En cuanto a la categoría contribución a la práctica: describe como el profesional de enfermería que adopta un pensamiento filosófico de cuidado humano, puede aportar algunos elementos que se requieren durante la relación de cuidado, tales como la disposición de entrega, de ir más allá del deber diario, de actuar con prontitud para proporcionar la ayuda de manera excelente. Integrando e intercambiando conocimiento de la técnica y más allá de la técnica, tener consciencia de lo que se hace, dándole utilidad a las teorías de enfermería y a otras ciencias y realizar registros que evidencien su contribución para la práctica del cuidado.

1.-La **disposición** para ejercer la práctica se demuestra durante su desempeño, es: “*querer hacer, querer dar lo mejor de sí, ir más allá del deber diario*”, “*actuar con prontitud cuando la necesidad se presente o la ayuda sea requerida*”, “*ser a priori para proporcionar los cuidados cuando se reconoce la necesidad en “búsqueda de la excelencia*”. Sin que nada les afecte la voluntad. Esta actitud facilita la interacción, le proporciona seguridad y confianza a la persona a quien van dirigidos nuestros cuidados. La disposición para la ayuda implica sentido del deber, la

devoción el compromiso y el gusto al ofrecer el cuidado y lleva a la enfermera a brindarse incondicionalmente como ser y como persona para garantizar el bienestar.

2.-El conocimiento: Mediante un aporte e intercambio de conocimiento en cuanto a la técnica y más allá de la técnica, demostrando habilidades conceptuales actuando con consciencia de lo que se hace y planteándose y dándole utilidad a otras ciencias. El conocimiento desde el punto de vista del cuidado humano, según (Mayeroff, 1971) nos permite “entender las necesidades del otro y ser capaz de dar respuestas adecuadas. Se requiere conocer: a quien van dirigidos los cuidados, cuales son sus capacidades y limitaciones, cuales son sus necesidades, que lo conduce a su crecimiento, es preciso saber como responder a sus necesidades y cuales son mis propias capacidades y limitaciones” esto explica conocer más que la técnica a aplicar en cualquier procedimiento, es saber que procedimiento requiere la persona y si estamos preparados para responder ante tales demandas, es necesario utilizar el conocimiento propio y de otras ciencias para poder intercambiar y dar aportes e integrarnos en el trabajo participativo y transdisciplinario del equipo de salud.

3.-Centrarse en la persona como objeto de la acción: ser capaz de dar a las respuestas e interrogantes del paciente, a sus reacciones emocionales y espirituales ante la enfermedad y ante la muerte, los objetivos y necesidades de la persona que requiere de cuidados, según las limitaciones e incapacidades, (Mayeroff, 1971) refiere que “en el cuidado lo fundamental es el otro, el crecimiento del otro, él es el centro de la atención”. Es interesarse en las interrogantes del enfermo, apoyarlos en las reacciones de miedo e inquietudes que tienen todas las personas al enfrentarse a situaciones desconocidas y más allá de esto, además de observar en el enfermo las reacciones ante la enfermedad y dar respuestas en función de esas necesidades individuales. Y de sus expectativas, interesarse por lo que esperan de las personas en relación a sus cuidados, es actuar en relación a los objetivos del ser que demanda cuidado.

4.- Evidencia escrita del cuidado: La utilización adecuada de los registros de enfermería permite reflejar el cuidado que se proporciona a las personas y establecer sistemas de comunicación que transmiten información sobre las necesidades o problemas de la persona y la asistencia que se les proporciona en cada turno de tal manera que se registre la valoración que realiza la enfermera(o) y los cuidados ejecutados. Según las situaciones, problemas o necesidades identificadas, el como y cuando fueron proporcionados los cuidados y la forma cómo responde la persona ante la intervención de enfermería, para que todo el personal esté informado con detalles mediante los reportes de enfermería y los planes de cuidado. Independientemente del sistema o formatos de registros que seleccione el profesional, considerando su autonomía y su creatividad, lo importante es que reconozca que los registros son parte de su responsabilidad y es la enfermera(o) quien decide que información es importante y como debe registrarse siempre que haya unificación de criterios en el equipo de trabajo y esta actividad sea supervisada con regularidad como herramienta de evaluación del cuidado y para la evaluación de desempeño de personal que permita considerar políticas de motivación y reconocimiento profesional y laboral además de las implicaciones legales que estos constituyen y finalmente como un aporte o elemento de investigación en la práctica. Además de favorecer la comunicación entre los cuidadores y la continuidad del cuidado de enfermería durante los diversos turnos.

