

139



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA CAPACITACION EN NEONATOLOGIA UN RETO PARA LA ENFERMERIA

T E S I S

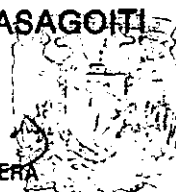
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

CAROLINA MAYME BASAGOTI

ASESORA: MTRA: INIGA PEREZ CABRERA

Iniga Pérez



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de Servicio S2001.

MEXICO, D. F.



20/2/2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios

Con Dios está la sabiduría y el poder;
Suyo es el consejo y la inteligencia.
Si Él derriba, no hay quien edifique,
Gracias Señor, por permitir que llegara
Este día.

A Mis Hijos:

Por su cariño, comprensión, dedicación,
Apoyo, tiempo y amor.
En especial, a Mario Alberto por que
Comprende que mis triunfos y logros
También son suyos.

A Mi Asesora:

La maestra Iñiga Pérez Cabrera,
Por su paciencia, apoyo y dedicación,
Sin los cuales no hubiese podido
Concluir la investigación.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
1. GENERALIDADES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	
1.1. Antecedentes del Problema.	3
1.2. Delimitación del problema.	4
1.3. Descripción del problema.	4
1.4. Planteamiento del Problema.	5
1.5. Justificación.	5
1.6. Delimitación espacial.	7
1.7. Población de Estudio.	7
1.8. Características de la Población.	7
1.9. Beneficiarios de la Investigación.	7
1.10. Objetivo General.	7
1.11. Hipótesis de Trabajo.	8
1.12. Variables.	8
1.13. Fuentes de Información.	8
1.14. Ejes Conceptuales.	
1.14.1. Formación Académica.	9
1.14.2. Limitaciones para la Capacitación	10
1.14.3. Ética profesional en el Cuidado.	10
1.14.4. Atención del Neonato.	11
1.15. Operacionalización de variables.	13
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Servicios de atención neonatal.	14
2.1.1. Aspectos sociales.	14
2.1.2. Aspectos físicos, materiales y de recursos humanos.	18
2.1.3. Aspectos económicos.	23
2.2. Educación y la capacitación en enfermería, el único camino hacia la excelencia en el cuidado.	
2.2.1. Tendencias De La Formación Básica De Enfermería.	25

2.2.2.	Pertinencia de Los Planes De Estudio.	29
2.2.3.	Preparación del profesorado.	37
2.3.	Capacitación y competencia.	
2.3.1.	El Modelo De Dreyfus aplicado a la competencia.	38
2.3.2.	La capacitación y la organización de recursos.	40
2.3.3.	Costo de las actividades de capacitación del personal.	44
2.4.	Los Modelos y el enfoque científico en la solución de problemas en enfermería.	
2.4.1.	Los Modelos De Enfermería y el enfoque científico.	46
	Los diferentes Modelos.	46
	Modelo de Dorothy E. Jonson.	50
	Modelo de Imonege King.	50
	Modelo de Neuman.	50
	Modelos de Martha Rogers y de Madeleine Leininger.	51
	Modelo de Virginia Henderson.	52
	Los Modelos Empíricos Experimentales.	53
2.4.2.	El Modelo de Dorotea Orem Y su relación con el enfoque científico.	61
	El Modelo de Dorotea Orem.	61
	Los requisitos de auto cuidado universal.	62
	Los requisitos de auto cuidado en el desarrollo.	62
	Los requisitos de auto cuidado relativos a la desviación de la salud.	62
2.5.1.	La capacitación en enfermería y los días estancia del paciente.	65
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1.	Tipo de Investigación.	70
3.2.	Universo.	70
3.3.	Muestra	70
3.4.	Criterios de selección de la muestra.	71
3.5.	Método, técnica e instrumento para la recolección de datos.	71
3.6.	Proceso de la investigación.	71
3.7.	Procesamiento estadístico.	71
3.8.	Comprobación de hipótesis.	72
3.9.	Organización de la Investigación.	72

4.	RESULTADOS,	
4.1.	Descripción e interpretación de datos .	73
4.2.	Comprobación de la hipótesis.	80
	La relación de la capacitación y su formación académica.	81
	La relación entre los diagnósticos de enfermería y la capacitación.	82
	La relación entre las características de la enfermera y los días estancia de los neonatos	84
5.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
5.1.	Conclusiones.	94
5.3.	Propuestas.	97
5.4.	Plan de capacitación.	101
	Bibliografía	102
ANEXOS		
	Cuestionario	105
	Cuadros y gráficas	

ÍNDICE DE DIAGRAMAS.

Diagrama 1. La planificación de los cuidados de enfermería	17
Diagrama 2. Departamento de neonatología	21
Diagrama 3. Gasto calórico del prematuro en crecimiento	22
Diagrama 4. Ejemplo de evaluación económica	23
Diagrama 5. Recursos de capacitación	42

ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICAS.

Cuadro y gráfica No. 1. Estado Civil de las encuestadas.	108
Cuadro y gráfica No. 2 Antigüedad laboral	109
Cuadro y gráfica No. 3 Número de hijos por enfermera	111
Cuadro y gráfica No. 4 Distribución por turno	112
Cuadro y gráfica No. 5 Antigüedad en el servicio de neonatología	113
Cuadro y gráfica No. 6 Enfermeras que recibieron cursos de neonatología	114
Cuadro y gráfica No. 7 Lugar donde recibieron capacitación	115
Cuadro y gráfica No. 8 Tipo de capacitación recibida	116
Cuadro y gráfica No 9 En la formación profesional tuvo contacto con R. N.	117
Cuadro y gráfica No.10 Cursó materias relacionadas con el R.N.	118
Cuadro y gráfica No. 11 Enfermeras que realizarían cursos de neonatología	119
Cuadro y gráfica No. 12. Enfermeras que conocen el plan de cuidados	120
Cuadro y gráfica No. 13. Enfermeras que aplican el plan de cuidados	121
Cuadro y gráfica No. 14. Enfermeras que consideran que los cuidados se basan en principios científicos	122
Cuadro y gráfica No. 15. Opinión de la hoja enfermería comunica la información esencial	123
Cuadro y gráfica No. 16. Las notas de enfermería permiten evaluar el trabajo de la enfermera	124
Cuadro y gráfica No. 17. La historia clínica proporciona la información necesaria para seguir la evolución del neonato	125
Cuadro y gráfica No. 18. Las notas de enfermería aseguran la protección legal a la enfermera y al neonato	126
Cuadro y gráfica No. 19. Las notas de enfermería pueden ser objeto de investigación	127
Cuadro y gráfica No. 20. La identificación de diagnósticos de enfermería	128
Cuadro y gráfica No. 21. La comunicación con el neonato es parte integrante de los procedimientos	129
Cuadro y gráfica No. 22. Actividad donde tienen más comunicación con los recién nacidos	130
Cuadro y gráfica No. 23. Los días estancia del RN tiene que ver con la calidad de los cuidados	131
Cuadro y gráfica No. 24. Razón principal de la relación enfermera-RN en la interacción	132

Introducción

En el Hospital Metropolitano (H.M.) por la organización, la contratación del personal de enfermería es con el requisito de ser titulado, condición que asegura el mínimo de calidad requerida para la atención de pacientes adultos, no así en cuanto a los neonatos y menos aún los de alto riesgo. La realidad ante la carencia de personal especializado para estas áreas, es que cada hospital tiene que proporcionar la capacitación necesaria para el desarrollo de las habilidades y destrezas, así como también de los procedimientos específicos en el cuidado de los neonatos. El proceso bajo estas circunstancias, es lento y costoso. Lento por que cada día se aprenden una o dos actividades y costoso por que el reforzamiento se hace bajo supervisión directa. En esta prospectiva a largo plazo, el mantenimiento de recursos humanos debidamente capacitados no puede asegurarse ya que las condiciones económicas de trabajo resultan poco atractivas y los niveles de estrés altos. Ante esta situación es necesario detectar las necesidades en la formación de las enfermeras del servicio de neonatología, proponiendo una estrategia que permita la capacitación, en el menor tiempo posible a través de cursos especiales diseñados para que la atención de los neonatos sea holística.

Por ello, se propone en la siguiente investigación, un análisis de las necesidades de capacitación que favorezcan el desarrollo profesional del personal de enfermería, y así poder hacer frente a los retos que representan los cuidados neonatales en áreas críticas.

Finalmente, es indispensable otorgar mayor énfasis a la morbilidad, de manera que los niños sobrevivientes puedan desarrollar vidas útiles y productivas. Es por tanto responsabilidad de la enfermera, que la medida del éxito sea la calidad de vida y no el mero hecho de la vida misma.

Esta investigación está organizada alrededor de los problemas de capacitación, y se espera poder presentar un equilibrio entre la enfermería básica sobre la cual debe descansar el manejo racional y los consejos referidos a la atención del R.N. en estado crítico, proporcionada por enfermeras expertas y calificadas en el área y brindar el tratamiento, la ayuda y la comprensión necesaria a los neonatos.

El trabajo de investigación está conformado en cuatro apartados, en el primero, se expone el problema relativo a la insuficiente preparación de las

enfermeras en neonatología que ponen en riesgo la calidad de los trabajos prestados.

La segunda parte contiene la fundamentación teórica y las aportaciones de Dreyfus, y Brener, que complementan un módulo de capacitación aplicable a la enfermería. Además cuenta con un análisis de los modelos de enfermería y su contribución al saber enfermero; así como la investigación de López Rosado sobre los problemas económicos que giran en torno a la salud prenatal y al costo días estancia de un Recién Nacido en la UCIN.

En la tercera unidad se incluye la metodología del estudio para la detección de las necesidades de capacitación del personal de enfermería que sirvió de base para el proyecto de un programa de capacitación.

La cuarta corresponde a la presentación de los resultados, comprobación de hipótesis, conclusiones y propuestas para mejorar la calidad de los Recién Nacidos en neonatología.

Al final se incluye la bibliografía y en los anexos: el cuestionario, cuadros y gráficas y la hoja de enfermería que el HM lleva en la UCIN y que se basa el modelo de Dorotea Orem, complementada con algunos diagnósticos de Enfermería de la NANDA en el que se facilita la planeación, ejecución y evaluación los cuidados para establecer estándares de calidad.

1. Generalidades del problema de investigación.

1.1. Antecedentes del Problema

El campo de trabajo de la enfermería, en el contexto de las reformas que vive el sector salud en México, constituye un área fundamental para la producción del conocimiento, ya que se acumularon problemas no resueltos en la formación cuantitativa y cualitativa de la instrucción básica del personal, dadas por las diferencias entre los distintos planes de estudio dependiendo del área geográfica y la institución de procedencia. Estos problemas se reflejan también en el desarrollo profesional de las enfermeras en todas las áreas y en especial las denominadas críticas, por la tecnología y alto nivel de los complejos problemas de salud que presentan los pacientes. Esta situación es explicada con distintos enfoques en el presente caso se aborda desde la perspectiva de las teorías económicas y de las teorías sociales.

Las teorías económicas, plantean que las decisiones individuales, en cuanto a la continuación de los estudios, no son substancialmente diferentes de cualquier otra decisión económica que sopesa los costos y beneficios de caminos alternativos para invertir los escasos recursos económicos de las enfermeras en cursos de especialización. De esta manera, se ve limitada la capacitación requerida en la calidad de la atención. Esto se refleja en las fuerzas económicas, especialmente las que influyen sobre los beneficios vinculados con la educación superior, como los recursos financieros que las enfermeras pueden aportar para hacer frente a la inversión que supone el continuar asistiendo a la escuela.

Las teorías sociales, plantean que la capacitación profesional debe entenderse no como un acontecimiento individual aislado, sino como parte de un proceso de estratificación social mas amplio, que opera para preservar los patrones existentes de desigualdad social y educativa.

Partiendo de ambas teorías que sustentan el desarrollo personal y profesional en un proceso educativo formal, las enfermeras en el área laboral requieren de educación continua sustentada en la concepción de adulto-conocimiento-aprendizaje al mismo tiempo que ganan experiencia. En donde ésta de considerarse que el adulto con la edad sufre cierta declinación en sus

funciones orgánicas e intelectuales cuando se aleja del hábito del estudio cotidiano, más no significa que exista la imposibilidad de aprender cosas nuevas y de hacer cambios en su comportamiento. Por otra parte, más que la edad en sí misma, influyen muchos otros factores como la motivación, el estatus social, el nivel educacional y profesional, los incentivos institucionales y otros, así mismo que la identidad en la carrera.

1.2. Delimitación del problema.

Las diferentes causas que originan la falta de capacitación y especialización del personal de enfermería como un problema del Sistema Nacional de Salud que refleja en gran parte una deficiencia del Sistema Nacional de Educación teniendo incidencias profundas los procesos políticos, económicos y sociales del desarrollo nacional.

1.3. Descripción del problema.

Un deficiente conocimiento en el área neonatal imposibilita a la enfermera a conocer las necesidades reales y potenciales de los recién nacidos, para interpretar los síntomas, conocer la naturaleza de los riesgos, sus formas y sus complicaciones y de como prevenir el daño. Para lograr el nivel de calidad deseado en la atención de los neonatos prematuros, la observación de las características por medio de un análisis rápido y capaz, permite establecer el diagnóstico de enfermería que puede proveer los conocimientos necesarios para resolver los problemas y evitar los riesgos por sobrevenir durante el curso de una patología, así como aprovechar los conocimientos favorables que la naturaleza suscita en la lucha por la vida y valorar con seguridad entre varios métodos y tratamientos de enfermería, tomando en cuenta sus ventajas e inconvenientes y escoger aquel cuya aplicación va ha permitir el éxito y con una mejor calidad de vida, considerando al neonato en sus dimensiones cognitivas, afectivas y sociales.

Las diferentes causas que originan la falta de capacitación y especialización del personal de enfermería son un problema del Sistema Nacional de Salud que

refleja en gran parte una deficiencia del Sistema Nacional de Educación y ambas tienen incidencias profundas en los procesos políticos, económicos y sociales del desarrollo nacional. Otros factores que influyen en la falta de capacitación profesional en el área, es la mínima participación de enfermeras en el proceso de planeación de la educación continua, lo que resulta inconveniente, ya que al implantarse programas ajenos a sus necesidades y a las de su práctica no se interesan en asistir y cuando lo hacen es bajo presión o indicación concreta de sus jefes inmediatos, por tanto no existe compromiso e interés en el aprendizaje, lo cual se convierte en un círculo vicioso en detrimento de la formación de las enfermeras y la calidad de los cuidados que proporcionan a los recién nacidos en el área de neonatología. Esto también se refleja en el mayor número de días estancia, por la insuficiente preparación para atender las necesidades de esta población.

1.4. Planteamiento del Problema.

¿Cuál es la formación académica del personal de enfermería y la atención a los neonatos, en el área de la U.C.I.N. del HM?

Partiendo de esta interrogante se desprenden otras incógnitas:

¿ Cómo influye la capacitación en los días de estancia del prematuro en el Hospital Metropolitano?

¿ Cómo influye la formación profesional en la atención del neonato de alto riesgo?

¿ Da la preparación profesional la capacidad de situar el cuidado dentro de un enfoque científico para la resolución de problemas?

1.5. Justificación.

En la experiencia profesional de la enfermería existe un área poco desarrollada que es la atención de los neonatos, tanto los de término como los de alto riesgo y bajo peso.

Los avances científicos y tecnológicos en el cuidado de esta población en la última década han permitido una reducción de las tasas de mortalidad perinatal. Neonatos que antes eran considerados irrecuperables, ahora gracias a los avances científicos y tecnológicos son viables y tienen la oportunidad de salir adelante con una buena calidad de vida. Como resultado de estos avances surgen las unidades de cuidados especializados (U.C.I.N.) que proporcionan al neonato una atención de calidad, con ello el papel de la enfermera ha evolucionado y la preparación básica resulta insuficiente en esta área, por lo cual los hospitales tienen que reconsiderar su postura al respecto.

Las U.C.I.N en general dentro de los servicios de las instituciones y ante las demandas de múltiples recursos para su desarrollo, se han visto limitadas para la formación de personal de enfermería capacitado, acorde a las nuevas teorías, las técnicas, las habilidades e los instrumentos necesarios para cubrir las demandas impuestas por los avances de una sociedad dinámica y en constante desarrollo. Esto ha conducido a las instituciones educativas a la modificación constante de los planes de estudio en el contexto de la formación básica y al establecimiento de nuevos enfoques en la formación especializada para que las enfermeras puedan adquirir los conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidades inherentes a su función.

La instrucción básica en la enfermería por sí sola es insuficiente para establecer una relación afectiva con los neonatos y la mayoría de ellas un contacto mínimo con los de alto riesgo. De esta manera es imposible que entiendan como los neonatos manifiestan sus necesidades afectivas y así otorgarles la atención de calidad que necesitan, algunas enfermeras en pocas ocasiones se acercan a acariciarlos y se observa que aunque apliquen eficientemente los procedimientos técnicos de atención de enfermería, lo hacen de una manera fría y distante lo que impide establecer un ambiente acogedor y de ternura que se espera impere en el área de neonatología.

De lo anterior se infiere que la situación problemática en la atención de los recién nacidos tiene su origen en la insuficiente capacitación para realizar los cuidados a esta población, de aquí que sea necesario detectar las necesidades de capacitación y solucionarlas para que el desempeño profesional sea de acorde a la evolución social y tecnológica. Dada esta situación se hará un estudio del personal de enfermería que labora en el departamento de

neonatología del hospital metropolitano (HM) y la propuesta correspondiente en esta área para mejorar la atención de los recién nacidos y detectar cualquier riesgo que pueda disminuir su potencial y disfruten de un futuro con todas sus capacidades.

1.6. Delimitación espacial.

La investigación se llevó a cabo en el área de neonatología del Hospital Metropolitano ubicado en el D.F. en el mes de octubre del 2000.

1.7. Población de Estudio.

Las enfermeras que laboran en área de neonatología del HM.

1.8. Características de la Población.

De las enfermeras se toma como variable de identificación: La edad, antigüedad, escuela de procedencia, nivel académico y experiencia en el área de neonatología.

De los neonatos se toman los de peso de 1,500 a 2,500 gr. sin patología agregada.

1.9. Beneficiarios de la Investigación.

Los recién nacidos de alto riesgo que ingresarán a la institución posteriormente a esta investigación, y las enfermeras que laboran en el área de neonatología.

1.10. Objetivo General.

Identificar la formación académica del personal de enfermería, y la atención que se da a los neonatos en el área de la UCIN.

Detectar la relación de la capacitación de enfermería y los días estancia del prematuro en el área, con la atención del neonato de alto riesgo.

Identificar la formación académica del personal de enfermería y su capacidad de situar el CUIDADO con el enfoque científico en la solución de problemas de los recién nacidos, en el área de neonatología del HM.

1.11. Hipótesis de Trabajo.

La formación académica del personal de enfermería determina el CUIDADO con el enfoque científico de la solución de los problemas de los recién nacidos de alto riesgo.