Principio éticos y valores implicados en la práctica de enfermería basada en el cuidado humano:

El cuidado humano implica decisiones de enfermería relacionados con la conservación de la vida, el mantenimiento de la salud la salud, el bienestar del ser humano, el afrontamiento de la enfermedad y la muerte, por lo tanto es necesario considerar durante el desarrollo de la práctica de enfermería los principios éticos universales como el respeto a la condición de persona, a los derechos, a su integralidad como persona en cuanto a referirse a ellos por su nombre y no por un

número de cama o por cierta patología. La autonomía que permite la defensa a su libertad, la beneficencia que significa actuar en función de hacer el bien, no maleficencia que es actuar en función de no hacer daño, la veracidad, confidencialidad y la justicia o equidad y la necesidad de reconocer valores como de responsabilidad, la armonía que tiene que ver con el ánimo que se muestra de estar alegre y sonriente, el amor al prójimo, la honestidad, la puntualidad, la compasión, la comprensión, el compromiso, el perdón y la fe que conllevan a la conducta y actitudes de la persona que cuida.

La ética rige las normas y principios que orientan a la buena conducta o lo que tiene que ser. La conducta moral de una enfermera se refiere a sus decisiones y actitudes en las cuales están implicados los valores y creencias en el marco de lo que debe y de lo que no debe hacerse

A continuación se describen los principios éticos Universales y el reconocimiento de valores en el desarrollo de la práctica de enfermería basada en la filosofía de cuidado humano.

El respeto, como principio ético, que rige el cuidado humano involucra el respeto por las personas, por la vida, por la calidad de vida y por la aceptación de la muerte este principio permite apoyar los objetivos del ser que se cuida ejecutando acciones le permitan darle significado a la vida, promoviendo en el otro actitudes que les permitan reconocer sus potencialidades y limitaciones para cuidar de sí, que les permita un estilo de vida más saludable en el aspecto físico, emocional y espiritual para el mantenimiento y conservación de la vida o cuidar al moribundo con respeto; la intervención de enfermería y la relación de cuidado se practica mediante el respeto por la vida, por la dignidad y los derechos del hombre, sin distinción de raza, creencia, color, edad, sexo, política o estado social. En cuanto al respeto por los derechos del paciente, se consideran el derecho a estar informado, el respeto a la

individualidad, a la autonomía, a la integralidad, a la dignidad y a la confidencialidad, se respetan los valores, las costumbres y las creencias espirituales del individuo.

La autonomía: es el principio mediante el cual se proporciona “libertad personal de acción y se promueve la independencia y la confianza en sí mismo”. El cuidado humano promueve la participación del otro en la toma de decisiones y lo mantiene informado, para que con conocimiento participe en la toma de decisiones sobre sus cuidados y esté en capacidad de rechazar lo que considere perjudicial en la relación de cuidado.

No Maleficencia: este principio también está fundamentado en el conocimiento que incorpore o integre la enfermera en su “obligación de no causar daño”, solo el conocimiento nos da la libertad de actuar evitando el daño y disminuyendo el riesgo de causar durante la relación de cuidado.

Beneficencia: “hacer bien o activar la promoción del bien” esto implica actuar en función de causar beneficios a otras personas considerando siempre la mejor forma de ayudar al paciente.

Justicia: este principio refleja “imparcialidad o equidad”, asegurar una utilización justa de los recursos y determinar el orden en que deben proporcionarse los cuidados considerando el riesgo y sin distinción de raza, creencia, color, edad, sexo, política o estado socio-económico y cultural

Otros principios son la **veracidad** que significa proporcionar información veraz en la relación de cuidado, informar sobre el estado de salud y sobre los cuidados que amerita el otro promoviendo su participación, este principio también se cumple mediante el poder del conocimiento. La **confidencialidad** de la información manteniendo el secreto necesario y el acceso al que solo tienen derecho la persona enferma y sus familiares más cercanos. Y que no debe ser compartida con otras

personas que no participan en la relación de cuidado. Estos principios generan confianza y seguridad.

Los valores implicados en la relación de cuidado reflejan las creencias personales y actitudes o conductas que orientan la acción y contribuyen a darle significado a la vida. Los valores son producto de la asociación con personas, el entorno y el yo, constituyendo un patrón de conducta en el ejercicio de la práctica. Los valores profesionales son un reflejo de los valores personales y dependen del grado en que la enfermera se socializa con la profesión de enfermería. Entre los que destacan las informantes se encuentran: *la responsabilidad, la armonía, el amor al prójimo, la honestidad, la puntualidad, la compasión, la comprensión, el compromiso, el perdón y la fe*. Además pueden incorporarse la solidaridad, la humildad, la cooperación la prudencia que puede estar relacionada con la confidencialidad y la perseverancia. Son todos estos valores los que los que permiten el sentido de humanidad del hombre y el desarrollo de virtudes que hacen actuar en función del bien de otros

La responsabilidad: Este valor es necesario tanto en lo personal como en lo profesional para darle cumplimiento de cualquier compromiso moral; es indispensable al momento de clarificar, asegurar y mantener una conducta ética en enfermería, para esto se requiere ser sensible a los derechos, necesidades e intereses de los otros. En este sentido la enfermera es responsable de promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento mantener y conservar la vida o ayudar a afrontar la muerte con dignidad. (Potter & Perry, 1996) “consideran que la enfermera es responsable desde el punto de vista profesional ante sí mismo, ante el paciente, ante la profesión ante la institución donde trabaja y ante la sociedad” (p. 89) por lo tanto es necesario establecer los niveles de actuación esperados; la responsabilidad profesional exige una evaluación de la eficacia.

La responsabilidad ante la profesión implica mantener la competencia por medio de un aprendizaje continuo y mantener patrones de conducta personal que hacen honor a su profesión; la responsabilidad ante la sociedad implica emprender y apoyar acciones para cumplir las necesidades sanitarias y sociales del público como restador de un servicio humano. La responsabilidad personal se refiere a la ejecución de las obligaciones asociadas a la función particular de la enfermera. Un profesional de enfermería responsable es competente en conocimiento y habilidades y realiza sus obligaciones de forma ética cumpliendo las directrices de la profesión.

La armonía: Es mantener en equilibrio las emociones durante la interacción con otros, y el desarrollo de demostraciones de alegría y la capacidad de sonreír y estar dispuesta a la solución de situaciones, más que al conflicto. Este valor está relacionado con la capacidad para cooperar y compartir acciones con el resto del equipo.

El Amor al prójimo que tiene que ver con el sentido vocacional, religioso reflejado en la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Es el valor más grande de la vida, es la esencia de la propia vida, es la fuerza conlleva al profesional a percibir la situación del otro, sensibilizarse ante el sufrimiento, comunicarse en una relación afectiva. Este valor es el que nos permite reconocer aptitudes en el desarrollo de la capacidad de amarse uno mismo y de amar a otros para propiciar el bien propio y de otros.

La honestidad: está relacionada con el principio de veracidad va en contra de la mentira y el engaño deliberado a otros. Primeramente implica sincerarse con uno mismo. Ser honesto es reconocer nuestros propios errores y tratar de corregirlos, es hablar siempre con la verdad a la persona que se cuida, esto le trasmite seguridad. El profesional de enfermería honesto cumple sus acciones y cuidado siempre que los ofrece no olvida ni deja esperando a las personas cuando este lo requiere esto genera confianza.

La puntualidad: este es un valor que tiene que ver con su compromiso personal, se refiere a organizarse en el tiempo con la finalidad de cumplir a cabalidad con una actividad en un margen de tiempo pautado como la hora de llegada a recibir el turno de trabajo, puntualidad también se refiere a responder al tiempo que requiere la persona que demanda el cuidado, por ejemplo a satisfacer una necesidad en la otra persona al momento que se presenta el requerimiento, es calmar el dolor del otro con prontitud, es actuar antes que se presente un daño. Este valor se puede relacionar con el requisito de calidad que se refiere al cuidado oportuno.

La compasión: es la habilidad humana que desarrolla el profesional de enfermería de sensibilizarse ante el dolor de otro, este activa el deseo de ayudar a una persona que sufre.

La comprensión: este valor requiere de que la enfermera(o) desarrolle la capacidad de escuchar al otro para percibir sus sentimientos, sus necesidades y sus inquietudes. Permite estar atento a lo que otro dice y en lo posible internalizar lo que el otro dice. Para lograr una mayor comprensión es necesario verificar el contenido de la información, formulando lo que creemos entender para evitar confusiones o malas interpretaciones, preguntando “esto es lo que quieres decir” o “me gustaría que te expliques”; esto puede llevar al emisor a revisar el mensaje si no ha sido comprendido para no transmitir emociones inadecuadas. Implica reconocer en el otro sus sentimientos y vivencias, el dialogo emotivo que permite valorar positivamente al interlocutor y mostrar intención de ayudarlo a cuidarse a si mismo, a descubrir por si mismo la verdad. Se puede establecer una relación de aliados durante el cuidado buscando una solución.

El compromiso este valor en el cuidar que implica compartir nuestro ser con los demás para que pueda crecer a partir de su esfuerzo y condiciones, permite rendirse sin sacrificio ante las posibilidades y potencialidades del otro y permitirle crecer dentro de sus límites. Implica estar comprometido con el servicio que se presta

a nivel profesional y social. Existe un compromiso con la organización y con sus objetivos, de manera que se requiere implementar acciones hacia el logro de tales objetivos y el logro de metas.