La capacitación en el área influye en los días estancia del recién nacido en la U.C.I.N. y en la atención de los neonatos de alto riesgo.

1.12. Variables.

V.1. Formación académica

Capacitación en Neonatología

V.D. El cuidado con enfoque científico da la solución de problemas en los recién nacidos de alto riesgo.

El cuidado con enfoque científico tiene relación con los días estancia y la atención del recién nacido de alto riesgo.

1.13. Fuentes de Información.

Primaria: Enfermeras

Secundarias: Jefes de enfermeras, médicos, Internet, archivos, libros, Artículos, revistas, hoja de valoración del RN.

1.14. Ejes Conceptuales

1.14.1. Formación Académica:

El CIE, define a la enfermera en 1998, como una persona que ha completado un programa de enseñanza básica en enfermería y está calificada para ejercer la profesión en su país.

La enseñanza básica en enfermería comprende el cumplimiento de créditos de un plan de estudios oficialmente reconocido que constituye una base amplia y sólida para el ejercicio de la enfermería y para la enseñanza superior, que desarrollará capacidades específicas. En la primera categoría, el programa prepara a la enfermera por medio de materias de las ciencias de la conducta, biológicas y de la práctica clínica para el ejercicio eficaz y la dirección de la atención de la enfermería en el nivel hospitalario y comunitario. En esta primera categoría es responsable de la planificación, la administración y la evaluación de los cuidados de enfermería del proceso social en todas las circunstancias, para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el cuidado de los enfermos y su rehabilitación.

La segunda categoría prepara a la enfermera en especialidades y maestrías, por medio de estudios teóricos, y prácticas clínicas para la prevención de la salud comunitaria o en áreas de 3er nivel. Nivel de atención.

El CIE, en 1995, informa sobre la reglamentación de enfermería en la situación presente, y su posición futura, llegando a la conclusión que gran parte de la reglamentación gira en torno a la preparación de la enfermera para el ejercicio profesional. En este estudio, documenta la diversidad mundial de la preparación de la enfermera: esa diversidad se da en la enseñanza previa a los estudios de enfermería y en el propio programa de enfermería, sus contenidos, contextos y duración. En el informe señala que el problema de la formación de enfermería carece de universalidad, reapareciendo el particularismo que afecta la identidad mundial de la profesión.

La conclusión final del informe es: Que en todo el mundo la reglamentación de enfermería "Esta mal definida y es variable; que las exigencias en materia de enseñanza y las definiciones jurídicas son por lo general insuficientes y que con relación a la complejidad y la expansión de la función de la enfermería, está evolucionando en respuesta a las necesidades de la asistencia sanitaria.

1.14.2. Limitaciones para la Capacitación:

Como dice Ronald Hubbard el trabajo es el papel más importante de nuestra existencia, agrega que gastamos la tercera parte de nuestra vida en dormir, y por lo tanto el descanso es importante; sin embargo gastamos más de la tercera parte de nuestra vida trabajando, y si no trabajamos no tenemos cama donde descansar, ni alimento que llevar a la boca. El trabajo es lo más importante de la vida del ser humano, si reunimos el amor, deporte, estudio o diversiones encontramos que la mayor concentración de tiempo no está en estos, sino en el trabajo y el trabajo tiene el papel principal, nos guste o no.

Calcula que siete décimas partes de la vida son trabajo, una décima la familia, una décima la política, una décima el descanso. La economía y la lucha por obtener un salario constituyen las siete décimas parte de la existencia, lo cual destaca la importancia del desarrollo profesional en el área laboral sobretodo cuando la formación ha sido insuficiente para el desempeño en áreas críticas, como: U.C.I.N., Hematología y Terapia intensiva, entre otras.

Por otra parte aunado al deficiente conocimiento en estas áreas, las enfermeras profesionales de los servicios de neonatología y de cuidados especiales están continuamente enfrentándose a factores de estrés, los horarios de trabajo crean tensión en su ritmo biológico, el cual se altera. Lo anterior resulta grave cuando están en contacto con niños de alto riesgo, ya que un error puede ser fatal; tal conocimiento genera mucha tensión en ellas, temores, ansiedad y sentimientos de pérdida entre otros, son las causas del estrés hospitalario. Además se espera que las enfermeras disminuyan la tensión en los padres y familiares del neonato pero no hay sistema de apoyo que ofrecer para reducir la ansiedad y la tensión en ellas. Esta es una de las razones por las cuales cuando se les habla de capacitación fuera de horario de trabajo lo rechazan.

1.14.3. Ética profesional en el Cuidado:

Un sistema de planeación de cuidados enfermeros no se reduce únicamente a una cuestión de organización que busque un buen funcionamiento asistencial. El sistema debe basarse en un enfoque filosófico de carácter humanista, que sitúa al ser humano en el centro y que hace que todas las intervenciones

converjan en él. El humanismo es un sistema intelectual representado por pensadores del Renacimiento (Petrarca, Erasmo y otros) se caracterizan por un esfuerzo en destacar y valorar la dignidad del alma humana. En nuestros días, se trata de una corriente de pensamiento y de cultura que reconoce la importancia del ser humano "como medida de todas las cosas".

En enfermería los principios mas conocidos de este enfoque son:

- La complementariedad de las experiencias vividas desde el punto de vista físico, emotivo, intelectual, social y espiritual.
- La persona es considerada como un todo.
- El reconocimiento de valores fundamentales superiores, y el respeto a la interpretación espiritualista de la vida.
- La participación en el crecimiento individual de la persona para que ésta alcance su plenitud física espiritual y social.

El enfoque holístico que debe dar enfermería tiene que tener en cuenta a la persona, su cuerpo, sus posibilidades, sus enfermedades, su potencial cognoscitivo, afectivo y social; finalmente tiene en cuenta su capacidad de relacionarse (comunicarse) con los demás y de trascender lo material para elevarse hacia valores superiores. Sitúa a la persona en su medio, su familia, su lugar de trabajo, y de este modo permite establecer relaciones con su cultura y situación social y económica.

1.14.4. Atención del Neonato:

Los sistemas de atención perinatal al igual de otras áreas de la salud, se han organizado en tres niveles de atención para planificar y dirigir en forma racional los recursos humanos y materiales destinados a la protección y conservación de la salud del ser humano en gestación y del recién nacido. Esto permite la distribución adecuada de los elementos disponibles, de manera que en la solución de enfermedades de diferentes grados de complejidad puedan emplearse racionalmente como corresponda.

Primer Nivel: En el primer nivel de atención se incluye el contacto con la gestante y con su hijo efectuándose actividades de medicina preventiva y de vigilancia con el embarazo, del crecimiento y desarrollo del neonato, así como el control temprano y adecuado de las enfermedades intercurrentes.

En este nivel se pone de manifiesto la importancia y contribución de la enfermera ya que es aquí donde un conocimiento consciente y previsor puede contribuir provechosamente al abatimiento de la morbilidad y mortalidad materno fetal a través de la prevención, detección, tratamiento primario y canalización de los problemas que pueda presentar la gestante y el producto.

Segundo Nivel: En el segundo nivel se incluye la atención del parto y al recién nacido normal en su período neonatal mediano e inmediato, para posteriormente bajo vigilancia estrecha, resolver tempranamente cualquier problema que pueda presentar en sus primeros días de vida.

Entre los padecimientos más frecuentes están: El recién nacido de bajo peso (hipotrófico), pretérmino o prematuro, problemas cardíacos, congénitos del sistema respiratorio, malformaciones y otros.

Tercer Nivel: En el tercer nivel la enfermera debe resolver problemas de sub. especialización y caracterizarse por brindar atención integral a niños que han sido sometidos a cirugías, cardiología, problemas de inmunología, endocrinología, neurocirugía, neonatos de muy bajo peso al nacer, inmaduros con asistencia ventilatoria, displacias renales, daños cerebrales y otros.

En lo que se refiere a la infraestructura para la atención del neonato es necesario considerar los señalamientos de La Academia Mexicana de Pediatría, para una cobertura mayor:

- Por cada mil nacidos vivos, cuarenta requieren atención en unidades de terapia intensiva, teniendo como promedio de 12 a 30 días de estancia.
- De mil nacidos vivos 70 requerirán de cuidado intermedio y con un promedio de estancia de 7 a 10 días de Cuidado.

1.15. Operacionalización de variables.

Variable	Dimensión	Escala	Indicadores	Ítem	Técnica	Instrumento
Formación Profesional	Niveles de Estudio	Ordinal	Escuela de Procedencia Materias de Enfermería Materias de Pediatría y Materias de Neonatología	Nombre años de estudio turno titulación categoría Etc.	Entrevista	Cuestionario
Capacitación en Neonatología	Cursos	Nominal	Educación en servicio diplomados cursos monográficos conferencias	Habilidades destrezas principales conocimientos relacionados con prematuros	Entrevista	Cuestionario
Enfoque científico en la solución en problemas de enfermería	Elaboración de planes de enfermería	Ordinal	Niveles de dependencia diagnóstico de enfermería necesidades de desarrollar	Sistema de enfermería diagnósticos mas frecuentes necesidades afectivas y sociales y de comunicación	Entrevista	Hoja de enfermería
Días de estancia en terapia intermedia	Número de días	Promedio	De los prematuros. Fecha de ingreso, fecha de egreso, condiciones.	Ingreso a neonatología enfermeras capacitadas o no. Evolución y fecha de egreso.	Observación y evaluación.	Registro de control de neonatos.

2. Marco teórico

2.1. Servicios de atención neonatal.

2.1.1. Aspectos sociales.

Cada año los países en desarrollo ven morir a casi 15 millones de niños por infecciones y desnutrición, esto es equivalente a 40,000 muertes cada día, o 2000 por cada hora; los sobrevivientes enfrentan amenazas de enfermedades infecciosas, parasitarias, virales y las derivadas de traumatismos, las cuales pueden dejar secuelas neurológicas, crecimiento limitado, y un déficit en el desarrollo, que sin ser menos dramáticos que la muerte frenan substancialmente el desarrollo socioeconómico del niño y las posibilidades de superación, lo que repercute finalmente en una mala calidad de vida con repercusiones en la familia. A la par de estos eventos, cada año se reportan $\frac{1}{2}$ millón de decesos por complicaciones inherentes al embarazo, indicador que muestra la carencia de servicios de salud y la necesidad de ampliar la cobertura existente, puesto que el cuidado prenatal disminuye el riesgo perinatal y asegura la salud materna y la del neonato. A nivel nacional se considera que 20 millones de mujeres no tienen acceso a los servicios de salud en el control de la fertilidad, de una manera segura y efectiva. Así en este mismo contexto se producen entre 30 y 55 abortos diarios inducidos, con métodos inadecuados y por personal no capacitado, siendo la principal causa de mortalidad materna en mujeres entre los 14 y los 18 años de edad.

El mejoramiento de las condiciones de los servicios de salud es una de las prioridades contempladas en el "PLAN NACIONAL DE SALUD" (FMI, abril de 1999 Pág. 1001-1005) impuesto por el Fondo Monetario Internacional, como garantía para optimizar los recursos humanos en nuestro país y aumentar la productividad. Como indicador externo, la mortalidad neonatal permite conocer de manera general el nivel de desarrollo alcanzado en este sector, para 1999 "El Consejo Nacional De Población" indica que por cada 1000 nacidos vivos registrados, hay 25.1 defunciones, calculándose que el 50% de las muertes ocurren en el periodo postnatal (De 1 a 30 días).

Las principales causas de mortalidad se presentan en el siguiente orden y frecuencia: Las originadas en el periodo perinatal, por problemas respiratorios

y cardiovasculares, éstas dos representan el segundo y tercer lugar de muerte postnatal. Se acepta en general que la mortalidad en los neonatos constituye uno de los indicadores de salud de mayor sensibilidad para medir las condiciones sociales y económicas de un país, entre otros aspectos por que capta directamente la cobertura de los servicios básicos de salud y la calidad de los mismos, dado que refleja la salud nutricional de las madres y la calidad de vida, así como los servicios a los que tienen acceso.

Los servicios de salud en los países de América Latina se enfrentan a diversos problemas, siendo la escasez de mano de obra especializada uno de ellos, por lo que la atención de enfermería directa, inclusive en los pacientes de las UCIN recae sobre las enfermeras generales, pasantes y auxiliares. Sin embargo, se están suscitando cambios importantes, los cuales repercuten en los entornos donde las enfermeras ejercen su profesión. La reestructuración dentro de la profesión pone énfasis en un proceso continuo de atención de calidad a bajo costo. La preocupación por contener los costos sugiere que surgirán más oportunidades de capacitación para la profesional en enfermería, tal como lo señala el informe del Banco Mundial, "Invertir en la salud" (IMSS, CMN 1999, Pág. 866 y 899) la atención de enfermería tendrá que convertirse en Holística: En consecuencia la cada vez más grande tendencia de privatizar los servicios de salud tiende a reorientar estos haciendo mas hincapié en la capacitación y profesionalización de la enfermería, ya que la formación del personal no médico (como la enfermera) es menos costoso, los sueldos son más bajos y es más fácil que esté dispuesto a trabajar en zonas rurales y por lo general establecen mejores canales de comunicación con los pacientes en las comunidades. (Ver diagrama No.1)

Este proceso es lento, mas se espera que en un futuro no muy lejano la enfermería alcance los niveles de calidad que se requieren en una sociedad en constante evolución tecnológica y social. Siguiendo dichos parámetros, distintas organizaciones han empezado este arduo camino al pronunciar los parámetros en los cuales se debe desarrollar, capacitar y mantener al capital humano.

El Comité de Fetos y Recién Nacidos de la Academia Mexicana de Pediatría estableció que los requerimientos de salud por cada 1000 nacidos vivos deben ser los siguientes:

1-. Por cada 1000 nacidos vivos, 40 requieren atención en una unidad de tercer nivel tomando como base un promedio de 12 días de estancia, considerando que 30 de ellos necesitarán de 20 días adicionales en una UCIN.

2-. Setenta niños más de los 1000 nacidos vivos requerirán de 10 días de cuidado en una Unidad intermedia.

3-. Según el indicador debe existir una enfermera especialista en la UCIN por cada 2 R.N. tomando en consideración las actividades de éstas en la asistencia, cuidados y la enseñanza de una institución de tercer nivel.

4-. Las enfermeras generales deben brindar el cuidado con la indicación una enfermera para 4 R.N. en las terapias intermedias y los restantes deben ser atendidos por enfermeras generales en un promedio de 6 niños fisiológicos por cada una de ellas.¹

Estos requerimientos están lejos de ser una realidad en los servicios de salud, mas marcan el rumbo que se deberá seguir, si pretende una unificación de criterios para el cuidado enfermero en las áreas hospitalarias.

¹ Dávila f., Rev. Salud Pública. Julio del 2000, pág. 54

DIAGRAMA No. 1**Identificación de la necesidad de ayuda (Establecer canales de comunicación)**

La enfermera percibe la conducta del paciente en consonancia o disonancia con su concepto de comodidad o capacidad.

Para su clarificación, la enfermera indaga con el paciente el significado de la conducta del mismo.

El paciente confirma una experiencia de comodidad o capacidad.

El paciente no confirma una experiencia de comodidad o capacidad.

El paciente confirma que experimenta incomodidad o incapacidad.

El paciente no confirma una experiencia de incomodidad o incapacidad.

La enfermera explora la experiencia de capacidad o incapacidad del paciente.

La enfermera busca producir una respuesta

El paciente revela la causa de la incomodidad, por la necesidad de resolver el problema.

El paciente no revela la causa de la incomodidad

La enfermera puede buscar ayuda para establecer la incomodidad

La enfermera explora la capacidad del paciente para resolver el problema.

El paciente da muestras de capacidad para resolver el problema.

El paciente no da muestras de capacidad para resolver el problema.

(En este caso están los neonatos)

2.1.2. Aspectos físicos, materiales y de recursos humanos.

Unidad de cuidado intensivo neonatal, UCIN

Las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) se iniciaron hace 35 años en los países desarrollados y hace 20 en el nuestro, tratando en aquellas épocas de cumplir con tres aspectos básicos:

- a) Un espacio destinado a reunir pacientes muy graves en peligro de morir.
- b) El tener personal entrenado en el manejo de estos pacientes.
- c) El contar con equipo especialmente construido para el tratamiento y vigilancia de este tipo de pacientes.

Aun cuando estas consideraciones fueron válidas para aquella época, hoy día se tiene que hacer una diferencia entre lo que significa una terapia intermedia y una UCIN. En la primera se realizan un conjunto de acciones médicas y de enfermería que tienen como finalidad preservar la salud de aquellos recién nacidos que sin presentar manifestaciones clínicas de enfermedad, son categorizados como de alto riesgo; tales como de mantener el registro electrónico de las constantes vitales de los niños que puedan presentar crisis de apnea primaria o secundaria o el de investigar por medio de ecosonografía cerebral si hay persistencia del conducto arterioso, fenómenos que como se sabe, se presentan al inicio sin manifestaciones clínicas, y en quienes es fundamental diagnosticar el problema en etapas muy tempranas del padecimiento. Sin ser un concepto totalmente opuesto al de cuidado intermedio, la UCIN tiene como objetivo efectuar acciones de enfermería que se originan por las manifestaciones clínicas de la propia enfermedad y que por su misma gravedad y el riesgo potencial que encierran requieren de un tratamiento altamente especializado. Obviamente que el cuidado intensivo es el ideal, ya que procura incurrir mucho más en un nivel preventivo y de diagnóstico que en el terapéutico.

Características de La UCIN: Las UCIN que existen en algunos hospitales privados, se han venido creando y desarrollando en mayor número en los últimos diez años, con características más o menos similares entre ellas y con

tendencia, según las posibilidades de recursos físicos, materiales y humanos. La estructura es con base en los requerimientos que exige el tercer nivel de atención; en este último existen dos modalidades de UCIN, aquellas que se ubican en hospitales de ginecoobstetricia y las de hospitales pediátricos. Cada una tiene ventajas y desventajas. Por ejemplo, la dotación de equipo físico y sobre todo humano, resultaría más costosa en un hospital ginecoobstétrico que tratará de resolver todos los problemas que demanda la patología neonatal y en contrapartida, aunque el hospital pediátrico cuenta con todos estos recursos, carece del enlace necesario y natural que existe entre el embarazo, el parto y el periodo neonatal inmediato. La realidad operativa indica que se requieren ambos, pero debe definirse el tipo de pacientes que se tratarán en uno u otro hospital.

La hospitalización en un *Tercer Nivel* implica alta tecnología por la complejidad de los problemas de los pacientes. Está organizada por edades biológicas y no por servicios de especialización, lo que significa que cuenta con departamentos de neonatología, lactantes, preescolares, escolares-adolescentes y por adultos, en los que existen pacientes con patologías distintas; la atención es coordinada por médicos internistas que actúan en forma horizontal y por los sub-especialistas que ofrecen las alternativas diagnóstico-terapéuticas. Cabe mencionar que la interacción entre el médico internista y el sub-especialista es permanente, por lo que la atención de todos pacientes es multidisciplinaria, incluyendo los cuidados de enfermería.