El perdón y la fe. Estos son valores religiosos que refuerzan la fortaleza y la creencia en si mismo y en los otros. Considera la espiritualidad y esencia del ser, que proporciona la fortaleza ante los temores y las pérdidas. La fe proporciona significado a la vida y genera confianza y seguridad cuando permitimos fluir habilidades humanas y creencias propias del enfermo para fortalecer a la persona que enfrenta la enfermedad y a apoyarse en el perdón y la trascendencia de la vida ante la muerte.

5.-Resultados esperados en la práctica de enfermería basada en cuidado humano: se plantean centrados en la persona que se cuida y en el cuidador. Los resultados centrados en la persona que se cuida dirigidos a mantener la salud, restablecerla o recuperarla, evolución, y mejoría en caso de enfermedad, subsanar o satisfacer necesidades, logro de objetivos y reincorporarlo al quehacer diario y los resultados en el cuidador agradecimiento, satisfacción y desarrollo profesional en el cuidador.

En el logro de los resultados en el cuidado humano es necesario reconocer que la cura puede ocurrir o no al igual que la muerte puede sobrevenir; pero el cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, incapacidades y durante todo el proceso de vivir y morir”.

La gratitud seguramente estará presente para la persona que cuida durante la relación de cuidado humano. Se espera que toda persona después de haber establecido una relación de ayuda con otro manifieste agradecimiento. (Mayeroff, 1971) considera que más que recibir agradecimiento es sentirse agradecido de uno mismo, “por vivir el sentido de la propia vida, por su intervención y por su preparación en la

relación de cuidado, por la existencia de otros que precisan de cuidados y por las capacidades que se puedan desarrollar en el cuidado y de manera más general, agradecer por tener la oportunidad y capacidad para dar o entregar en una relación de ayuda. En esta relación recíproca los otros serán capaces de reconocer en la persona que los cuida sus habilidades para cuidar, su entrega y su compromiso con él; por tanto si esto ocurre se mostrarán más que el agradecimiento el reconocimiento por la demostración de competencias y capacidades permitiendo al cuidador sentirse satisfacción por el desarrollo de sus habilidades para cuidar.

La última categoría con respecto a la práctica de enfermería basada en el cuidado humano ha sido considerar la **Influencia del entorno**: tal como se mencionó anteriormente en la filosofía del existencialismo el ser humano está vinculado con el mundo y con los demás entes que viven en su entorno por lo tanto no se pueden separar porque el ser es parte del todo y el todo forma parte del ser.

El entorno como concepto paradigmático ha sido considerado como medio de interacción que puede afectar al ser humano en su situación de salud-enfermedad. En este sentido se toman en cuenta sus situaciones o vivencias previas, como el estrés, las emociones de angustia y ansiedad tanto de la persona como del familiar, las relacionadas con su sexualidad, el entorno socio-laboral que influye en la dinámica de la vivencia y experiencias según el rol, su dependencia o independencia económica, su participación en la comunidad y en el hogar y los factores medioambientales debido a la exposición de las personas tanto en el medio laboral como en la comunidad donde exista exposición a sustancias tóxicas que incrementan el riesgo de padecer enfermedades .

Al considerar el desarrollo de conceptos que están relacionados con la práctica de enfermería basada en la filosofía de cuidado humano, se forman las definiciones teóricas que fortalecen el conocimiento que fundamenta las acciones para la profesión de enfermería.

(Marriner Tomey & Raile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, 2002), destaca “los conceptos de persona, medio ambiente, salud, enfermedad y Enfermería” (p. 5), como elementos paradigmáticos que se han generado alrededor de la práctica de Enfermería, aportado científicidad en la práctica, desde las diferentes perspectivas teóricas, producto de la experiencia y de la investigación, que consolidan un cuerpo teórico de conocimientos y retroalimentan el quehacer profesional. La presente construcción teórica ha considerado estos elementos paradigmáticos generados a partir de las perspectivas de las informantes y las relaciones con diferentes teorías que han fortalecido el conocimiento de la profesión.

Intencionalmente se indagó en la búsqueda de datos que describieran los conceptos de enfermería, persona, salud y enfermedad como eje transversal en el cual se desarrolla la práctica y el cuidado que han sido desarrollados por la mayoría de las teorías de enfermería.