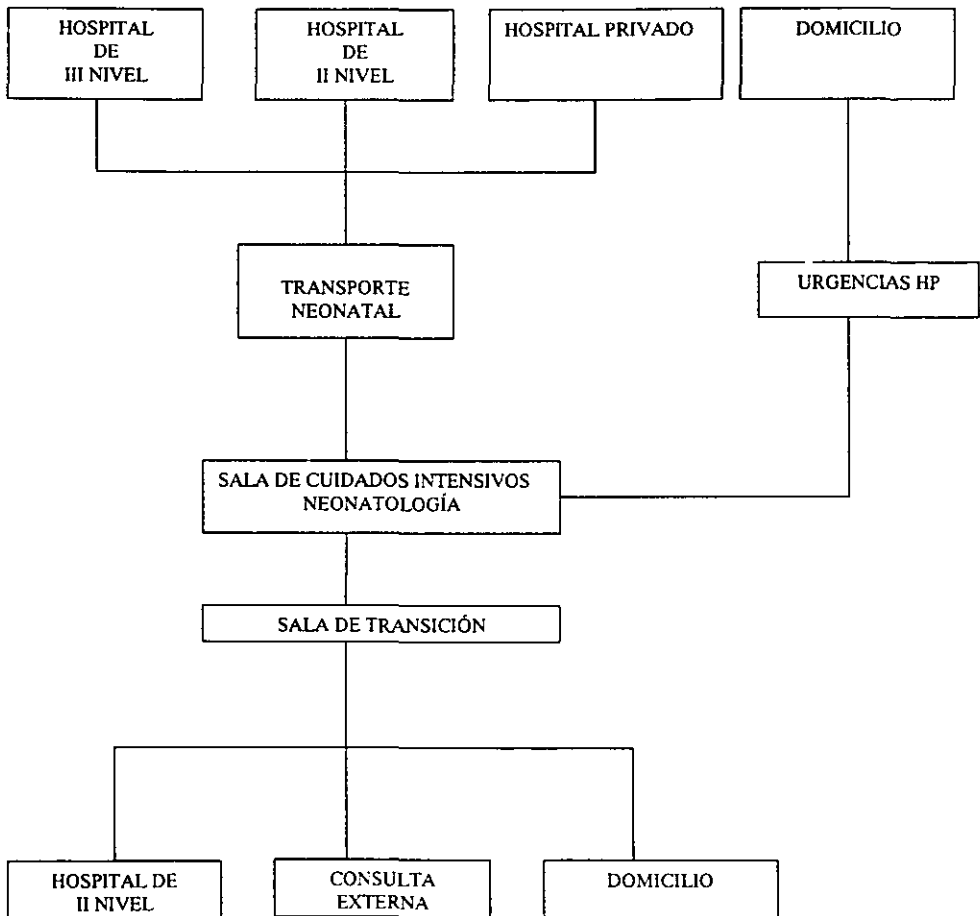
Por lo anterior, en el Departamento de Neonatología se ingresan pacientes provenientes de la unidad tocoquirúrgica con patologías diferentes y de cualquier sub-especialidad, además se hace evidente que es no sólo médico sino quirúrgico y que corresponde al criterio de acepción señalado para el tercer nivel de atención. El departamento está estructurado con la concepción moderna, tiene un área de UCIN que no es abierta tomando en cuenta si el neonato está infectado o no, se tiene separación entre área quirúrgica y la médica, se cuenta con un área de terapia intermedia y otra de incremento ponderal, y una vez resuelto el problema agudo el paciente se traslada al área de transición con una permanencia que depende de su evolución. Cabe mencionar que en lo que respecta a los recién nacidos infectados, se cuenta con áreas especiales de aislamiento, igualmente los R.N. fisiológicos cuentan con un área específica donde el periodo ideal de permanencia es de 24 a 72

horas. Bajo este concepto también se encuentra incorporado un quirófano con flujo laminar vertical en el que se realizan las cirugías más complejas en el periodo neonatal, incluyendo la del corazón abierto con circulación extracorpórea. Puede observarse también que el departamento incluye laboratorios, áreas de trabajo, sala de adiestramiento para la lactancia materna, resguardo de equipo, sala de juntas y vestidores, entre otros, todo esto integrado en un espacio adecuado que va de acuerdo a las necesidades de ocupación. Dentro de ese mismo contexto, el Departamento de Neonatología se encuentra inmerso como participante activo del Comité de Calidad de la atención de enfermería del Hospital.²

² Jasso, Luis. Neonatología práctica. 4ta. ed. México, Manual Moderno 2000, Pág. 334.

Diagrama de Flujo del Departamento de Neonatología³

Diagrama No. 2



³ Jasso, Luis. Neonatología práctica. 4ta. ed. México, Manual Moderno 2000, pág. 54.

Personal y Equipo: Las UCIN requieren además de personal con entrenamiento específico en esta área, tener adiestramiento en diversas áreas especiales como neurología, cardiología, ultrasonografía, hepatología, etcétera, con lo que se logra ampliar el campo de trabajo. El enfoque actual de una terapia intensiva neonatal hace que el médico y la enfermera que participa en ella, tenga mayor preparación y mayor conocimiento de las distintas disciplinas de la medicina.

Además, los avances tecnológicos han permitido el desarrollo de monitores más completos con los que se puede medir al mismo tiempo FC, FR, temperatura, saturación de oxígeno periférico (transcutáneo) y presiones directas tanto arteriales como venosas.

Los ventiladores de presión positiva son versátiles, pueden ser operados con flujos bajos, manejar ciclados altos con tiempos inspiratorios regulares, conocer la modalidad de onda respiratoria, registrar en forma continua la tensión de vía aérea media. Con todo esto se puede ofrecer una gama de modalidades de ventilación. Con el aparato de ultrasonido se realizan estudios, al ingreso o en cualquier otro momento, dependiendo de las condiciones del paciente. Las incubadoras actuales son de doble campana, permiten disminuir los requerimientos de calor (Ver Diagrama 3), tanto en el sistema, como en los niños sometidos a estas. Otras como las cunas radiantes facilitan la movilización de los niños sometidos a varios procedimientos invasivos.

Diagrama No. 3

Gasto calórico de un prematuro en crecimiento.

Variable	Kcal/Kg/día
Gasto calórico en reposo.	50
Actividad intermitente.	15
Estrés ocasional por frío.	10
Acción dinámica específica.	8
Perdidas fecales en calorías.	12
Crecimiento.	25

Fuente: Jasso, Luis. Neonatología práctica. 4ta. Ed. México, Manual Moderno 2000, Pág. 107-109

Las lámparas de fototerapia de luz azul o blanca, se utilizan de manera indistinta y cumplen un objetivo básico adecuado.

Las bombas de infusión son muy sensibles en cuanto a la cantidad de líquido a administrar y permiten conocer la cantidad de líquido transfundido y el faltante a pasar. Deben existir incubadoras convencionales (Cerradas) en las cuales puedan permanecer algunos niños que requieran estar protegidos del medio ambiente, ya sea para ganar peso o para aislarlos de infecciones externas o internas en algunos casos específicos.

2.1.3. Aspectos económicos.

Evaluación económica. Ésta consiste en el análisis comparativo de cursos de acción en términos tanto de sus costos, como de sus consecuencias. De tal manera que utilizando las herramientas modernas de epidemiología clínica, tiene la capacidad de evaluar cualquier proyecto de salud en cuanto a su viabilidad, siempre y cuando se tomen en cuenta en primer lugar, la comparación entre dos o más alternativas del programa en cuestión y en segundo, si tanto los costos como sus consecuencias son siempre analizados para cada una de las alternativas que se mencionan. En el caso particular de la UCIN el planteamiento necesario señala las consecuencias o los beneficios, incluyendo los costos o viceversa, de lo contrario el análisis sería deficiente, tanto para los costos como a su relación con los beneficios. Por lo anterior, una evaluación económica completa debe incluir un análisis detallado de la minimización de los costos, así como la relación del costo-beneficio, el costo-efectividad y del costo-utilidad.

Ejemplo:

Diagrama No. 4

DGR	DESCRIPCION	DGRwT	GLOS(D)	CORTE (D)
386	Prematurez extrema (1000 Gr.) ó SDR	3.69	17.90	38.00

DGRwT: Consumo en Pesos relacionado con cada clasificación.

GLOS: Días de estancia geométrica = $N \sqrt{L_1, L_2, \dots, L_N}$.

CORTE: Numero de días mas allá de los cuales por cada DIA se calculará un 60%.

DGR 386, X Costo 3000 pesos por DIA en una UCIN, se deberá pagar
 $3000 \times 3.69 = 11,000$ pesos a menos que exceda los 38 días.

La fuerza de estas técnicas analíticas no debe sobre valorarse, ya que ninguna de ellas intenta ser una fórmula mágica que elimine los juicios, responsabilidades y riesgos de los encargados de tomar este tipo de decisiones. Este tipo de evaluación económica incorpora no sólo el diagnóstico sino también los procedimientos efectuados dependiendo de factores como: Complicaciones, morbilidad, sexo, edad, etc. que a su vez se han modificado con el tiempo debido a que no todos los pacientes con el mismo diagnóstico necesitan la misma cantidad de cuidado.

El sistema desarrollado por el Dr. Murria Pollack⁴ y su grupo, en el Depto. de Medicina Critica e Investigación de la Escuela de Medicina, de la Universidad de Washington (Marzo de 1999), conocido como índice de estabilidad fisiológica, permite medir a través de 34 variables de siete sistemas fisiológicos como cerebro, corazón, riñón, etc. el riesgo de mortalidad y la puntuación refleja el grado de función normal o de afectación de la misma. La puntuación total permite calcular el riesgo de fallecer en las siguientes 24 horas de estancia en la terapia intensiva y que su grupo lo denomina como Índice de Riesgo dinámico, los cuales han sido validados en cuanto a su sensibilidad y especificidad tanto en la unidad de cuidados intensivos como en estudios multicéntricos.

Dado lo anterior y basados en otros muchos estudios se llegó a la conclusión que los costos de las UCIN son muy elevados y en la actualidad continúan incrementándose, aun cuando el paciente tenga un riesgo de mortalidad muy bajo; en la actualidad se acepta que:

- o El costo es 3 a 4 veces mayor que una cama que no sea de cuidado intensivo.
- o El número de exámenes diagnósticos que se realizan con frecuencia se incrementa de 1.5 a 4 veces mas, que en los pacientes hospitalizados fuera de la unidad intensiva.
- o Las unidades de cuidado intensivo dan cuenta del 15 al 20% total de los ingresos de un hospital.

Por ultimo es necesario mencionar que por desgracia los neonatos no tienen a su alcance, como tienen los adultos, el poder de expresar sus opiniones en los

⁴ Murria Pollack, Access to neonatal intensive care. The Future of Children 1995.

debates políticos y económicos en materia de salud, y por lo general las decisiones de orientar las políticas de salud en medicina de alto costo, son dirigidas al adulto.

2.2. Educación y la capacitación en enfermería, el único camino hacia la excelencia en el cuidado.

2.2.1. Tendencias De La Formación Básica De Enfermería.

La enseñanza básica en enfermería es un plan de estudios oficialmente reconocido que constituye una base amplia y sólida para el ejercicio de la profesión. Los programas de formación de enfermería, por regla general, son análogos a los de otras profesiones en lo que respecta al nivel y títulos académicos. En este contexto dentro de la estructura de los grados académicos, en México se reconocen 2 niveles regulados, el técnico y el superior.

En su informe de 1986 sobre la reglamentación de la enfermería, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) identificó varias tendencias mundiales de la formación básica de enfermería:

- El requisito de un diploma de educación secundaria para la admisión a los programas de enfermería en un nivel técnico y un diploma de educación media superior para el ingreso a un sistema de enseñanza superior.
- La inclusión de contenidos de atención primaria de salud en los planes de estudios, especialmente en los programas universitarios.
- La formación universitaria de la enfermería es normal en muchos países, en México partir de 1970.
- El aumento del desarrollo de especialidades en enfermería es significativo.
- Iniciativas para redefinir la enfermería de modo que refleja el aumento de las capacidades y permita mayor libertad.

Estas tendencias no son necesariamente uniformes o coherentes; sin embargo, como dependen de la estructura profesional y de la situación de cada país, han de tratarse sobre la base específica de cada uno, pues la profesión de enfermería tiene la responsabilidad de dispensar cuidados de enfermería que sean accesibles, de precio abordable y de calidad aceptable. Existe cierta

diversidad en la formación de enfermería, a consecuencia de las diferencias entre las regiones y países.

Su configuración depende en parte de la política de educación superior, la planificación de los recursos humanos de salud de cada país y de las demandas del medio tan múltiples como la flexibilidad para resolver las diferencias y la capacidad para responder a las necesidades de cuidados de salud, los sistemas y las tecnologías cambiantes.

En México, a pesar de que desde 1970, se cuenta con el nivel superior, para esta disciplina; los estudiantes que ingresan al nivel licenciatura en su mayoría carecen de orientación vocacional y sus metas estaban encaminadas a carreras que consideran de mayor prestigio por ser mejor remuneradas.

Por otra parte, debido a los profundos cambios económicos, sociales y políticos que el país ha vivido los estudiantes buscan incorporarse lo más rápido posible al sector laboral, por lo tanto la mayoría de las veces el nivel técnico es más atractivo ya que el periodo de preparación es menor y la diferencia de ingreso obtenido al término de sus estudios contra los egresados del nivel superior no es significativo.

Una investigación efectuada para indagar la correlación de ciertos factores en el proceso de la decisión estudiantil al escoger carrera dio a conocer entre otros hallazgos, que altos niveles de rendimiento escolar estaban asociados a las condiciones económicas familiares. Los hechos sugieren que los estudiantes sin problemas económicos producen elevados desempeños y pueden mejorar la eficacia de los programas. Este artículo explora el impacto del sexo y la educación de los padres sobre las decisiones del estudiante para seleccionar estudios técnicos o de nivel superior, elegir universidad y matricularse en las diferentes áreas del conocimiento. La investigación demostró que tanto como el sexo, como el nivel de educación en el medio familiar desempeñan papeles fundamentales en la elección de educación superior y que la influencia de los antecedentes familiares difiere significativamente entre varones y mujeres.

El resultado más significativo del estudio fue que los estudiantes que eligieron el nivel superior contaban con la comprensión y motivación familiar, ya que

apoyaban sus características de personalidad, y no precisamente por el apoyo económico otorgado.

El reclutamiento está estrechamente relacionado con aspectos de los requisitos de ingreso. Como se desprende claramente de la encuesta de la OMS, cuando el nivel de estudios de los candidatos es bajo el reclutamiento para la profesión resulta difícil.

En nuestro país las difíciles condiciones de trabajo son una de las causas de la disminución de las inscripciones en las escuelas superiores de enfermería y en forma contraria el acceso al nivel técnico se incrementa por las facilidades que ahí se proporcionan.

Indudablemente la imagen de la población es uno de los principales factores determinantes para conseguir un número conveniente y adecuado de candidatos para el nivel superior. En México se ha visto un número reducido de la cantidad de aspirantes, debido principalmente a la pobre imagen que la profesión de enfermería tiene frente a otra formación universitaria, esta bien establecido que la enfermería es raras veces la primera opción del candidato.

En el informe de la OMS de 1996, se hace observar que a menudo cuando los jóvenes no pueden calificarse para las facultades de odontología y medicina, ingresan en la enfermería para obtener un título universitario. Las condiciones de la enfermería también influyen en la elección de la profesión, mas hay que tomar en cuenta su complejidad y su valor, la enfermería se desestima porque se considera un trabajo secundario y pasa a segundo plano dejando el camino abierto a profesiones mas estimadas, como la medicina.

Como las mujeres constituyen la inmensa mayoría de la fuerza de trabajo de la enfermería en México, está comparte las características de las demás profesiones en que predominan las mujeres: Remuneración baja, escasa consideración social, falta de reconocimiento, malas condiciones de trabajo, escasas perspectivas de ascenso y formación deficiente, todo lo cual contribuye a devaluar aun más su pobre imagen.

Sin embargo a pesar de estas dificultades, la enfermería ha sido durante generaciones, unas de las pocas vías abiertas en el país para la educación de la

mujer como tal, les ha proporcionado posibilidades de empleo y movilidad social y profesional. Las mujeres de baja condición social solicitan la formación en enfermería para mejorar esa condición y aprender un oficio que mejore su calidad de vida. Sin embargo cuando han alcanzado este objetivo, abandonan la profesión.

La formación superior de las enfermeras tiene muchas ventajas:

- o Introduce en las disciplinas la búsqueda sistemática y la reflexión crítica, lo que dota al profesional de los atributos necesarios para el buen ejercicio de la profesión y la capacidad de contribuir al desarrollo de los conocimientos profesionales.
- o Potencia la función clínica, promueve la calidad en el cuidado, mejora las condiciones sociales de la enfermería, permite el reclutamiento de estudiantes capaces, garantiza para todos los profesionales una formación amplia, científica, y la igualdad como miembro de los equipos de la atención de salud, favorecen la consecución de objetivos sociales más amplios, como la mayor participación de la mujer en los estudios superiores y en la sociedad en general.

Como antes se ha dicho, para algunas mujeres la formación en enfermería ha sido una de las pocas vías de acceso a los estudios en particular para las de los países en desarrollo. Sin embargo, cabe la posibilidad de que los países como México no deseen fomentar la movilidad profesional del personal de enfermería mediante la formación académica, por que el costo sería para su economía una limitante y para así seguir suministrando a la población servicios públicos de salud a bajo costo.

Al decidir cual es el nivel más adecuado para la formación en enfermería en México, a de tenerse en cuenta todo la anterior y también tener presentes las tendencias mundiales hacia los requisitos de ingresos más rigurosos y la expansión de programas científicos de mayor calidad.

2.2.2. Pertinencia de los Planes de Estudio

En los últimos años, la formación de los profesionales de la salud viene siendo objeto de críticas generalizadas, de que se centra demasiado en la capacitación biomédica y clínica y no se ocupa lo suficiente de las ciencias sociales pertinentes que tratan de la vida de la comunidad y de los problemas de salud. Sin embargo, con su dedicación a la iniciativa "Salud para todos" y para asegurar que las enfermeras satisfagan las necesidades de la población, la enfermería ha reorientado sus programas de formación hacia la atención primaria de salud. A pesar que se han hecho progresos en este sentido, sigue habiendo problemas y siguen necesitándose recursos en la docencia para mejorar el aprendizaje.