En relación al **profesional de enfermería**, definida como una persona que desarrolla conductas humanas referidas al ser, hacer y conocer para proporcionar cuidados que implican el desarrollo de habilidades técnicas: que están dirigidas específicamente al hacer o cumplir procedimientos, utilizando las técnicas terapéuticas y proporcionando la ayuda necesaria, valorando condiciones y necesidades ejecutando acciones que le permiten solventar necesidades. Habilidades humanas: propias del ser, que les permite establecer una relación interpersonal y grupal en la cual es capaz de comunicarse efectivamente con el ser humano que demanda cuidados y con la familia, mostrando una conducta ética y moral con valores como la responsabilidad, el respeto, la sensibilidad, la humildad, el compromiso, la disposición, la espiritualidad, el humanismo para actuar en función del otro con la presencia que esto envuelve y Habilidades conceptuales (conocer) que les permiten la integración del conocimiento en la aplicabilidad de las ideas, conceptos, teorías para comprender la función propia y de la organización, mantenerse en constante actualización, disposición para el cambio y utilizando el

pensamiento y el razonamiento crítico en el, diagnóstico de situaciones e implementar alternativas de solución a los problemas fundamentadas en el conocimiento y evaluar sus acciones y resultados en función del otro. Estas conductas están interconectadas con el cuidado humano en el desarrollo de las conductas y actitudes que se describen en él.

En razón de esto se ha definido a la enfermera (o) desde el punto de vista de su acción y sus acciones, las cuales, son ejecutadas según el sentido de la vida y el destino de la misma, preocupada por la existencia humana dirigida por la razón y los sentimientos. Al respecto (León Rugeles, 2011) cita a Blondel (1993) quien refiere que “la acción es la que define al hombre por ser el primer elemento de la vida de todo ser humano a partir del cual el hombre se desarrolla” (p. 22) este autor afirma que la acción es la síntesis del querer, del ser y del conocer”. En este sentido se puede ver claro como el ser que desarrolla la práctica, el ser que integra el conocimiento teórico y a su vez el ser que desarrolla conductas humanas en una concepción filosófica de cuidado humano.

2.- La concepción de persona enferma: las enfermeras (os) que basan su práctica en la filosofía de cuidado humano conciben a la persona enferma según la condición humana y sus expectativas: a quien se le considera en un enfoque de integralidad como un ser con necesidades humanas afectado en su aspecto físico, psíquico y emocional, que depende de cuidados en su entorno holísticos, constituye el centro o razón de ser del profesional de enfermería y que bajo el enfoque humanístico deja de ser paciente para ser llamado persona, individuo o usuario con expectativas de atención, suministro de información, prontitud en la ayuda y en la percepción y solución de sus necesidades, que merece un trato afectivo, amable, respetuoso, ético y, con conocimiento que le permita alcanzar su mejoría, aprender a Autocuidarse para reincorporarse a la sociedad y a su quehacer diario recuperando y manteniendo la salud y la vida

3.- **Salud:** concebida a partir del equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu o entre el estado de bienestar y la ausencia de enfermedad que requiere de promoción, prevención, cuidado y autocuidado para recuperarse y mantenerse.

4.-Enfermedad: es una condición de afección física o mental producto de un desequilibrio que interrumpe la salud y el bienestar momentáneo o crónico de la persona que requiere de la ayuda de otro y la aceptación y afrontamiento, que se presenta cuando existen factores influyentes como el tipo de enfermedad, las características individuales, el nivel educativo y la predisposición genética y antecedentes o puede ocurrir como consecuencia de la acción como falta de prevención y control, falta de prácticas de salud y automedicación.

Estas dos ultimas definiciones continúan siendo descritas bajo un paradigma biomédico y es aceptable siempre que se considere que son condiciones que comúnmente han sido concebidas en términos de curación o recuperación y el **cuidado humano** va más allá de una relación de salud-enfermedad, siendo considerado una relación entre humanos con características de amplitud, integralidad, y una pertinencia particular cuando se refiere al cuidado proporcionado por el profesional de enfermería que se cumple mediante el desarrollo de conductas humanas que implican el conocimiento, la conductas interactivas, requerimientos de contribución, principios éticos y valores dirigido al logro de resultados tanto para la persona que cuida como para el ser que demanda cuidados y a quien se le considera la influencia del entorno en que se desenvuelve con el conocimiento de que la cura puede ocurrir o no al igual que la muerte puede sobrevenir; pero el cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, incapacidades y durante todo el proceso de vivir y morir.

REFLEXIONES FINALES

El análisis de los datos permite presentar las siguientes conclusiones:

Las informantes reconocen la falta de evidencias en cuanto al uso de teorías de enfermería, y reconocen la importancia que estas tienen para guiar y fundamentar la práctica e identificaron tres factores que influyen en el uso de las teorías en la práctica: los propios de las teorías, el apoyo organizacional y los factores individuales.

El uso de las teorías va a depender de la convicción o actitud individual de querer hacer uso de las mismas, y asumirlo como un deber moral y ético, implica conocimiento e interés individual independientemente del apoyo organizacional.

La integración de las teorías a la práctica favorece el profesionalismo, el desarrollo profesional, la autonomía, el sentido de pertenencia y el reconocimiento social.

A partir de las perspectivas de las informantes en la práctica de enfermería se identificaron tres elementos como son el trabajo rutinario y funcional, sentimientos de insatisfacción, y expectativas sobre la práctica que plantean la necesidad de introducir cambios apoyados en la integración del conocimiento fortalecido en la investigación y en la gerencia del cuidado. Estableciendo el uso del proceso de enfermería, la utilización de un método de asignación de trabajo y la implementación de los registros de enfermería como mecanismos a considerar en la reestructuración de la práctica.

La práctica de enfermería plantea como requisitos del cuidado de calidad la eficiencia, la eficacia, la integralidad, la efectividad y la acción oportuna.

El cuidado humano fue caracterizado en términos de amplitud, pertinencia e integralidad.

La interacción humana que se practica durante el desarrollo de una práctica basada en la filosofía del cuidado humano implica conductas afectivas, comunicación, actitudes interactivas y la promoción del cuidar de sí.

El profesional de enfermería que desarrolla la práctica de enfermería basada en la filosofía de cuidado humano requiere exhibir una conducta humana que integra su ser, su hacer y su conocer, en cuanto a la práctica de habilidades técnicas referidas a los procedimientos, su ser que involucra habilidades humanas referidas a las conductas de interacción, comunicación, ética y valores y sus habilidades conceptuales en la integración de conocimientos.

Los resultados de una práctica basada en el cuidado humano involucran al cuidador y al ser cuidado. En el cuidador se generan sentimientos de agradecimiento, satisfacción, y expectativas de desarrollo profesional y reconocimiento. En el ser cuidado los resultados están orientados a mantener la vida. Restablecer la salud y generar sentimientos de satisfacción.

El entorno es considerado como medio de interacción que puede afectar al ser humano en su situación de salud-enfermedad en cuanto a situaciones o vivencias previas, y su contexto familiar, social, laboral y factores medio ambientales

La filosofía de cuidado humano se constituye en una nueva forma de pensar para desarrollar la profesión de enfermería en una constante búsqueda de conocimientos, en una manera más humana, centrada en el otro, y en el cuidado de sí mismo a través de la relación de interacción entre humanos que requiere disposición, y evidencias, desarrollando una práctica con principios éticos y valores en espera de resultados en función de la persona que se cuida y de uno mismo.

RECOMENDACIONES

Incorporar la filosofía de cuidado humano a la práctica de enfermería como una nueva forma de pensar para desarrollar la profesión desde una perspectiva más humana, centrada en el otro, y en el cuidado de si mismo a través de la interacción entre humanos mediante la educación permanente donde se aborden los aspectos ontológicos y epistemológicos de la enfermería

Integrar el conocimiento sobre las teorías de enfermería a la práctica como guía de la práctica para proporcionar un cuidado humano de calidad

Promover una práctica fortalecida por principios éticos y valores que garanticen la calidad del cuidado mediante la integración del gremio, la docencia y asistencia.

Establecer políticas de enfermería para la reestructuración de la práctica, apoyados en la integración del conocimiento fortalecido en la investigación y la gerencia del cuidado.

Establecer un sistema de trabajo en enfermería integrado por el proceso de cuidar, métodos de asignación de trabajo y los registros de enfermería normalizados

Promover investigaciones relacionadas con el proceso de cuidar, métodos de asignación de trabajo, los registros de enfermería y la integración de las teorías de enfermería a la práctica.

Constituir la filosofía de cuidado humano como eje transversal del curriculum de las escuelas de enfermería