En la encuesta sobre el personal de enfermería hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Centro Médico Nacional, 1999), el resultado confirmó la existencia de un desfase entre la preparación de las enfermeras y las necesidades reales, casi todos los que opinaron dijeron que en general las enfermeras estaban preparadas para los aspectos técnicos de la atención de salud y para dispensar cuidados seguros y eficaces en los hospitales. El 76% dijo que estaban preparadas en general para dispensar cuidados en la comunidad y análogamente el 81% pensaba que las enfermeras estaban formadas para dispensar cuidados adaptados a las necesidades sanitarias de su respectiva nación. Sin embargo, sólo la mitad consideraba que las enfermeras estaban adecuadamente formadas para el liderazgo.

Con la importancia que actualmente se da a la eficiencia de los costos, a la calidad y a la prestación más equitativa de los cuidados de salud, la urgencia de que se realice la reforma educativa en los planes de formación en enfermería aumenta. Además el deber público en los programas de formación significa que los planificadores en atención de salud se preocuparan ahora más de los resultados de sus programas y de las competencias de sus titulados.

Los trabajadores de atención sanitaria del futuro necesitarán una gama más amplia de competencias que no sean específicas de una sola disciplina, pues la tendencia apunta hacia diversificar los métodos y a contar con una base más amplia e integrada de conocimientos, capacidades de colaboración, cooperación y de solución de conflictos.

Los cambios que están produciéndose en los servicios de atención de salud impulsan y reafirman el movimiento hacia la profesionalización, así la enfermería ha dado unos primeros pasos firmes y sensatos en la dirección adecuada.

Los avances tecnológicos que mejoran el acceso a la información exigen un reordenamiento fundamental de las definiciones y supuestos del profesionalismo y de la formación. El modelo industrial, que hacía diferencias entre el trabajo técnico y el trabajo profesional, es cada vez más arcaico y disfuncional. Las diferencias entre los titulados no se hacen ya sólo sobre la base de los títulos, sino sobre la base de las competencias necesarias en las diversas situaciones de los pacientes.

El CIE⁵ ha tomado posición a favor de una formación liberal y profesional en enfermería que prepare a los profesionales para la práctica general en todos los contextos: primario, secundario y terciario. Y pide que los planes de estudios incluyan requisitos amplios que:

- Promuevan la capacidad de enfermería para satisfacer las necesidades de salud cambiantes y las metas de la atención de salud pública.
- Que estén dirigidos para satisfacer las necesidades de salud de la población.
- Que promuevan la investigación y el desarrollo de la ciencia y el arte de la enfermería.
- Que cultiven la conducta para el liderazgo y provean oportunidades para experiencias comunitarias y clínicas, a fin de aplicar las habilidades para la gestión.
- Que provean experiencias multidisciplinarias.⁶

⁵ CIE. Consejo Internacional de Enfermería.

⁶ PNS. Plan Nacional de Salud. Proyecto "Economía y Salud" de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD) UNAM 1999.

Los titulados de enfermería deben ser capaces de:

- o Proporcionar a las personas, familias y grupos de la comunidad cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación.
- o Ampliar a todos los sectores de la comunidad, la atención primaria de salud;
- o Formar al personal sanitario en atención primaria de salud a un nivel comunitario y supervisarle;
- o Trabajar eficazmente con equipos de salud; y
- o Colaborar con otros sectores interesados en el desarrollo socioeconómico.

En ese contexto, la reorientación de la formación básica de enfermería es más difícil en los programas instaurados con base en los antiguos conceptos de enfermería. Causa de especial preocupación era el hecho de que en la mayoría de los sistemas de atención de salud "Los Cuidados" tendían a concentrarse en el paciente individual, no en la familia o en la comunidad. Por la afiliación de las escuelas de enfermería a los hospitales, los estudiantes adquieren la mayor parte de su experiencia clínica, el ejercicio de la enfermería en los hospitales tiende a fomentar las capacidades en la relación individual de la atención de la salud; y el de centrarse en los cuidados de los pacientes de enfermedades agudas y a los discapacitados; promueven la prevención secundaria /terciaria; y favorecer la especialización en unidades clínicas.

Por otra parte, en muchos países los planes de estudio básicos siguen preparando al personal sanitario principalmente para los hospitales, en los que todavía trabaja la mayoría de las enfermeras. Además, también resulta difícil garantizar que se imparta a los estudiantes un aprendizaje clínico, válido y suficiente, en atención primaria de salud, cuando tienen que hacer frente a problemas tales como la falta de comunicación, dificultades de transporte e inconvenientes para hallar alojamiento adecuado y seguro para ejercer en áreas suburbanas o rurales.

Otro motivo a favor de una educación de base amplia es la reciente evolución de la reforma de la atención de salud, que exige que las enfermeras se adapten al cambio, sean flexibles y capaces de trabajar en muchos contextos.

Si bien la especialización básica puede satisfacer una necesidad de corto plazo, es posible que a largo plazo reduzca las posibilidades de carrera profesional, pues los servicios especializados son limitados. Esto significa, que en muchos países la formación de enfermería debe no sólo reorientarse hacia la atención primaria de salud sino cambiarse radicalmente para mejorar la calidad de los cuidados.

Análisis de los planes de estudio:

La mayoría de los países que han introducido cambios en los que se incorporan conceptos de salud más amplios en los planes de estudios básicos en enfermería, se enfrentan con problemas al tratar de dirigir los planes de estudio hacia rumbos específicos, principalmente por que es preciso el homogenizar dichos planes primero. En México, D. F. distintas instituciones imparten la carrera de enfermería a nivel superior, entre las cuales tenemos:

- Universidad Nacional Autónoma de México (ENEQ).
- La Universidad Panamericana.
- Instituto Politécnico Nacional (ESEO).

Cuadro Comparativo:

1er. Semestre

E.N.E.O.	E.S.E.O.	ESC. ENF. PANAM.
Metodología de la Investigación	Fundamentos teóricos de Enf.	Metodología de la Investigación
Atención a la Salud en México	Historia del cuidado enfermero	Atención a la salud en México
Socioantropología	Anatomía	Socioantropología
Historia de la Enfermería	Ecología y salud	Historia de la Enfermería
	Psicología aplicada al cuidado	Propedéutica en Enfermería
	Salud y entorno 1	Enfermera Comunitaria
	Computación 1	Terminologías técnicas
		Química
		Informática
		Historia del pensamiento

En este cuadro observamos que en el primer semestre de estudios en las diferentes instituciones, cubre ámbitos diferentes. En la Universidad

Panamericana podemos ver que se cubre de manera más amplia el perfil básico debido principalmente a que es una Institución Privada que cobra por sus Servicios, mientras que en las dos escuelas subsidiadas por el Estado el perfil de los planes de estudio es notablemente más reducido.⁷

A pesar que la diferencia de dichos planes, podemos distinguir rasgos comunes, tal es el caso de la materia de "Metodología de la Investigación" que se imparte en las 3 instituciones y que deja ver la necesidad de profesionales en condiciones de comprender de una manera integral y en posibilidades de contribuir a la profesión.

2do. Semestre

E.N.E.O.	E.S.E.O.	ESC. ENF. PANAM.
Fundamentos de Enf. 1	Fundamentos metodológicos de enfermería	Anatomía y fisiología 1
Anatomía y Fisiología 1	Filosofía y enfermería	Ecología y salud
Ecología y salud	Educación para la salud	Psicología general
Psicología General	Fisiología humana	Bioquímica
	Bioquímica	Fundamentos de enfermería 1
	Psicología evolutiva	Historia del pensamiento
	Salud y entorno 2	
	Computación 2	

En el segundo semestre de los planes de estudios, en la E.S.E.O. a diferencia del anterior, tiene mayor número de materias, y es más completo y abarca aspectos más completos relacionados con la profesión.

3er. Semestre

E.N.E.O.	E.S.E.O.	ESC. ENF. PANAM.
Fundamentos de Enf. 2	Enfermería y el autocuidado del adulto y del senecto 1	Anatomía y fisiología humana 2
Anatomía y Fisiología 2	Bioética y tanatología en Enf.	Fundamentos de enfermería 2
Farmacología	Microbiología y parasitología	Farmacología
Nutrición Básica Aplicada	Patología general del Adulto y el senecto 1	Nutrición básica aplicada
	Nutrición y dietoterapia 1	Enfermería médico quirúrgica
	Farmacología	Ética general

⁷ Sitio: Alexandra, et al. Influencia de la formación académica. Tesis, México 2000.

En el 3er. en la E.N.E.O. y la Escuela de Enfermería de la Panamericana, manejan materias básicas, en tanto el plan del IPN ya introduce a los alumnos al enfoque científico de la enfermería, con la aplicación de la teoría del auto cuidado de Dorotea Orem.

4to. Semestre.

E.N.E.O.	E.S.E.O.	ESC. ENF. PANAM.
Enfermería del niño	Enfermería y autocuidado del adulto y senecto	Proceso salud enfermedad en el niño
Proceso de salud enfermedad del niño	Enfermería en el autocuidado a salud general	Enfermería del niño
Desarrollo de la personalidad infantil	Salud Pública	Desarrollo de la personalidad infantil
Didáctica de la educación para la salud	Patología general del adulto y e senecto 2	Didáctica de la educación para la salud
	Nutrición y dietoterapia	Historia del pensamiento 2
		Principios éticos de la conducta

En la ENEO y la ESEO en el 4to. semestre se inicia la preparación en enfermería enfocada al niño en general, sin abarcar directamente ninguna materia propia de neonatología. Por otro lado dicha preparación no contempla la aplicación de la teoría del auto cuidado enfocada a los niños, siendo que en México un tercio de la población entra en esta categoría.

5to. Semestre.

E.N.E.O.	E.S.E.O.	ESC. ENF. PANAM.
Enfermería en el PAE del Adolescente, adulto y anciano 1	Enfermería y autocuidado materno infantil Puericultura	Proceso salud enfermedad en el Adolescente, adulto y anciano 1.
Proceso del Adolescente, adulto y anciano 1	Ginec obstetricia y perinatología	Enfermería del adolescente, adulto y anciano 1
Desarrollo de la personalidad del adolescente, adulto y anciano	Desarrollo humano e identidad profesional 1	Hematología, nefrología, neumatología, cardiología y otorrinolaringología
Administración General		Desarrollo de la personalidad del adolescente, adulto y anciano
		Administración general
		Bioética 2

Cabe mencionar que la E.S.E.O. proporciona en el 5to. Semestre la preparación para la atención del neonato, y lo hace de una manera mas profunda, separando la enfermería materno infantil de la perinatología, lo que pone de manifiesto una mayor visión hacia este sector. En las otras dos escuelas se prefiere hondar en otros aspectos de la enfermería diferentes al objeto de nuestro estudio.

6to. Semestre.

E.N.E.O.	E.S.E.O.	ESC. ENF. PANAM.
Enfermería en el PAE del Adolescente, adulto y anciano 2	Enfermería y autocuidado del niño	Proceso salud enfermedad en el Adolescente, adulto y anciano 2.
Proceso del Adolescente, adulto y anciano 1	Clinica pediátrica	Enfermería del adolescente, adulto y anciano 2
Administración de los servicios de enfermería	Legislación profesional en enfermería	Gastrología, traumatología y ortopedia, oncología, geriatría, neurología, endocrinología.
	Desarrollo humano e identidad profesional 2	Administración de los servicios de enfermería
	Inglés 1	Bioética 2

En este semestre la E.S.E.O. da continuidad en la preparación del alumno pues pasa del Auto cuidado materno infantil, a la perinatología y por ultimo al niño en general. Por otro lado la ENEO y la Panamericana se enfocan hacia el adolescente, adulto y anciano.

7mo. Semestre.

E.N.E.O.	E.S.E.O.	ESC. ENF. PANAM.
Obstetricia 1	Gestión y administración de la enfermería	Obstetricia 1
Docencia en Enfermería	Liderazgo y asertividad en enfermería	Genética Humana
* Seminario optativo	Investigación en enfermería 1	Enfermería Pediátrica
* Seminario optativo	Inglés 2	Ética Profesional y legislación
		Docencia en enfermería

En el séptimo semestre la E.N.E.O. y la Esc. Panamericana retoman la obstetricia como parte de la preparación, mas es notable la poca continuidad

de los programas de estudio. Sería más sensato que dichos programas de estudio hubieran presentado la materia de obstetricia antes que la de "La enfermería dirigida al niño" y no de manera aislada, y con 3 semestres de diferencia.

8vo. Semestre.

E.N.E.O.	E.S.E.O.	ESC. ENF. PANAM.
Obstetricia 2	Enfermería y autocuidado de la comunidad	Obstetricia 2
* Seminario optativo	Epidemiología y bioestadística	Enfermería avanzada
* Seminario optativo	Investigación en enfermería	Enfermería psiquiátrica
	Inglés 3	Elaboración de tesis

En este último semestre las alumnas de la E.N.E.O. y la Esc. Panamericana continúan con la materia de obstetricia y con una combinación de materias optativas las cuales se relacionan muy poco con el cuidado a este tipo de población.⁸

Materias Optativas.

- ❖ Genética Humana.
- ❖ Investigación en enfermería.
- ❖ Problemas socioeconómicos de México.
- ❖ Introducción a la epistemología.
- ❖ Elaboración de tesis.
- ❖ Filosofía.
- ❖ Introducción a la informática.

⁸ El Sitio: Alexandra.mx.com. Influencia de la formación académica. Tesis, México 2000.

2.2.3. Preparación del profesorado.

La preparación del profesorado, otro de los principales factores determinantes de la calidad de la formación, es una cuestión de importancia crítica en todo el mundo. Como indicaban en el informe de 1992 de la OMS⁹, casi no hay enfermeras docentes con la comprensión y experiencia necesarias, razón por la cual los programas en enfermería siguen fuertemente sesgados hacia la enfermería hospitalaria. Esto es porque la mayoría de las enfermeras profesoras tienen una formación hospitalaria y una orientación curativa, la OMS abogaba por un sistema de formación continua para actualizar sus conocimientos y capacidades y reiteró en 1999 que, a pesar de las revisiones hechas en los planes de estudios de enfermería, la mayoría de los países necesitaban todavía mejorar la formación de los profesores.

La resistencia al cambio ha sido uno de los obstáculos contrarios a la reforma de la formación de enfermería. Formadas para trabajar bajo la dirección de los médicos en los hospitales a menudo sin una preparación específica en la metodología de la enseñanza ni para la función docente, es comprensible que muchas enfermeras se muestren renuentes a tomar decisiones independientes, especialmente dada la importancia que actualmente se atribuye a la responsabilidad y al deber de rendir cuentas.

Con la tendencia hacia los estudios superiores para las enfermeras, continuarán ejerciéndose presiones sobre el profesorado de enfermería para que se prepare mejor y más adecuadamente, y deben hacerse planes para ayudarle.

En el pasado, se suponía que la competencia técnica y la experiencia profesional eran sinónimos de capacidad docente. Pero hoy, las capacidades para la docencia se conocen más a fondo. Para las enfermeras docentes esto significa fortalecer su función de facilitadoras del aprendizaje a todos los niveles del sistema de salud, sobre la base de su comprensión de la enfermería en todos los contextos, especialmente en la comunidad. Los profesores deben ser capaces de adoptar nuevos métodos en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de formación. Necesitan capacidades prácticas, pero también deben ser innovadores. En los programas de formación de profesores deben incluirse procesos educativos basados en los problemas, orientados a la

⁹ OMS. Organización Mundial de Salud. Proyecto "Economía y Salud" e la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD) UNAM 1999.

práctica y centrados en el trabajo en equipo, así como sólidos experimentos interprofesionales e intersectoriales de aprendizaje.

2.3. Capacitación Y Competencia.

2.3.1. El Modelo De Dreyfus aplicado a la competencia.

La falta de personal preparado de manera suficiente nos lleva a preguntarnos sobre el nivel de aprendizaje y sobre las estrategias cognitivas y técnicas que llevan a la competencia.

¿Cómo puede realizarse este aprendizaje y pasar de novata a experta, en el ámbito de los cuidados enfermeros?

El matemático Stuard Dreyfus y el filósofo Humbert Dreyfus, han elaborado un modelo de adquisición de competencias. Identifican cinco estadios sucesivos de progresión entre el comienzo de la formación y la competencia. Estos estadios reflejan 3 tipos de cambios que operan en la persona que aprende: El paso de las nociones teóricas a la voluntad de aplicarlas, la percepción global y coherente de una situación, y la transformación de conocimientos en habilidades y destrezas.

Patricia Benner (1995)¹⁰ aplica este modelo a los cuidados enfermeros, y sus investigaciones intentan demostrar la utilidad de este concepto que nos propone según los estadios de evolución de Dreyfus.

El modelo comprende cinco Estadios:

- o Novata.
- o Principiante.
- o Competente.
- o Eficiente.
- o Experta.

¹⁰ Albert Esteban, Teorías de Enfermería. 4ta. Ed. McGraw-Hill, México 1999. pág. 76.

Por medio de estos estadios la competencia se valora como una evolución, que permite desarrollar las capacidades y conocimientos adquiridos, a través de la práctica.

Novata: La novata no tiene ninguna experiencia de las situaciones que debe afrontar, su respuesta a un problema es limitada porque se basa en un análisis detallado de la situación y en una aplicación estricta de los principios adquiridos. Es una imagen la joven recién egresada de la carrera de enfermería sin experiencia, que se encuentra ante una situación real.

Principiante. La principiante ya se ha enfrentado a situaciones parecidas, sabe reconocer algunos elementos del problema y su comportamiento es en general es aceptable, pero tiene dificultades para establecer prioridades.

Competente. Después de un año en un mismo servicio, la enfermera llega a ser "competente" en el sentido del modelo de Dreyfus. Es consciente de los objetivos, de las acciones a largo plazo. Distingue más fácilmente los elementos importantes de una situación y los que puede ignorar. Aún no maneja las situaciones con rapidez y flexibilidad, pero es capaz de enfrentarse a los imprevistos adecuadamente.

Eficiente. En este estadio, la enfermera es capaz de sintetizar la situación. La ve como un todo y puede resolver el problema fácil y rápidamente: enseguida se da cuenta de lo que es importante. Esta percepción global la lleva a una toma de decisión más eficaz. Ahora, los principios recibidos se integran y puede comenzar a deshacerse de ellos. Estas enfermeras eficientes llevan trabajando en promedio tres años en un mismo servicio.

Experta. La experta no se basa ya en un proceso analítico, ni en reglas o principios para tomar sus decisiones. Estos últimos se integran en su forma de pensar. La experta es una persona que goza de gran experiencia y comprende las situaciones de manera mucho más intuitiva.

Patricia Benner¹¹ explica que la experta tiene incluso dificultades para expresar verbalmente sus conocimientos, debido a lo bien integrados que están

¹¹ Albert Esteban, Teorías de Enfermería. 4ta. Ed. McGraw-Hill. México: 1999. Pág. 78.

en sus esquemas de funcionamiento. Su experiencia se manifiesta en la acción. En su obra sobre los niveles de competencia, Guy Le Boterf (1994) subraya las mismas características en el experto: espíritu sintético, recurso a la intuición y dificultad para explicar sus procedimientos: hasta ese punto se han hecho automáticos.

Evidentemente, no es esencial conocer esta escala para aprender el proceso de cuidados, pero es un estímulo para la estudiante o la enfermera que se inicia en este proceso.

Claire-Andrée Frenette Leclerc ha aplicado el modelo de Dreyfus al aprendizaje del proceso de cuidados. Señala que este modelo permite aumentar la motivación de las enfermeras al hacerse cargo de su propio aprendizaje y su evolución, disminuir la ansiedad de las jóvenes diplomadas y aumentar la tolerancia de las mayores respecto a las nuevas enfermeras, facilitando su integración en el medio. Esta escala pone también de manifiesto el largo camino que hay que correr para llegar a ser una experta y muestra de forma evidente el grado de rendimiento que se puede esperar de una estudiante. Es decir, el mínimo de habilidades clínicas de la enfermería en el servicio se da a los seis meses de capacitación informal. La escala del modelo de Dreyfus con respecto a la competencia nos plantea que para llegar al nivel de experto, necesitan transcurrir por lo menos 3 años. Esto sin embargo puede ser poco rentable en una empresa, pues implica tener que invertir tiempo (mas de 3 años) y recursos financieros que pueden variar para llegar a un nivel optimo de servicio.

2.3.2. La Capacitación y la organización de recursos.

El éxito de las actividades de formación del personal depende de la adecuada organización de los recursos. En empresas sanitarias grandes, es habitual que haya un departamento de docencia y formación independiente, cuyo Coordinador es un miembro de la comunidad de enfermería, con conocimientos profesionales que respaldan ampliamente su capacidad para diseñar programas dedicados a mejorar la atención y el cuidado a través de la capacitación. El departamento de docencia puede estar organizado en secciones dedicadas a la planificación y obtención de recursos educativos, la enseñanza introductoria y la orientación, la formación en los servicios y la capacitación continua. De esta

manera, los recursos educativos, el equipamiento, los expertos y el apoyo financiero pueden ser administrados por una gestora cuyas responsabilidades primordiales se relacionen con la capacitación del personal más que con la asistencia al paciente.

Muchas de las ofertas de educación continua se centran en cursos de enfermería especializada o avanzada. Puesto que no es rentable que cada hospital contrate a especialistas de enfermería altamente cualificadas para cada sub-especialidad de enfermería (Cardiología, Oncología, Gastroenterología, enfermería geriátrica, pediatría; etc.), los hospitales deberían formar asociaciones para disponer de un equipo de profesores conjunto y compartir los programas de capacitación. De esta manera, la sección de formación continua o en servicio de un hospital puede contratar a un especialista en una materia e impartir 1 o 2 cursos de enfermería especializada a los que pueden ser invitadas las empleadas de diversos hospitales.

También es de gran utilidad el que los hospitales establezcan vinculaciones con centros docentes universitarios, con el propósito de conseguir cursos académicos de formación del personal con calidad universitaria, logrando así disminuir el monto de los gastos educativos de la empresa sanitaria, garantizando al mismo tiempo el que los recursos de educación continua sean impartidos por profesores altamente calificados y con el apoyo de un buen servicio de biblioteca y de medios audiovisuales, (proyector de acetatos, diapositivas, videos, etc.)

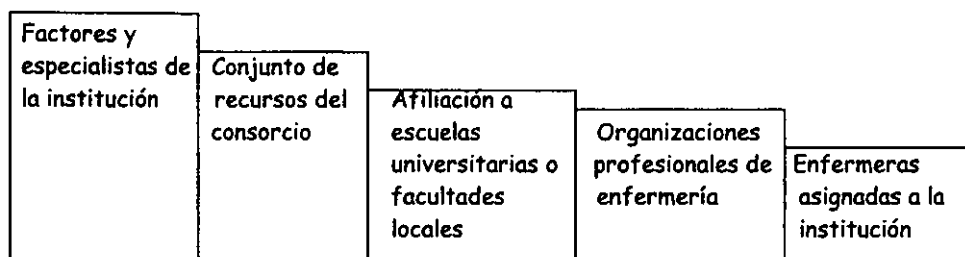
Los programas educativos asociados, que vinculan a las instituciones sanitarias con facultades o escuelas universitarias, son especialmente útiles cuando las empleadas desean obtener créditos académicos por sus cursos de educación continua. El contrato que establece la colaboración entre el hospital y la universidad debe estipular el número mínimo de empleadas que se deben matricular en cada curso de educación continua, además de organizar un registro para archivar los expedientes académicos de todos los cursos realizados por cada una de las empleadas, y así establecer un mecanismo, mediante el cual, los miembros de la facultad universitaria reciban información en cuanto a los resultados de estos recursos de educación continua en relación con las actuaciones de enfermería de las empleadas. Para los temas clínicos sumamente especializados que quedan incluidos a los programas de capacitación

del personal, como Neonatología para enfermeras, las personas mejor preparadas para impartir este tipo de cursos serán generalmente los propios expertos de enfermería en dicha materia del hospital. En tales casos, el hospital debería proponer a estos especialistas (que a menudo son especialistas clínicos, enfermeras clínicas o gestoras de enfermería) a la institución universitaria, la cual podría contratarlos como profesores asociados, para que los empleados que siguen este tipo de cursos puedan obtener sus diplomas con créditos académicos.

Esta propuesta se esquematiza de la siguiente forma:

Recursos para la capacitación.

Diagrama No. 5



Vinculación de la docencia en los servicios de educación continua.¹²

Los miembros de la plantilla de la institución deben nombrar una comisión asesora de educación continua o de capacitación del personal. Esta comisión debería estar compuesta por la directora de enfermería, la coordinadora del departamento de docencia de la institución, y cualquier otra persona relacionada con la formación del personal de enfermería, así como los representantes de otros hospitales, facultades y escuelas universitarias que colaboran en los programas de educación continua. La función de dicha comisión asesora de capacitación, debe ser la de planificadora de un programa unificado de educación continua para el periodo de 1 a 3 años. Esta lleva a cabo los objetivos educativos, la selección de contenidos temáticos, la designación de los recursos humanos y materiales, así como la valoración de las necesidades de

¹² Loewy, Erich H. Textbook of healthcare ethics. Plenum Press. New York, 1998.

la institución en cuanto a una mayor productividad con relación a las necesidades de promoción personal y profesional de las empleadas.

Las actividades de formación del personal también deben planificarse en un proceso de 1, 2 o 3 años, mas que como una serie de episodios intermitentes y aislados, para garantizar que los conocimientos y las aptitudes adquiridas mediante un determinado programa se pueden aumentar en cursos sucesivos. Sin una planificación a largo plazo, las actividades de formación del personal quedan desequilibradas y se malgastará el tiempo y el dinero. Los sectores más exigentes del personal conseguirán satisfacer sus necesidades educativas a expensas de los grupos menos influyentes, y ciertos temas se repetirían con frecuencia para grupos reducidos de alumnos.

Una comisión asesora de educación continuada o de capacitación del personal debe exigir responsabilidades a los profesores y a las instituciones docentes, con el fin de garantizar que las empleadas que se matriculen en programas de educación continuada consigan los objetivos docentes de estos.

Este tipo de comisiones necesita revisar, con una periodicidad anual, las pruebas documentales (datos de exámenes, índices de cumplimiento de las empleadas, expedientes docentes acumulativos, resultados de auditorias de pacientes, resultados del proceso de garantía de calidad) que determinan si el alumno ha conseguido los objetivos conductuales de los cursos de educación continua o en servicio. Así mismo exigir una modificación de los objetivos, contenidos, métodos, materiales o profesorado de los cursos, en los cuales los objetivos educativos propuestos no han sido alcanzados por la mayor parte de los participantes.

2.3.3. Costo de las Actividades de Capacitación del Personal.

Para garantizar la rentabilidad de todos los cursos de formación del personal. Los costos de las actividades de formación del personal incluyen los costos laborales de los profesores y los empleados que asisten a clase durante su horario laboral, los costos de los equipos y materiales educativos (proyectores, maquinas fotocopadoras, máquinas de escribir, papel transparencias, material fotográfico, libros), y los costos indirectos de la unidad docente (calefacción, iluminación limpieza y mantenimiento, depreciación del equipo, seguridad y los costos administrativos). Un representante del departamento financiero puede colaborar con el Coordinador de formación en servicio o el director de educación continuada para determinar los costos de los programas docentes que son impartidos dentro de la institución sanitaria por el personal de la misma. El índice salarial por hora de los participantes, el número de horas de clase, sumado a los honorarios de la enseñanza, determinarían el costo de las clases impartidas por las facultades o escuelas universitarias afiliadas. El cómputo del costo de cada programa educativo debe compararse con los resultados de este. Por ejemplo, si un curso de neonatología para enfermeras, capacita a todas las enfermeras de la unidad de neonatos del hospital para realizar los cuidados a sus pacientes con el resultado de que estos puestos de trabajo pueden ser excluidos del presupuesto de la unidad, la rentabilidad financiera del curso consistiría en la suma de los costos de captación, salario y beneficios de los profesionales en neonatología.

Hay varios términos con los que la coordinadora de enseñanza en enfermería debería estar familiarizada para poder prestar ayuda al departamento financiero con el control de los costos y beneficios de los programas de formación.

Los Costos amortizados son: La parte del presupuesto ya invertido o comprometido en una compra específica. Al calcular los costos de equipamiento para un curso de enseñanza sobre la atención del paciente neonato, la coordinadora consideraría como costo amortizado el precio original de la cuna térmica que se compró en un ejercicio presupuestario anterior, pero del que

piensa dar uso el docente del curso de neonatología para enseñar a las enfermeras como se utiliza el aparato.¹³

Un Costo fijo es: Un gasto necesario que no está relacionado con la magnitud de los resultados del programa. El salario del docente de un curso sobre el uso de una bomba de infusión será el mismo, tanto si asisten al curso cinco enfermeras como veinte.

Un Costo variable es: Un gasto para un programa educativo que se incrementa en la medida que aumenta la producción del programa, el costo de materiales fungibles, como los registros de papel para electrocardiogramas, los electrodos y el gel electrolítico será mayor si se matriculan veinte enfermeras en el curso de electro cardiología neonatal para enfermeras, que si tan solo asisten diez. Un costo por unidad es el precio al que resulta una unidad de producción: En la formación de personal, es el precio de enseñar a una empleada un tema determinado, el costo por unidad de un curso de neonatología es el costo total de los gastos laborales, equipamiento, materiales y gastos indirectos que resultan del aprendizaje de una enfermera a proporcionar los cuidados correctos al neonato.

En un programa de formación desde el principio se requiere una inversión excesiva y del tiempo de un profesional bien pagado para los análisis comparativos de los datos de los costos, que mostraran que para los cursos que más habitualmente se solicitan resulta menos costoso contratar a un experto ajeno a la institución que designar a un miembro del servicio de formación continuada o en servicio del centro para que se diseñe y lleve a cabo un programa.

Un estudio realizado por McCampell,¹⁴ puso de manifiesto que cuando el costo educativo por hora de enseñanza a la alumna supera los 10.00USD (aprox. 100.00 Pesos) por hora el centro sanitario podía ahorrar dinero contratando a una persona del exterior que designando a alguna de la institución para impartir el curso a un grupo único y reducido de empleadas, por otro lado para cursos de formación en servicio de veinte a treinta horas de duración lectiva que tiene

¹³ Loewy, Erich H. Textbook of healthcare ethics. Plenum Press. New York, 1998.

¹⁴ McCampell, College of Nursing, University of Illinois, E.U.A. 1998.

que ser impartidas repetidamente a amplios grupos de empleadas, es más rentable económicamente para la institución sanitaria contratar a un profesor para impartir todos estos cursos, ya que el profesor necesitará progresivamente menos tiempo para preparar las clases cada vez que el curso es impartido, con lo que por el costo de hora lectiva del estudiante disminuye a medida que aumenta el tamaño del grupo.

Los métodos para disminuir los costos de formación del personal incluyen la utilización de enfermeras clínicas especialistas de la institución, en lugar de expertos ajenos a ella, para impartir la mayor parte de los cursos de formación continuada. La contabilidad de los costos de los programas de capacitación del personal es necesaria, por que mientras que la educación continuada está incluida en los beneficios complementarios de muchas instituciones sanitarias, las presiones económicas forzan a éstas mismas a reducir los costos de formación. Cuando una gran parte de los costos educativos corre a cargo de la empresa, se deben imponer controles para garantizar que los programas de formación impartidos por el centro sanitario mejoren la productividad del mismo.

2.4. Los modelos y el enfoque científico en la solución de problemas en enfermería.

2.4.1. Los Modelos De Enfermería Y El Enfoque Científico.

La Definición De Enfermería

Conforme crecieron las competencias técnicas en la enfermería, se hizo necesaria una formación mayor, por lo que este incremento de conocimiento puso de relieve la necesidad de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina, como su ámbito de actuación profesional. Así a mediados del presente siglo, muchos de los esfuerzos de los profesionales de la enfermería estuvieron dirigidos a resolver esta cuestión. Se inicia un período que se caracteriza por la creación de modelos teóricos que tratan de esclarecer que hacen sus profesionales, por qué lo hacen, cómo lo hacen y cuál es el camino a seguir para el incremento del cuerpo de conocimientos propios. Este es el momento en el que se impone la creación de una definición universal de los cuidados de enfermería, es decir, se percibe la necesidad de explicar

con precisión el significado o naturaleza de la enfermería, a través de una proposición que exponga con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de la enfermería en el ámbito general de la ciencia. Sin embargo, el hecho de que existan distintos grados profesionales es un elemento que indica que la empresa de estas enfermeras se encuentra lejos de concluir, al menos en lo que se refiere a la universalidad de sus proposiciones. Esta característica, que en el ámbito de los profesionales de las disciplinas científicas es considerado como una peculiaridad, encuentra su explicación en el hecho de que Florence Nightingale¹⁵ creara cinco tipos de estudiantes de enfermería en su propia escuela. Esta categorización de sus estudiantes, dependiente del nivel o clase social de la que provenían, tan sólo vuelve a poner de manifiesto que Nightingale no contaba con una intención propedéutica, o al menos con una teoría germinal, sobre la cual construir la enseñanza o la investigación en enfermería. Hoy en día, estos distintos tipos de estudiantes y profesionales marcan un escollo insalvable en el propósito de la definición, ya que tan sólo ponen en evidencia la precisión con la que han sido definidas las tareas delegadas que algunos eufemísticamente denominan actividades interdependientes, y la imprecisión que caracteriza a la definición de las propias. No obstante, este debe ser considerado tan sólo como un elemento más a la hora de analizar las causas que determinan el actual estado de construcción disciplinar, pues en aquellos lugares en donde los distintos niveles de profesionales de la enfermería se resumen en uno, no se han observado intentos de naturaleza teórica dirigidos a resolver esta cuestión. Como consecuencia de la necesidad de definir la disciplina de la enfermería, se determinaron por consenso los conceptos que debían ser investigados. Estos conceptos que son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, forman lo que se ha denominado metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina. Siguiendo a Fawcett, la función del meta paradigma es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de la disciplina y hacerlo desde una perspectiva neutral, es decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual, a cual se le debe añadir la característica de ser universal. Con el concepto de persona, que incluye al individuo, la familia y la comunidad, se identifica al receptor o a los receptores de los cuidados; con el

¹⁵ Wesley R.L. Teorías y Modelos de Enfermería, 2ª ed. 1998, pág. 99.

entorno se identifican las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona; con el concepto de salud que se refiere al estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal; y el concepto de cuidado es la propia definición de enfermería, es decir:

"Las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras".

Las acciones enfermeras normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, de diagnóstico, de planificación, de intervención y de evaluación.* No obstante, para una determinación precisa del objeto de estudio de una disciplina no basta con contar, tan sólo, con la descripción de los fenómenos que estudia, sino que es necesario establecer relaciones entre estos fenómenos, de manera que estas relaciones, se establecen en forma de proposiciones, las que de modo definitivo determinan tanto el objeto de estudio como el campo de acción. Estas relaciones proposicionales son cuatro y describen la forma en la que debe ser abordado el estudio de estos conceptos. La primera de estas relaciones se establece entre los conceptos de persona y salud, y sostiene que la enfermería se ocupa de los principios y leyes que rigen los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos enfermos o sanos. La segunda relación entre estos conceptos es la que se establece entre persona y entorno, que afirma que la enfermería se ocupa de las pautas de comportamiento humano en situaciones de la vida cotidiana tales como situaciones críticas de salud y cuidados necesarios, que indican las acciones o el proceso que se debe efectuar para proporcionar cambios positivos en el estado de salud.¹⁶

De estas tres relaciones se deriva la cuarta, que une los conceptos persona, entorno y salud, y que afirma que a la enfermería le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continua interacción con su entorno, "El Cuidado Enfermero". De acuerdo con lo anterior es menester hacer una referencia del meta paradigma que incluye los cuatro conceptos y las

* "Representa a la disciplina o a la profesión y éste no es un concepto metaparadigmático apropiado, porque crea una tautología".

¹⁶ Wesley R.L. Teoría y Modelos de Enfermería, 2ª ed. 1998, pág. 99.

cuatro proposiciones que identifican el único objeto de estudio, esencia de la disciplina de enfermería, y que abarca todos los fenómenos relevantes de forma explícita. Los conceptos y las proposiciones tienen una perspectiva neutral, por que no reflejan en sí un paradigma o un modelo conceptual. Por otra parte, los conceptos y las proposiciones meta paradigmáticas no reflejan creencias y valores de ningún país o cultura y, por tanto, tienen una esencia y un campo de aplicación universal. Por ello, ha recibido de las diferentes críticas el metaparadigma de la enfermería, entre las que resalta, por sus implicaciones desde la filosofía de la ciencia, la realizada por Conway, quien afirma que el concepto de cuidado

Otros autores argumentan que tal repetición no se crea, pues el concepto de cuidado debe ser tan sólo entendido como las acciones o las actividades de las enfermeras. Sin embargo, a nuestro juicio, la agrupación de estos cuatro conceptos no responde a la misma categoría lógica. Basándonos en el hecho de que la función de la teoría es definir el que, y él porque y el para que, mientras que el método se define como los conceptos de persona, salud y entorno.

Así pues, el concepto de cuidado* no puede incluirse en el paradigma si lo que intentamos es definir el concepto en sí, y tampoco puede incluirse si se considera como el conjunto de actividades que realiza un profesional de enfermería, pues este debe derivarse de la naturaleza de las proposiciones que se establezcan entre los otros conceptos, persona, salud y entorno.

Los modelos de enfermería, parten de teorías creadas por cada una de las teóricas, las que se sustentan en otras disciplinas, adscritas al ámbito de las ciencias sociales, como la Psicología, la antropología o la sociología, con el ánimo de perfilar una definición de enfermería.