Continuar estudios de investigación referidos a la aplicabilidad del proceso de enfermería. Los métodos de asignación de trabajo y el apoyo de la gerencia en el área práctica de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alzate Posada, M. L. (1998). Gerencia del Cuidado de Enfermería. En U. N. Grupo de Cuidado de la facultad de enfermería de, *Dimensiones del cuidado* (pág. 102). Santa fe de Bogotá-Colombia, Colombia: Unibiblos Universidad Nacional de Colombia.
2. Ariza, C. (1998). La excelencia en el cuidado un reto para enfermería. *www.wn Colombia.com* , Citado 11-11-2008.
3. Balderas Pedrero, M. d. (2009). *Administracion de los servicios de enfermería*. México: Mac Graw Hill.
4. Barbosa de Pinho, L., & Azevedo Dos Santos, S. M. (2006). Significaaodos y Percepciones sobre el cuidado de Enfermería en la Unidad de cuidados intensivos. *Enferm revista en la Interneet Scielo* , 20-24 disponible en [http//scielo isciii.es](http://scielo.isciii.es) Citado en Agosto 2010.
5. Boff, L. (2002). *El Cuidado esencial. Etica de lo humano, compasión por la tierra*. Madrid: Trotta.
6. Burk, I. (1992). *filisofía una introducción actualizada*. Caracas-Venezuela,: INSULA.
7. Cabello, José. (2006). Modelos y teorías de enfermería. *www.jose cabello.com* , consulta 11-11-2008.
8. Carpenito, L., & García Miñano, S. (Junio 2009). Entrevista a Lynda Juall Carpenito Moyet “No podemos definir la enfermería sin los diagnósticos de enfermería como ciencia”. *Enfermería Global N° 16* , www.um.es/eglobal/ Agosto 2012.
9. Castrillón, M. C. (1997). *La Dimensión Social de la Práctica de Enfermería*. Antioquia Colombia: Universidad de Antioquia.
10. Castrillon, M. C. (2001). Teoría y Práctica en enfermería.: los retos actuales. *Investigación y educación en Enfermería* , 55.
11. Chavez Calderón, P. (2004). *Historia de las doctrinas filosóficas*. México: Pearson Educación.
12. Chiavenato, I. (2004). *Administración de recursos humanos*. Bogotá Colombia: McGrawHill Interamerican, Quinta edición.

13. Chiavenato, I. (2004). *Introducción a la teoría general de la administración*. México: Mac Graw Hill.
14. Colliéri, M. F. (1999). *Promover la vida*. España: Mc Graw Hill.
15. Consejo Internacional de Enfermeras CIE. (2012). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. (pág. Disponible en URL: <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>). Jean-Marteau, Ginebra (Suiza): Copyright [Consultado el 24 de Abril 2013].
16. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2012). *Definición de enfermería*. Ginebra: www.icn.ch/es/ Consultado 30 de Abril 2013.
17. Daza de Caballero, R. (2005). Cuidado y práctica de enfermería. *Scielo*, disponible en <http://scielo.isciii.es> consultado Oct. 2008.
18. Duran de Villalobos, M. M. (2006). Teorías de rango medio. Por qué para el cuidado?,. Importancia y utilidad para la práctica de Enfermería. En U. N. Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería, *El Arte y la Ciencia del Cuidado* (pág. 31). Bogotá-Colombia: Guadalupe Ltda.
19. Ellis, A., Hartley, M., & En Neves, E. (1988). *El compromiso Social de Enfermería como Disciplina Científica*. Chile: Universidad de Concepción, .
20. Espinoza P., P. M. (2011). *Metodología ecológica para el desarrollo organizacional*. Valencia-Venezuela: PETRAS&SONSASESORÍAS, C.A.
21. Fernandez García, V. (2006). Perspectiva de la enfermería Transcultural en México. *Enferm*, <mailto:vicky@funsalud.org.mx> Consulta 20-11-2008.
22. Flexner, A., & Fernández, J. (2001). Elementos que consolida el concepto de profesión. Notas para su reflexión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, Disponible en URL: <http://redie.uabc.mx/contenido/vol> [Consultado el 12 de Septiembre 2012].
23. Gadamer, H. G. (2003). *Los caminos de Heidegger*. Barcelona: Herder.
24. García Martín-Caro, C., & Martínez Martín, M. L. (2001). *Historia de la enfermería*. España: Harcourt, S.A.
25. García, B., & Salgado, A. (2001). *Modelo de Gestión y atención Integral*. insalud. Caracas-Venezuela: Lacso.
26. Hellriegel, D., Jackson, S. E., & Slocum, J. J. (2008). *Administración un enfoque basado en competencias*. México: CENGAGE LEARNING, 11Aa edición.