La utilización de teorías de disciplinas distintas a la propia, utilizadas para la argumentación, es un uso lícito en la ciencia, siempre y cuando no se pierda el objeto de estudio de la misma. De este modo en el momento actual de construcción disciplinar de la enfermería, estas teorías explican el objeto de

* Los conceptos de persona, salud y entorno, no son conceptos que se modifiquen entre sí, pero tampoco deben hacerlo, sino que sirven para determinar fenómenos, que se concretan a la hora de establecer vínculos entre ellos, y es la naturaleza de estos vínculos lo que determina y define el cuidado.

estudio apoyadas en otras disciplinas, lo que supone que, finalmente, el posible conocimiento que se extrae de ellas es conocimiento que ayuda a la comprensión, pero no pertenece a la enfermería sino a las disciplinas de las que partieron. Así, si utilizamos el universo científico en analogía con el universo natural, el objeto de estudio de las disciplinas sería, la masa de los planetas y las teorías que han creado su campo de gravedad, por lo que la enfermería, al carecer de masa compacta y aparecer como una nebulosa, gira en torno a estos otros planetas, que poseen una fuerza gravitatoria mayor ya que sus teorías son más firmes, y la disciplina enfermera se constituye en, un satélite de las mismas que, o jamás obtendrá independencia científica en el universo de la ciencia, o terminara por formar parte de la masa o objeto de estudio de otra disciplina a fin. Dado que la construcción disciplinaria esta en proceso, las enfermeras están obligadas a adecuar cada una de las teorías, identificar en ellas los elementos que apoyen la práctica desde la dimensión Teórico conceptual e instrumental. (Hernández C., Los Teóricos, 1991 Pág. 517)

Es importante detectar los enfoques teóricos para darle sentido a la información en el campo laboral. Por tanto se toman algunos modelos a modo de ejemplo, entre ellos, los de: Dorothy E. Jhonson, Martha Rogers, Madeleine Lelninger, Betty Newman y Virginia Gerderson.

Los Diferentes Modelos:

Modelo de Dorothy E. Jhonson*: Concibe la enfermería como una contribución específica para el bienestar del paciente, ya que es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización y la integración del comportamiento de la conducta del cliente en un nivel óptimo en aquellas condiciones en las que la conducta constituye una amenaza para la salud física y social o en la que se encuentra la enfermedad. Así, el centro de atención de este modelo es la persona como un sistema de conducta, por lo que la salud es el equilibrio de este sistema que se caracteriza por ser resuelto, ordenado y prescindible. Los conceptos que maneja este modelo son: estrés y tensión, con el objetivo de reducirlos, a la par que considera que la enfermería tiene una

* Una de las críticas más sólidas hacia este modelo es su indefinición del concepto de entorno.

misión social, a través de la responsabilidad especial de promover el sistema de comportamiento más efectivo y eficiente posible.¹⁷

Modelo de Imonege King: King afirma que la enfermería consiste en percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar cara a cara, con la conducta de los individuos que se incorporan a una situación de enfermería, define al entorno como una fuerza estresora, y a la persona como un sistema abierto con tres subsistemas; personal, interpersonal y social. La salud es contemplada como los ajustes a los agentes estresantes del entorno interno y externo, ajustes que se realizan a través de la optimización del uso de los recursos para lograr el máximo potencial para la vida diaria. Según este modelo, los fenómenos enfermeros son las transacciones, que constituyen variables dependientes de las interacciones enfermera-cliente que conducen al logro de objetivos, y la salud es entendida como "La capacidad para funcionar en los roles sociales". Por tanto, el objeto de estudio de la enfermería, aquí es el comportamiento y la conducta, con el objetivo de ayudar a los individuos a mantener su salud para que estos puedan seguir desempeñando sus roles sociales.

En los dos modelos, expuestos a modo de ejemplo, se observa una clara dependencia de las teorías de la Psicología, ya que proponen el estudio de las conductas de las personas. Otros modelos propuestos recogen esta misma inclinación, como el modelo de Neuman, quien define a la Enfermería como una profesión diferenciada, ya que se ocupa de todas las variables que afectan la respuesta de un individuo a los factores de estrés, que son de naturaleza intra, inter y extra personales. La ocupación de la enfermería es prevenir la invasión del estrés o, después de la invasión del estrés la estructura básica del cliente y obtener y mantener un nivel máximo de bienestar.

Otros modelos, sin abandonar las influencias de la Psicología, tienen el influjo de disciplinas tales como la Sociología o la Antropología es mayor. Entre ellos destacan los modelos de Martha Rogers y de Madeleine Leininger. El primero de estos modelos teóricos, denominado Ciencia de los Seres Humanos Unitarios, define la Enfermería como una ciencia humanística dedicada a la preocupación compasiva por el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de los enfermos e

¹⁷ Wesley, R.L. Teorías y Modelos de enfermería. 2ª ed. 1998, pág. 522-524.

incapacitados. Las enfermeras buscan promover la interacción e integridad de los seres humanos y dirigir y redirigir los patrones de interacción entre la persona y el entorno para la realización de un máximo potencial de salud. Por tanto, el fenómeno central de este modelo es el estudio de los seres humanos irreductibles y unitarios, y de sus respectivos entornos. Concibe a la persona y al entorno como totalidades irreductibles, y considera que el bienestar es un valor relativo, por lo que afirma que no existen normas absolutas de salud. Hay patrones que surgen de los procesos humanos que pueden causar dolor, felicidad, enfermedad o cualquier comportamiento. La sociedad califica algunos de estos comportamientos como enfermizos. Martha Rogers, basándose en estas premisas, concibe la Enfermería como una misión social, con el objeto de estudiar las relaciones sociales que se producen en un grupo, así como los valores culturales que determinan la salud y la enfermedad.

Madeleine Leininger denominó a su modelo, Teoría de los Cuidados trans culturales, por lo que la influencia de la Antropología es más evidente en este modelo que define la Enfermería como una ciencia y arte humanístico aprendido que se encuentra en las conductas de cuidados, funciones y procesos personalizados (individuales y de grupo), dirigidos a promover y mantener las conductas de salud o a recuperarse de la enfermedad. Las conductas tienen significado físico, psicocultural y social o tienen significado para lo que son atendidos generalmente por una enfermera profesional o por una enfermera con similares competencias de rol. Insiste en la determinación sociocultural de los conceptos de salud y enfermedad, por lo que la intervención del profesional de la Enfermería debe ser consecuente con los valores culturales del individuo, y el objeto de estudio, según este modelo, es el conocer el significado cultural de la salud y el bienestar, las manifestaciones de los mismos y las experiencias de los individuos en relación con su propia salud.

En todos estos modelos de Enfermería, el conocimiento que finalmente se extrae de ellos forma parte de la disciplina que les dieron su origen: la Psicología, la Sociología o la Antropología, y en la Enfermería se ve reducida al estudio de las personas en situaciones de salud o de enfermedad de acuerdo con una u otra teoría. De este modo, nadie duda de que el investigador más calificado para estudiar el comportamiento durante una determinada situación sería un psicólogo, o de que el estudio de la consideración de una persona, como un enfermo de acuerdo con su cultura entra en el ámbito de los antropólogos

sociales y culturales. Así pues, el objeto de estudio de la disciplina enfermera sigue estando desdibujado, pues no se da respuesta de forma totalmente satisfactoria a la cuestión planteada desde los años cincuenta, es decir, no resuelve ni delimita la naturaleza de la Enfermería según los parámetros que se exigen desde la Filosofía de la Ciencia. Desde la disciplina que se ocupa del análisis de las teorías, la identificación clara y precisa del objeto de estudio es el primer requisito para la consideración de un nuevo campo de estudio como una disciplina independiente. Esta disciplina, como ya se expuso anteriormente, puede apoyarse para sus argumentaciones científicas en teorías generadas desde otras disciplinas, lo cual no significa que la primera disciplina pierda identidad respecto a la segunda.

En el modelo de Virginia Henderson, quien definió las actividades de los profesionales de la Enfermería con la siguiente afirmación: 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 a su recuperación (o una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. Este modelo concibe a la persona como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.¹⁸

Este modelo es el eje de los planes de estudio de las instituciones formadoras de recursos humanos de enfermería y permite operacionalizarse a través del proceso de atención de enfermería.

Los Modelos Empíricos Experimentales:

La difusión de las actividades de enfermería a través de un lenguaje que pueda generalizarse y ser comprendido por todos es la Taxonomía de la NANDA, que en la década de los años cincuenta sufrieron un gran impulso, en la década de los setenta los cuidados específicos que proporcionaban los profesionales de

¹⁸ Wesley R.L. Teorías y Modelos de Enfermería, 2ª. Ed. 1998, pág. 523-524.

esta disciplina no podían ser identificados con autonomía, ya que no poseían la característica de no poder ser brindados por otro miembro del equipo de salud, y por tanto no podían ser codificados. Ante esta situación, las reuniones científicas para la resolución de este problema culminaron con la creación en el año 1982 de la NANDA.¹⁹

Para concretar los fenómenos en enfermería que pudieran ser identificados de forma clara y precisa, se optó tras ordenar los primeros Diagnósticos de Enfermería por orden alfabético por la clasificación de los mismos en nueve categorías, que en un principio fueron denominadas Patrones del Hombre Unitario y que posteriormente se han denominado Patrones de Respuesta Humana.

Estas nueve categorías o Patrones de Respuesta Humana no poseen características de prioridad o importancia, y representan las manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno y, en su conjunto, abarcan la totalidad de los patrones de un individuo en interacción con su entorno. Durante la quinta conferencia del *National Conference Group*, precursor de la NANDA,²⁰ el grupo de trabajo encargado de identificar estas categorías diagnósticas presentó sus conclusiones en la forma de los patrones ya mencionados.

Estos Patrones de Respuesta Humana son:

- Intercambio.
- Comunicación.
- Relaciones.
- Valores.
- Elección.
- Movimiento.
- Percepción.
- Conocimiento.
- Sentimiento/Sensaciones.

¹⁹ North American Nursing Diagnosis Association, Fundamentos de Enfermería. 1998, pág. 77-84.

²⁰ Idem.

Todos los Patrones de Respuesta Humana representan las manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno y, en su conjunto, abarcan la totalidad de los patrones de un individuo en integración con su entorno, por lo que las categorías lógicas en las que se dividen, pretenden representar manifestaciones distintas y concretas de las interacciones entre el hombre y el entorno. Así, la primera categoría:

- **Intercambio:** Se define como la implicación del mutuo dar y recibir.
- **La Comunicación:** Implica enviar y recibir mensajes.
- **El patrón de relaciones:** Implica el establecimiento de vínculos.
- **El de Valores de Elección:** La selección de alternativas.
- **El de Movimiento se define:** Por la actividad.
- **El patrón de Percepción:** Implica la recepción e interpretación de la información.
- **El Conocimiento:** Representa el significado asociado a esa información en forma de conceptos.
- **El patrón de Sentimientos / sensaciones se refiere:** Al conocimiento subjetivo de la información.

El método taxonómico, que pretende el análisis y la clasificación de las regularidades de los fenómenos, es practicado desde la antigüedad de disciplinas tales como la astronomía, la medicina, la geografía o la botánica. Desde el Egipto antiguo y el Imperio babilónico, pasando por la civilización griega, el hombre ha utilizado este método como una forma de explorar las secuencias regulares de los distintos fenómenos que sometía a estudio. Las teorías griegas de la clasificación que se desarrollan en los escritos hipocráticos fueron formalizadas por Platón y Aristóteles en una lógica general, particularmente concebida para el análisis de la biología, que luego Teofrasto aplicó a la botánica y a la mineralogía, y que otros filósofos aplicaron a las ciencias sociales, con el fin de categorizar la causa formal del sujeto o la

materia que estaban estudiando, dado el carácter predictivo que posee la clasificación de las causas.²¹

Este poder predictivo de las clasificaciones estriba en que éstas son realizadas de acuerdo con las semejanzas, o características comunes, de los elementos que componen esa clase. Aristóteles desarrolló su teoría general de la clasificación como una parte de su lógica general inductiva, por la que una especie era definida por sus atributos esenciales, atributos o características que compartían todos los miembros integrantes de esa clase. Sus diferentes ensayos taxonómicos sobre las especies animales resultaron ser clarificadores ya que proporcionaban una explicación sobre sus semejanzas y diferencias de estructura, función, o hábitat, lo que permitía una mejor comprensión sobre el mundo de los seres vivos. De este modo, tras haber estudiado cada individuo o entidad concreta sería posible descubrir los principios sobre las cuales basar la clasificación taxonómica. La taxonomía lógica griega fue inherente al pensamiento medieval occidental, por lo que en el siglo XIII San Alberto Magno estableció de forma sistemática y detallada las diferentes clasificaciones de animales, de acuerdo con distintos criterios, cualidades, características o propiedades. Así, en esta clasificación aparecen los animales organizados de acuerdo a sus grupos ecológicos, a sus tipos morfológicos y según el grado de madurez alcanzado en el nacimiento. El descubrimiento del Nuevo Mundo, que aportó multitud de especies no conocidas, y el interés por la clasificación de los fenómenos, fue una de las características principales de la Edad Moderna, ya que para la clasificación práctica de estos nuevos fenómenos, animales, especies botánicas y enfermedades, era necesario otorgarles un nombre de acuerdo con sus afinidades, de modo que el método utilizado para la creación de estas nuevas categorías era la inducción.

A través de la inducción, es decir, de la observación de las particularidades y las variaciones de las entidades concretas a estudiar, ya fueran animales, plantas o enfermedades, se deberían extraer las características básicas y comunes para determinar la clase, o entidad abstracta, introducir los elementos, o entidades concretas, que la componen.

²¹ Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros, 1ª ed, 1999, pág. 112.

Todas las taxonomías de la época moderna se propusieron el estudio íntimo de los fenómenos concretos, para, de este modo, hallar la esencia por la cual podían clasificarse las entidades concretas bajo un criterio lógico que respondiera a la verdad de cómo éstas se organizan e interrelacionan. Ésta era la base común de la que partieron los sistemas de clasificación natural, que recurrieron a descripciones exhaustivas para hallar las diferencias y las semejanzas globales, y los sistemas de clasificación artificial, entre los que destaca Linneo (1707-1778) que utilizó grupos seleccionados de caracteres, como por ejemplo los órganos sexuales de las flores. Ambos sistemas clasificatorios presentan una característica que no debe ser pasada por alto: su capacidad de explicación. De ahí parten los criterios para la clasificación de los fenómenos que inciden en nuestro objeto de estudio, de la enfermería, por lo que es de suma importancia el establecimiento claro y preciso de los mismos, de modo que sean aplicados en el mismo sentido, teniendo en cuenta, que los criterios de clasificación son, en definitiva, las cualidades que poseen las entidades concretas que conforman esa clase, dichos criterios deben responder a la esencia o a la característica común de las mismas. Así, el criterio de clasificación escogido por la NANDA²² es el de los Patrones de Respuesta Humana, que se concretan a través de nueve manifestaciones intercambio, comunicación, relaciones, valores, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimientos/sensaciones, que reflejan situaciones enfermeras que cualquier profesional de la Enfermería debe poder describir, explicar, predecir y controlar para que estas situaciones puedan ser consideradas fenómenos propios.

De este modo, el objeto de estudio de la Enfermería, según el criterio NANDA, sería la acción recíproca, o la interacción, entre la persona y su entorno tanto físico, como psíquico, social, económico o de cualquier otra naturaleza.²³

Los diagnósticos de la NANDA, por otra parte también muestran limitaciones, la definición del primer patrón, intercambio, que implica el mutuo dar y recibir, no refleja la naturaleza del mismo, es decir no delimita qué elementos físicos, psicológicos, culturales o de cualquier otro tipo son los que están implicados en

²² North American Nursing Diagnosis Association.

²³ Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros, 1ª ed, 1999, pág. 114.

este intercambio. Sólo a través del análisis de sus entidades concretas, o etiquetas diagnósticas, es posible descubrir cuál es la esencia de este patrón, que no es otro sino el del intercambio de características biológicas que experimenta el cuerpo humano. Este tipo de interacción entre el hombre y su entorno ha sido descrita y explicada por otras disciplinas científicas, tales como la fisiología o la bioquímica, por lo que el análisis científico de estos fenómenos, así como su predicción y control, recaen sobre otras disciplinas. Por ello, en una gran parte de los mismos aparece una nota de recomendación de la propia organización que los han identificado y asumido, en la que se recuerda que esa situación requiere un abordaje interdependiente, por lo que el profesional de la Enfermería en ese momento debe llevar a cabo el plan prescrito por otro profesional.²⁴

En este primer patrón, el número de etiquetas diagnósticas* que poseen esta advertencia supone cerca del treinta por ciento porcentaje que tan sólo se explica si volvemos a analizar la naturaleza de los fenómenos identificados. Este nuevo análisis resulta revelador, pues don situaciones en las que aparece una intervención de la Enfermería de carácter delegado, es decir, que son situaciones que claramente inciden en el objeto de estudio científico de otras disciplinas, pero que los profesionales de la Enfermería llevan a cabo, por lo que para la elaboración de este patrón se han mezclado dos criterios de clasificación distintos: uno el de aquellas actividades que lo profesionales de la Enfermería pueden identificar y controlar de forma independiente, porque recaen dentro de la naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina, y otro que refleja situaciones que los profesionales de la Enfermería identifican, pero que no controlan, al no caer dentro del ámbito de su objeto de estudio.

En cada uno de los Patrones de Respuesta Humana, uno más desarrollados que otros, aparecen deficiencias de distinta naturaleza, pero el denominador común de éstas está relacionado con la imprecisión por la que se definen dichos

²⁴ Wesley, Teorías y Modelos de Enfermería, 2ª ed. 1998, pág. 515.

* Las etiquetas diagnósticas que aparecen con este tipo de notas son: Hipertermia, termorregulación ineficaz, disrreflexia, retención urinaria, alteración de la perfusión tisular, exceso en el volumen de líquidos, disminución del gasto cardíaco, deterioro del intercambio gaseoso, patrón respiratorio ineficaz, incapacidad para mantener la respiración espontánea, respuesta ventilatoria disfuncional al destete, deterioro de la integridad tisular.

patrones. Así, en el patrón de movimiento, curiosamente aparecen entidades concretas tales como la lactancia materna ineficaz, interrupción de la lactancia materna y patrón de alimentación que implica actividad, parecen no presentar el tratamiento lógico que les correspondería en el patrón intercambio, ya que, como ha sido expuesto, éste implica el que el mutuo dar y recibir que se produce a un nivel físico. Este cambio de criterio tan sólo responde a una matización importante e imprescindible para poder comprender este hecho, pues debe tenerse en cuenta que estas etiquetas tan diagnósticas se corresponden con el fenómeno de la alimentación, mientras que las etiquetas alteración de la nutrición: por exceso, alteración de la nutrición: por exceso, están relacionadas con los procesos metabólicos.

Llegados a este punto es posible cuestionarse si ambos fenómenos, alimentación y nutrición, inciden en el objeto de estudio que la Enfermería, es decir, si ambos son susceptibles de investigación científica enfermera, o si la nutrición es un fenómeno que incide directamente en el objeto de estudio de otra disciplina que puede, con mayor autoridad científica, controlar dichos procesos metabólicos. Otras etiquetas diagnósticas sufren la misma suerte, pues el criterio seguido para incluir la alteración del patrón del sueño en el patrón de movimiento, o la desesperanza y la impotencia en el patrón de percepción en lugar de ser incluidas en el patrón de sentimientos / sensaciones no parece ser del todo acertado. Como afirmó Linneo para la botánica, la naturaleza no realiza saltos, por lo que la elección de estos criterios clasificatorios es una tarea sumamente difícil, que requiere el perfeccionamiento continuado de los mismos para que no aparezcan ni yuxtaposiciones entre las entidades concretas ni vacíos clasificatorios. Al igual que en botánica, la naturaleza del hombre no realiza saltos; no es posible encontrar un criterio de clasificación que pueda contener en su seno entidades concretas independientes del resto de las dimensiones de la persona, por lo que la Enfermería actual estudia al ser humano desde un punto de vista holístico. Pero lo que es tarea inexcusable en la Ciencia es la utilización de datos, hipótesis, teorías y leyes que puedan volver a someterse a prueba a través del Método Científico cada vez que sea necesario, de manera que las etiquetas diagnósticas que componen la clase o patrón de valores, es decir sufrimiento espiritual y potencial de aumento del bienestar espiritual, no pueden ser considerados como fenómenos científicos, ya que no poseen elementos objetivos que puedan ser sometidos a contrastación. No obstante, el estudio

de la asignación de valores relativos es una línea de investigación enfermera que debe, a nuestro juicio, permanecer entre los Patrones de Respuesta Humana, ya que elementos tales como la cultura, el estatus social o las experiencias individuales, familiares o de la comunidad son, entre otros, elementos que determinan tanto las características como el momento de aparición de las manifestaciones de los comportamientos de salud o de enfermedad, o del modo de afrontar un fenómeno, por lo que esta categoría lógica puede guiar la investigación causal ante determinados fenómenos enfermeros. Pero, además de lo expuesto, existe una diferencia sustancial entre las taxonomías de otras disciplinas y la enfermera, pues mientras que las desarrolladas por otras disciplinas partían de una definición precisa del mismo, que es en definitiva la que tendrían que apuntar hacia los fenómenos que le son propios. Pero es más, todas las taxonomías, antiguas o modernas, encuentran sus criterios clasificatorios partiendo de teorías establecidas, por lo que los diagnósticos de Enfermería han sufrido en algunas ocasiones intentos de reclasificación de acuerdo a una teoría determinada.

Este es, a nuestro juicio, uno de los mayores retos que se presenta a la disciplina enfermera: dotarla de una teoría que permita la identificación clara de los fenómenos que debe investigar para, de este modo, poder realizar una clasificación de los mismos que permita guiar y dirigir las intervenciones de los profesionales de la Enfermería. La ausencia de una definición precisa del objeto de estudio enfermero es la causa de la identificación de etiquetas diagnósticas que responden a un criterio de naturaleza delegada, junto con otras que responden a un criterio de naturaleza independiente. Pero es más, algunas etiquetas diagnósticas presentan factores relacionados o causales que no entran dentro del ámbito de Enfermería. Así, por ejemplo, la etiqueta de síndrome de deterioro en la interpretación del entorno está relacionada con factores tales como la «demencia (enfermedad de Alzheimer, demencia multiinfarto, enfermedad de Pick, complejo de demencia del SIDA); enfermedad de Parkinson; enfermedad de Huntington; depresión; alcoholismo». Estos factores relacionados, que están bien descritos en la literatura científica, constituyen una causa que los profesionales de la Enfermería puedan controlar, por lo que tan sólo pueden ser clasificados, de nuevo, entre aquellos que poseen una naturaleza delegada. De acuerdo con las premisas metodológicas que la propia NANDA ha marcado, los objetivos de un plan de cuidados deben extraerse de las etiquetas diagnósticas, mientras que las

actividades deben estar relacionadas con los factores causales que han desencadenado dicha situación, por lo que en este tipo de diagnósticos enfermeros las actividades no pueden estar dirigidas hacia la resolución de los problemas causales, ya que no tienen una naturaleza enfermera, por lo que se dirigen hacia el mantenimiento de un entorno físico, familiar y personal adecuado para el mantenimiento y conservación de las funciones que en ese momento aún posee el receptor del plan de cuidados.”

Por todo ello, es necesario un nuevo análisis de estas etiquetas diagnósticas que permita, desde presupuestos y criterios lógicos basados en una teoría enfermera, la reordenación de relaciones causales o factores relacionados que los profesionales de la Enfermería puedan modificar de acuerdo con la naturaleza de su disciplina, ya que la enfermería puede considerarse, de acuerdo con la clasificación de las ciencias realizadas por Aristóteles, como un saber técnico, es decir, que posee una disposición racional, que tiene por objeto intervenir en las cosas que pueden ser de otra manera.

Esta consideración de la Enfermería como una *techne*, concepto mucho más amplio de su traducción latina de *ars*, responde a que este filósofo griego (Aristóteles) consideró el saber técnico como un conocimiento teórico y universal, que puede aplicarse a casos no sólo que algo es, sino también del porqué y las causas de lo que es.”

* Sólo teniendo en cuenta este matiz se puede explicar que la relación filogenética entre los animales se realice en función de la teoría de la evolución. Wesley, R.L. Teorías y Modelos de Enfermería, 2ª ed, 1998, pág. 520-522.

” Los diagnósticos de enfermería le dan un enfoque sistemático y reflexivo a la intervención enfermera, en la que se mantiene la dimensión holística del ser humano.

2.4.2. El Modelo De Dorotea Orem Y Su Relación Con El Enfoque Científico.

Dentro de las diferentes corrientes el único modelo teórico que parte de fundamentos propios es el de Dorotea Orem, ya que parte del concepto del auto cuidado. Esta teórica ha definido el concepto del cuidado como un servicio o actividad que se deriva de los conocimientos que poseen los profesionales de la enfermería, es decir, este concepto se deriva de la definición y las proposiciones que caracterizan a los conceptos de persona, entorno y salud. Orem concibe a la persona como una unidad con funciones biológicas, simbólicas y sociales, y centra su atención en la capacidad de éstas para transformar su auto cuidado que es definido como:

"El comportamiento que existe en situaciones de la vida concreta, controladas por las personas a favor de sí mismos o para regular los factores del entorno que afectan su propio desarrollo y funcionamiento para mantener la vida, la salud o el bienestar".²⁵

Así, ella identifica el término agente con aquella persona que realiza la acción, y el agente de cuidado dependiente es la persona que realiza las acciones de cuidado a los niños y adultos dependientes, sin que ello suponga un cuidado enfermero.

Esta capacidad de las personas de realizar para sí mismas acciones pueden verse alterado por los siguientes factores:

- Edad.
- Género.
- Estado de Desarrollo.
- Estado de Salud.
- Orientación Sociocultural.
- Factores asociados al sistema familiar.
- Patrones ó Estilos de la vida.
- Factores ambientales.

²⁵ Wesley, R.L. Teorías y Modelos de Enfermería, 2ª ed, 1998, pág. 528.

Así como los recursos disponibles y la educación de los mismos.

Sin embargo, y a pesar de que estas capacidades pueden verse modificadas a lo largo de la vida, todos los seres humanos poseen requisitos de auto cuidado, que son: Las expresiones de una acción que es ejecutada por o para los individuos, con el propósito de controlar los factores humanos y del entorno que afectan al funcionamiento y desarrollo humanos.

Orem reconoce tres tipos de requisitos de auto cuidado:

1. Los requisitos de auto cuidado universal.
2. Los requisitos de auto cuidado en el desarrollo.
3. Los requisitos de auto cuidado relativos a la desviación de la salud.

Los requisitos de auto cuidado universal son: Las acciones que necesitan ser realizadas para mantener los procesos vitales, la integridad de la estructura y la función del hombre y el bienestar general. «Estos requisitos son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de la vida, ajustadas a la edad, estado de desarrollo, factores del entorno y de otros».

Los requisitos de auto cuidado en el desarrollo son: Las acciones que necesitan ser realizadas en relación con los procesos de desarrollo humanos, condiciones y acontecimientos, y en relación con los sucesos que pueden afectar adversamente al desarrollo.

Los requisitos de auto cuidado relativos a la desviación de la salud son: las acciones que necesitan ser realizadas en relación con los defectos genéticos y constitucionales, las desviaciones de la estructura y la función humana y sus defectos, así como el diagnóstico médico y el tratamiento prescrito o realizado por el médico. Existen en las personas que están enfermas o lesionadas, y tienen formas específicas de enfermedad, incluyendo defectos y discapacidades, y que están bajo el diagnóstico y el tratamiento médico.

La demanda de Auto Cuidado terapéutico surge cuando la persona pierde la capacidad de proporcionarse su auto cuidado o proporcionar el cuidado necesario a una persona dependiente, lo que indica, a diferencia de otras teóricas, cuándo debe y puede intervenir un profesional de la Enfermería.

Orem denomina agencia de enfermería, a las acciones que se desarrollan y ejercitan para el beneficio y el bienestar de otros, es decir, son las acciones que los profesionales de la Enfermería realizan para hombres, mujeres y niños, individuales o en unidades multipersonales, para ayudarles a superar los déficit de auto cuidado dependiente o los déficit relativos a la desviación de salud. Existe un déficit si la persona todavía no tiene la capacidad de realizar las acciones requeridas para el auto cuidado o el cuidado dependiente, o si la persona no puede realizar esas acciones a causa de circunstancias relacionadas con la salud o la situación.

Las demandas y los déficit de auto cuidado y de cuidado dependiente puede ser parciales o totales. Se entiende por déficit total la incapacidad de cubrir las demandas de auto cuidado terapéutico, mientras que en el déficit parcial, aunque puede ser mayor o menor, es la incapacidad para cubrir los requisitos de auto cuidado en una situación de cuidado. Este tipo de demandas caracteriza el tipo de intervención enfermera que Orem denomina sistemas de enfermería, ya que se clasifican en tres categorías: Sistema totalmente compensatorio, Sistema parcialmente compensatorio y Sistema educativo o de apoyo. El concepto de entorno en este modelo es entendido como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. El concepto de salud es definido como:

"El estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental"²⁶

Éste es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, que se diferencia del concepto de bienestar, ya que éste último es la manifestación de la experiencia vivida por el sujeto, aunque éste se encuentre en condiciones o circunstancias que no pueden ser definidas

²⁶ Wesley, R.L. op.cit. pág. 524.

como saludables. El concepto de cuidado surge, por tanto, de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es ayudar a las personas a cubrir sus propias demandas de auto cuidado terapéutico o a cubrir las demandas de auto cuidado terapéutico de otros, es decir, ayudar a las personas a cuidarse de sí mismas o a cuidar de las personas dependientes.

Este modelo permite la utilización de teorías provenientes de otras disciplinas, pero el fundamento de auto cuidado creado por Orem permite la localización de fenómenos propios, por lo que el objeto de estudio desde este modelo teórico aparece de forma clara y precisa. La teoría de auto cuidado posibilita el estudio de las distintas formas que tienen las personas y los grupos culturales de cubrir sus demandas de auto cuidado que se dan con mayor frecuencia en determinadas situaciones de salud, así como la búsqueda de formas más precisas o eficaces para que la agencia de enfermería cubra los déficit de auto cuidado de las personas a las que atiende. Por tanto, desde la teoría de Orem es posible el estudio de fenómenos enfermeros ya conocidos o identificados, así como la búsqueda de nuevos fenómenos, y las causas que ocurren en los mismos desde una perspectiva única y precisa. Por todo ello, este modelo no puede ser clasificado dentro de las categorías descritas.

2.5. La capacitación en enfermería y los días estancia del paciente.

La proporción de cuidados no se reduce a una cuestión de organización a través de la cual se busca el buen funcionamiento de un centro hospitalario. Esto es un poco más complejo, ya que la satisfacción de las necesidades de los pacientes no solo depende de una buena organización, si no de la atención y de la calidad de los cuidados proporcionados. Así pues es de vital importancia que el personal asignado a los servicios tenga un perfil definido y una preparación adecuada, que le permita brindar los cuidados pertinentes. En el caso de la atención neonatal se ha visto que los programas de estudios profesionales en enfermería no incluyen de manera adecuada la formación específica para la atención de este tipo de población, y esto a su vez impide que se desarrollen las destrezas y habilidades que se deben aplicar en pacientes con estas características, de tal manera que una profesional recién egresada no se encuentra en posibilidades de aplicar el modelo de atención de enfermería y lo que esto

implica. De tal manera que, el contar con personal mejor preparado es primordial para cualquier institución de salud, no es raro que estos mismos centros estén proporcionando cursos de educación continua, pues esto redundará en la calidad del cuidado y disminuye los riesgos para el paciente, lo cual se refleja en una estadía más corta.

En el OHIO PEDIATRIC Hospital,²⁷ se llevan a cabo cursos especiales de terapia intensiva afectiva neonatal en los cuales, la enfermera no es tomada meramente como una cuidadora, si no también como una rehabilitadora y terapeuta, que dentro de su labor se encuentra identificar los riesgos de las secuelas de cualquier tipo. Parte de este curso es el desarrollo de 5 áreas o subsistemas de desarrollo para poder entender el comportamiento de los R.N. de alto riesgo. Estas áreas en conjunto forman el sistema total de neurocomportamiento del R.N.. Los 5 subsistemas son controlados por el cerebro y se desarrollan en forma sincrónica ("Sinactiva").

Los 5 subsistemas son los siguientes:

- Fisiológico o autonómico: Lo que el neonato hace automáticamente, tal como la respiración, el ritmo cardíaco, cambios en el color, digestión, evacuaciones.
- Motor: La postura (o posición), los movimientos, el tono muscular.
- Estados de conciencia: Niveles de sueño (profundo, liviano), despierto (tranquilo, agitado, llorando), y las transiciones entre estar dormido y despierto.
- Atención: La habilidad de concentrarse en un estímulo, tal como mirar fijamente de una persona o algún objeto. La capacidad de prestar atención eventualmente conduce a la habilidad de interactuar socialmente con las personas.
- Autorregulación: La habilidad de mantener en balance los otros subsistemas o áreas; por ejemplo, la habilidad del R.N. para tranquilizarse cuando está alterado o enojado. El recién nacido puede, "autorregularse" de varias maneras

²⁷ New England Journal of Medicine, E.U.A. 1998.

para tranquilizarse cuando está llorando: Doblando los brazos para acurrucarse, sujetándose contra la pared de la cuna, o chapándose los puños. Estas estrategias le permiten calmarse y moverse a un estado despierto, pero quieto.

Dentro de este curso, las funciones de la comunicación no verbal, dentro de la relación enfermera paciente-rehabilitación son muy importantes, ya que el comportamiento no verbal, dentro del sistema de interacción personal emerge mostrando una función afectiva, tanto como para el emisor, como para el perceptor, que interactúa en un proceso dinámico comunicativo.

Los R.N. de alto riesgo en su comunicación no verbal, expresan una serie de señales que indican sus necesidades o sus reacciones a los estímulos del ambiente en cualquier lugar, se enseña a la enfermera a aprender "a Leer" y a interpretar sus señales, Si se observa con atención al R.N. podrá determinar la cantidad de estrés que sufre y las cosas que ella puede hacer para disminuirlo y sentirse mejor, por ejemplo: Hay señales especiales que sugieren que el R.N. está agitado, incomodo y con estrés. Mientras que hay otras que sugieren que el R.N. se está sintiendo mejor, más confortable o tranquilizado por la interacción afectiva de la enfermera.

La conducta de apego revela un alto grado de estabilidad en el R.N. y mejora otro tipo de manifestaciones de la conducta como la autoestima, el afecto positivo y el funcionamiento autónomo²⁸ desde las perspectivas del desarrollo estas relaciones, enfermera paciente, son decisivas puesto que se traducen para la competencia y adaptación (Seguridad de apego) para superar un punto crítico de desarrollo. El contacto físico, las caricias, los cambios de posición etc. Obedecen a la necesidad del niño, de ser afectuosamente acariciado como parte del alimento requerido como ser humano.

Esto se traduce ampliamente en la maduración de las esferas cognitivas y afectivas, acelerando el proceso de recuperación y la disminución de los días estancia.

²⁸ Canadian Medical Association Journal No. 1398, 1998.

La mayoría enfermeras que participan en la atención del R.N. de alto riesgo, no tienen una visión sistémica de la complejidad del manejo físico y psicológico en este tipo de población, el ambiente de las salas de cuidados intensivos está lleno de una gran cantidad de maquinas, gente que habla y hace ruido, alterando la tranquilidad del paciente, las luces se mantienen constantes y muy brillantes para que las enfermeras puedan realizar su labor y la U.C.I.N. puede resultar ser un medio agresivo tomando en cuenta que el R.N. también es sometido a muchos tratamientos dolorosos (obtención de muestras de laboratorio, gasometrías, radiografías, ecografías, procedimientos invasivos como: Colocación de catéteres intravenosos, intubación endotraqueal, aspiración de secreciones, etc.) los tratamientos tienden a interrumpir el sueño en repetidas ocasiones durante el día y es común que los prematuros más pequeños queden exhaustos con tan solo el cuidado rutinario.

A todos estos procedimientos ya por si solo resultan agobiantes, se les agregan muchos otros factores que pueden retrasar la recuperación del neonato, por tal motivo las enfermeras deben:

- *Disminuir la cantidad de ruido.
- *Disminuir la intensidad y duración de la luz.
- *Proveer estímulos rítmicos y suaves.
- *Hacer que los tratamientos sean menos estresantes.
- *Disminuir las veces que se perturba el reposo del neonato.

Con el fin de evitar secuelas.

El Canadian Medical Association Journal²⁹ nos refiere que el 30% de los neonatos que permanecen en incubadora mas de 4 semanas presentan alteraciones audiológicas, debido a que el motor de las incubadoras producen un nivel de sonido 55-60 decibeles, el cual es adecuado para el adulto, pero nocivo en los neonatos a largo plazo, nos menciona también que el uso de ventiladores, respiradores, aparatos de succión, etc., y muchas actividades comunes en la U.C.I.N. producen alteraciones de tipo cardiaco y trastornos en el patrón del sueño, así como estrés y poca capacidad de autorregulación que se traduce en baja saturación.

²⁹ En Canadian Medical Association Journal, Febrero, 2000.

La relación que existe entre capacitación en enfermería y los días estancia del paciente es muy estrecha, ya que si tomamos en cuenta todos los factores a los que se encuentra expuesto el neonato, el cuidado proporcionado no sólo implica menos tiempo en una U.C.I.N. si no también el evitar secuelas que lo afecten posteriormente.