27. Henderson, V. (1994). *La Naturaleza de la enfermería Reflexiones 25 años despues*. España: Mc Graw Hill Interamericana.
28. Kerovac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.
29. Kozier, B., Erb, G., & Kathleen, B. (1995). *Conceptos y temas en la práctica de la enfermería*. México: Interamericana Mc Graw Hill.
30. Kron, T. (1983). *Liderazgo y Administración en Enfermería*. México: Interamericana.
31. La Ley de ejercicio profesional de la práctica de enfermería. (2005). Caracas-Venezuela: Gaceta Oficial Núm 38.263.
32. Leal, J. (2005). *La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación*. Venezuela: Centro editorial Litorama.
33. León Rugeles, F. (2011). *Antropología filosófica*. Valencia-Venezuela: Universidad de Carabobo. Dirección de Medios y Publicaciones .
34. Magee, B. (1999). *Historia de la filosofía*. México: Planeta.
35. Marriner Tomey, A. (2001). *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería*. Madrid-España: Ediciones Harcourt.
36. Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2002). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: ELSEVIER SCIENCE.
37. Marriner-Tomey, A. (1994). *Modelos y teorías de enfermería*. España: Mosby/Doyma.
38. Martinez Ramirez, A. (2005). *Manual de gestión y mejora de procesos en los servicios de salud*. México: Manual Moderno.
39. Mayeroff, M. (1971). *El Arte de servir ao próximo para servir a sí mismo*. Brasil: Record.
40. Meleis, A. (1985). *Theorithical Nursing Development Progresos*. Filadelfia: JB Lippincott.
41. Nuñez, M. (2006). El Cuidado un poco de historia. *Disponible en www.blogger.com* , consultado 11/11/2008.
42. Orem, D. (1983). *Normas prácticas en Enfermería*. Madrid-España: Ediciones Piramide S.A.

43. Ortega Vargas, M. C., & Suarez Vasquez, M. G. (2006). *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería, estrategias para su aplicación*. México: Panamericana.
44. Perry, A. G., & Potter, P. A. (1999). *Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos*. España: Mosby.
45. Potter, P. A., & Perry, A. G. (1996). *Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica*. Madrid-España: Mosby/Doyma Libros.
46. Ramos Crespo, M. G. (2001). *Para educar en valores- teoría y práctica*. Venezuela: Paulinas.
47. Reed, P. G. (1999). *Tratado acerca del conocimiento de la evolución de la enfermería para el siglo XXI mas allá del postmodernismo*. Baltimore.
48. Robins, S. (2004). *Comportamiento organizacional*. Mexico: Pearson Educación, decima edición.
49. Rodríguez, Y. M. (2006). *Discurso y sociedad. Una visión emergente hacia la enfermería* . Valencia-Venezuela: Universidad de Carabobo.
50. Sánchez Herrera, B. (2002). Utilidad de los modelos conceptuales de enfermería en la práctica. En G. d. Colombia, *El Arte y la Ciencia del Cuidado* (pág. 17). Bogotá-Colombia: Guadalupe Ltda.
51. Spezani, R., Lanzelloti, R. C., & Costa Aguiar, B. (2007). Reflexiones sobre la práctica y la importancia de enfermería en la terapia intensiva. *Enfermería Global* , www.um.es/eglobal consulta 14-09-08.
52. Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *STRAUSS A. Y CORBI Bases de La investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar La teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
53. Travelbee, J. (1979). *Intervención en enfermería psiquiatrica: El proceso de la relación persona a persona*. (OPS, Ed.) Cali, Colombia: Carvajal S.A.
54. Vasquez, E. (2000). *Cultura, valores y democracia*. Mérida –Venezuela: edit. Universidad de los Andes,.
55. Vessuri, H. (2001). *Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional. El proyecto de la escuela nacional de enfermería en Venezuela*. Venezuela.
56. Waldow, V. R. (1998). *Cuidado Humano o Resgate necesario*. Porto Alegre-Brasil: Clubs dos editores.

57. Watson, J. (1988). *Nursing Human Science and Human Care - theory of Nursing*. New York.

ANEXO.- 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ CI: _____

Localidad: _____ Nivel académico: _____

Siendo mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y sin que nadie mediante coacción ni violencia alguna y en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, y propósito de la investigación titulada **construcción teórica de la práctica de enfermería basada en la filosofía del cuidado humano**. Declaro haber sido informado de manera objetiva, clara y sencilla, por parte de la investigadora sobre:

- Los aspectos relacionados con la finalidad de la investigación.
- Mi participación en la investigación, consiste en responder a las entrevistas que previo acuerdo sean pautadas.
- La información suministrada será grabada para ser utilizada única y exclusivamente para fines de esta investigación.
- La investigadora me garantiza confiabilidad relacionada con mi identidad como de cualquier información relacionada con mí persona.
- La investigadora me garantiza que la información recolectada sólo será utilizada para fines científicos.
- Cualquier duda en relación a la investigación será aclarada por la investigadora.
- Bajo ningún concepto, se me ha ofrecido, ni pretendo recibir beneficios, producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.
- La participación en esta investigación no implica riesgos a mí salud.

Luego de haber leído, comprendido y recibido respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento informado y mi participación en este estudio, acuerdo:

- Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar a la Doctoranda Yraida Moreno a grabar las opiniones emitidas por mí persona.
- Reservarme el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en el estudio, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia ético- legal para mí persona.

Firma: _____ **Anexos**