3. Metodología de la Investigación

3.1. Tipo de Investigación

La investigación se realizó con base en los siguientes criterios:

Prospectiva.- Porque la observación se hizo en el campo de trabajo de la enfermera conforme se realizan los procedimientos.

Transversal.- Porque solamente una vez se abordaron las unidades de observación.

Observacional.- Por que no se intervinieron en los hechos.

Descriptiva.- Porque sólo se relatan los fenómenos.

3.2. Universo

Las enfermeras del hospital metropolitano. El análisis de los datos se realizó en base a las características de la preparación del personal de enfermería que trabaja en el departamento de neonatología del Hospital Metropolitano en los 3 turnos.

3.3. Muestra

Las enfermeras Profesionales del Depto. de neonatología del HM.

Tipo de muestra: convencional (Personal de enfermería del Depto. De neonatología del HM.)

3.4. Criterios de selección de la muestra.

Criterios de Inclusión.- Enfermeras con más de 6 meses de experiencia en Neonatología y de sexo femenino.

Criterios de Exclusión.- Enfermeras con menos de 6 meses de experiencia en Neonatología, auxiliares de enfermería y del sexo masculino.

Criterios de Eliminación.- Las enfermeras que no asistan al día de la encuesta.

3.5. Método, técnica e instrumento para la recolección de datos

Método.- Encuesta.

Técnica.- Entrevista y observación.

Instrumento.- Cédula de entrevista, cedula de observación, hoja de ingreso al servicio de los neonatos, hojas de enfermería e historia clínica.

3.6. Proceso de la investigación.

A las enfermeras en el servicio se les aplicó la cédula de entrevista. De ellas también se evaluaron las hojas de enfermería y la de historia clínica recabada durante 2 días, en los tres turnos para tabular los datos del al Plan de Cuidados, conforme la capacitación y los días estancia.

Principios: Científicos del Plan de Cuidados.

Diagnóstico: Enfermero en el plan de cuidados.

Calidad: De los cuidados de enfermería en base al plan.

Comunicación: La establecida durante los procedimientos con el neonato en una relación del 1 al 10.

3.7. Procesamiento estadístico.

Los datos de los instrumentos de recolección se vaciaron en una hoja de cálculo (programa Excel). Con los resultados se realizaron las tablas para la descripción y análisis de los datos.

3.8. Método para la comprobación de hipótesis.

Se realizó por medio de X^2 con la prueba exacta de Fisher donde se asociaron la formación profesional y la capacitación en neonatología con el enfoque científico en la solución de los problemas de enfermería, así como con la T de Student, la capacitación y los días estancia.

3.9. Organización de la Investigación.

Recursos Humanos: Personal de enfermería.

Recursos Físicos: Las instalaciones del HM.

Hojas de ingreso: Historia clínica del neonato.

Hojas de enfermería: Evolución y días estancia del neonato.

Cronograma

Actividades	Tiempo					
	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	Enero
Búsqueda de bibliografía	■	■	■	■		
Elaboración del proyecto		■	■			
Elaboración del instrumento			■	■		
Investigación de campo			■	■		
Análisis y discusión de resultados				■		
Presentación del informe					■	■

4. Resultados

4.1 Descripción e Interpretación de Datos

4.1.1. De los datos del estado civil y número de hijos el 90% (9) de las enfermeras son solteras y el 70% (7) no tienen hijos, lo cual es muy significativo ya que varias de las causales por las cuales las mujeres que trabajan frecuentemente no buscan seguir preparándose es por tener que cumplir obligaciones familiares, ya sea con la pareja o con los hijos. Por lo tanto este es un factor determinante en la disponibilidad de la enfermera para seguir capacitándose, aún cuando las enfermeras que son madres tienen la experiencia del cuidado de los hijos. (Cuadro No. 1-3)

4.1.2. De acuerdo a la antigüedad laboral el 60% (6) tienen de 1 a 5 años, el 10% (1) de 5 a 10 y el 30% (3) con una antigüedad mayor de 10 años. De lo anterior se observa que el personal tiene poca antigüedad porque en general las enfermeras buscan mejores condiciones de trabajo en otra institución y además hay una alta rotación de personal en el hospital, lo que perjudica la calidad en la atención de los recién nacidos, impide una capacitación incidental efectiva como indica el modelo de adquisición de competencia aplicado de los cuidados enfermeros de Dreyfus, solo hasta después de 4 años en un servicio se puede calificar como *Competente* a una persona. Dado que del 60% de las enfermeras tiene una antigüedad de 1 a 5 años queda demostrado que más del 50% del personal no tienen experiencia significativa, además que carecen de estudios complementarios. (Cuadro No.2)

4.1.3. El personal de enfermería de acuerdo a su categoría y turno en el servicio de neonatología está ubicado: El 30% (3) al turno vespertino, el 30% (3) al turno matutino, el 20% (2) al turno nocturno "A" y el 20% (2) al turno nocturno "B".

Como se puede observar que el personal capacitado en los turnos nocturnos es 10% menos que el personal de los turnos matutino y vespertino, siendo que el cuidado en la UCIN no disminuye con el cambio de turno, pues el cuidado debe ser el mismo las 24 Hrs. del día, sobre todo en las áreas críticas y dado que la

carga operativa aumenta por el déficit de personal, la calidad de los cuidados disminuye. (Cuadro No.4)

4.1.4. De acuerdo a la antigüedad en el servicio de Neonatología el 50% (5) de las enfermeras tiene menos de 1 año, el 30% (3) de 1 a 3 y únicamente el 20% (2) tiene una antigüedad mayor de 3 años; comparado con la antigüedad laboral se observa que existe una alta rotación en el servicio, lo que perjudica la calidad en la atención al recién nacido, impide una capacitación incidental efectiva y aumenta los días estancias del neonato, ya que como indica el modelo de adquisición de competencia aplicado de los cuidados enfermeros de Dreyfus, sólo hasta después de 4 años en un servicio se puede calificar como *Competente* a una persona. (Cuadro No.5)

4.1.5. Acerca de los cursos formales recibidos en los últimos 2 años, solamente el 30% (3) obtuvo capacitación especializada y están distribuidas de la siguiente manera: 10% (1) Turno Matutino, 10% (1) Turno Vespertino, 10% (1) Turno Nocturno "A".

De lo anterior se observar que el 70% (7) se califica como principiante de acuerdo al modelo de Dreyfus. La impartición de un curso formal al personal, aseguraría la calidad de los cuidados y la reducción de los días estancia; no obstante la poca antigüedad de éste en el servicio. (Cuadro No.6)

4.1.6. El personal que obtuvo su capacitación formal expuso que ésta no fue en su centro de trabajo, lo que refleja que no todas las instituciones buscan de una manera real que su personal se capacite en esta área. Lo anterior es por considerar a la neonatología dentro de la pediatría siendo que los diagnósticos de enfermería han permitido identificar problemas específicos en el área, del mismo modo que los diagnósticos médicos han abierto nuevos caminos de investigación. (Cuadro No. 7 y 8)

4.1.7. De acuerdo a la experiencia con neonatos de alto riesgo durante la formación académica el 70% (7) de las enfermeras no tuvieron contacto con el R. N. y que el 30% (3) recibió una educación adicional por lo que si tuvo contacto con éste, lo que demuestra que la educación profesional básica en esta área no cumple con una formación completa e integral ya que los planes de estudio se enfocan mas hacia a la Gineco-Obstetricia y la pediatría. Lloyd I.

Byars en su diseño de programas de estudios para el National Hospital of California menciona que en el proceso de estructuración del trabajo y la asignación de actividades concretas de un individuo o grupos debe ser diseñada para alcanzar los objetivos de la organización. En el caso de la neonatología no se ha diseñado un perfil integral de la enfermera ideal pensando en las actividades concretas de una UCIN y de cómo se debe desempeñar en ella, a diferencia de otras actividades de enfermería. (Cuadro.9)

4.1.8. En frecuencias similares al cuadro anterior respecto al haber cursado materias relacionadas con neonatología el 70% (7) del personal no cursó materias enfocadas a este tipo de población, demostrando nuevamente que los planes de estudio y las instituciones de salud no contemplan dentro de sus objetivos, la capacitación del personal que labora en estas áreas críticas, para así elevar los niveles de atención y de calidad, y disminuir los días estancia. Con relación al Hospital Metropolitano, este proporciona al personal el diplomado de pediatría; mas no contempla en su programa materias relacionadas con el neonato en la UCIN. (Cuadro.10)

4.1.9. Se identificó que el 100% (10) está dispuesto a realizar cursos de neonatología reconociendo que sus habilidades y conocimientos son insuficientes para trabajar en la UCIN principalmente porque se requieren competencias en diversas áreas específicas como neurología, cardiología, ultrasonografía, hematología, etcétera, además de manejar equipo de alta tecnología.

Esto refleja que el personal está consciente de su falta de preparación y que hay necesidad de enfermeras capacitadas para estas áreas. (Cuadro.11)

4.1.10. Fue alarmante que el 100% (10) conoce el plan de cuidados de enfermería, y sólo el 40% (4) lo aplica. Esto denota la mentalidad profesional lleva a muchas enfermeras a preocuparse más por los actos técnicos estandarizados y los cuidados propiamente dichos que elaborar la planificación escrita. La mayoría sostiene que elaboran un plan de cuidados en "su cabeza" y no ven la importancia de ponerlo por escrito previo a la práctica. Esta situación es lamentable si se piensa que la planificación se dirige a mejorar la calidad de los cuidados, puesto que permite personalizarlos, asegurar su continuidad y evaluarlos. Desde este punto de vista, el plan de cuidados no puede quedarse en

un mero proceso intelectual: debe ser explícitamente redactado en un documento que todas puedan consultar si fuere preciso de tal manera se interpreta que no hay seguimiento real en los cuidados de enfermería. (Cuadro.12 y 13)

4.1.11. De igual manera, el 100%(10) de las encuestadas consideran que los cuidados de enfermería se basan en principios científicos ya que todos los profesionales siguen, a su manera, un proceso de resolución de problemas o proceso científico que les ayuda a trabajar con método y rigor. Sucede lo mismo en los cuidados de enfermería. El proceso de cuidados nos ayuda a describir las dificultades con las que se enfrentan las personas cuidadas, a identificar los problemas con cierta precisión y, por consiguiente, a diagnosticarlos. La planificación de este proceso nos permite decidir la acción que se ha de emprender para resolverlos y evaluar los resultados.

El proceso de cuidados es el método de trabajo que guía de manera sistemática el actuar como verdaderas profesionales. La organización de los cuidados enfermeros³⁰ es una tarea demasiado seria y compleja como para que se deje al azar. Exige una observación sistemática, un razonamiento sólido, un buen juicio clínico y una planificación detallada. (Cuadro.14)

4.1.12. La hoja de enfermería permite comunicar la información esencial al equipo de trabajo ya que se dirige a coordinar el trabajo del equipo de cuidados. Un plan de cuidados bien organizado permite saber que hay que hacer y cuando hay que hacerlo. El plan de cuidados facilita la continuidad de los mismos. Consultando la historia del neonato, las enfermeras de los diferentes turnos de trabajo, concientes de la acción emprendida y pueden proseguirla más fácilmente.

Este cuadro refleja que el 60% (6) está consciente de la importancia de su aplicación, mas no todo el equipo opina lo mismo lo que propicia falta de comunicación y aumento de los días estancia debido a la falta de continuidad en el cuidado. (Cuadro.15)

³⁰ Phaneuf M. Op. cit. p. 112.

4.1.13. El 90%(9) opinan que las notas de enfermería permiten evaluar el trabajo de la enfermera ya que a través de la hoja de enfermería se transmite la información necesaria durante los 3 turnos, permite establecer uno o varios diagnósticos de enfermería y plantear lo que se puede hacer para satisfacer las necesidades del cuidado en el neonato.

Esto manifiesta que el personal está centrado y sabe la importancia de la continuidad de la información, ya que a través de ésta se pueden identificar mejor los procedimientos adecuados y así disminuir los días estancia de los neonatos. (Cuadro.16)

4.1.14. El 100% (10) señala que la historia clínica, si proporciona la información necesaria para seguir la evolución del neonato. Esto significa que todo el personal es consciente de la necesidad de llevar la historia ordenada y detallada de los datos que ayudaran a diagnosticar la condición del paciente, esto a su vez se refleja en la atención y en la calidad de los cuidados lo que resultara en la disminución de los días estancia del neonato. Esto contradice lo relacionado con la elaboración del plan de cuidados que no lo aplican aún cuando lo conocen. (Cuadro.17)

4.1.15. El 70% (7) opina que las notas de enfermería, si aseguran la protección legal a la enfermera. Esto refiere que las encuestadas saben que toda nota escrita en el expediente en caso de existir un problema Medico-Legal se considera como prueba y deslinda responsabilidades al equipo de salud. Este punto es importantísimo que sea del conocimiento de todo el equipo, ya que el desconocer este tipo de implicaciones puede traer como consecuencia algún tipo de sanción, que no solamente ponen en peligro su trabajo sino que también se acarrear problemas legales que van desde la pérdida de la cedula profesional hasta la pérdida de la libertad, riesgo que se corre por desconocimiento como es el caso del 30%. (Cuadro.18)

4.1.16. Este cuadro tiene relación directa con el anterior, más en este caso el 100% (10) opina acerca de que las notas de enfermería pueden ser objeto de investigación. Esto refleja que todos saben que las notas de enfermería son un instrumento legal aunque no todos están convencidos que verdaderamente protejan al dar seguimiento del paciente a través de las notas de enfermería,

lo que hace suponer que el personal no está bien capacitado sobre todas las implicaciones que pueden resultar en este tipo situaciones. (Cuadro.19)

4.1.17. Por otra parte el 90% (9) señala que la identificación de los diagnósticos de enfermería favorece una mayor calidad de los cuidados, ya que a través de ellos se pueden identificar problemas anticipadamente y garantizar una mejor calidad de vida al neonato. Esto muestra que a través de ellos se cumple con los estándares establecidos en el funcionamiento del servicio y que sólo el 10% (1) continua apegado a la realización de procedimientos de la enfermería tradicional dada su antigüedad, sin llevar a cabo el proceso para el cuidado. (Cuadro.20)

4.1.18. Además el 100% opinó que la comunicación con el neonato, si es parte integrante de sus procedimientos, de esta manera se constata que el personal comprende que su trabajo no es meramente físico y que existe un vínculo mas estrecho en la relación Enfermera-Neonato. (Cuadro.21)

4.1.19. En la relación de la enfermera con el neonato se crea un vínculo importante donde la comunicación es parte esencial, de tal manera que en cualquier actividad por simple que parezca hay un grado de comunicación entre la enfermera y el neonato, el 100% de las enfermeras calificaron las diferentes actividades que realizan durante su jornada, dándoles diferentes valores de mayor a menor según consideran en cual hay mas comunicación con el neonato. Las calificaciones obtenidas arrojaron lo siguiente:

De mayor a menor

- 1.- Baño y alimentación
- 2.- Toma de signos vitales
- 3.- Asistencia en procedimientos de enfermería
- 4.- Exploración física
- 5.- Toma de somatometría
- 6.- Toma de muestras de laboratorio
- 7.- Administración de líquidos parenterales
- 8.- Asepsia en general

Por lo tanto existe el consenso de una relación con mayor interactividad durante los procedimientos propios de la enfermería, porque el 100% del personal opinó que en las actividades en las que hay un mayor contacto físico con el neonato es donde consideran que hay una mayor comunicación. De tal manera que esto demuestra que los criterios convencionales no aplican en la UCIN ya que en ésta se procura manipular al paciente lo menos posible por lo tanto se debe mantener dicha comunicación a través de la estimulación temprana, con sonidos, tacto agradable y establecer él vínculo entre padres e hijo. (Cuadro.22)

4.1.20. El 100% opinó que, si existe una relación directa entre la calidad de los cuidados que se les proporciona a los neonatos y, los días estancia de estos en la UCIN. Esto confirma que el personal está consciente que la calidad de sus cuidados repercute en la salud del neonato y por lo tanto en los días estancia de éste en el servicio. Así también se presume que sí el personal contara con estudios especializados, la calidad de sus cuidados sería mayor y por lo tanto disminuirían los días estancia de los neonatos. (Cuadro.23)

4.1.21. Independientemente de que el 100% del personal opinó que, si existe una relación directa entre los cuidados que se les proporciona a los pacientes y los días estancia, piensan que se debe a diferentes razones. El 80% opinó que esta relación tiene su origen en el plan de cuidados, que son las que consideraron que se aplica en la atención de los neonatos, el 20% restante se lo atribuyen a la vigilancia continua. Aquí podemos observar que las enfermeras del servicio de neonatología, fueron formadas con criterios diferentes ya que mientras que en la enfermería moderna se pone de manifiesto que la calidad del cuidado es lo más importante, y se da a través del proceso de cuidados y de los diagnósticos de enfermería el resto continúa según el esquema tradicional cuyo objetivo principal es la vigilancia y no el cuidado, porque vigilar implica el ver que "está ahí". (Cuadro.24)

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

4.2. Comprobación de la hipótesis

De la hipótesis: La formación académica del personal de enfermería determina el cuidado con el enfoque científico de la solución de problemas de los recién nacidos de alto riesgo.

En primer lugar se valora la relación de la capacitación con la formación académica mediante la prueba exacta de Fisher, que se desarrolló después de haber calculado la χ^2 de Pearson.

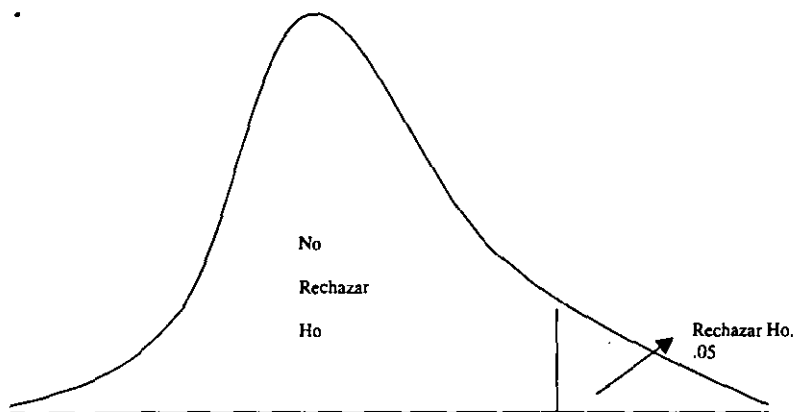
Calculo de χ^2 :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

O= Frecuencia observada.

E= Frecuencia Esperada.

Determinación de la región de rechazo H_0 .



Formación Académica

		SI	NO		
Capacitación		3	1	4	$4 * 3 = 12 / 10 = 1.2$
		0	6	6	$4 * 7 = 28 / 10 = 2.8$
		3	7	10	$6 * 3 = 18 / 10 = 1.8$
					$6 * 7 = 42 / 10 = 4.2$

*

Variables: Matriz de valores esperados

1.2	2.8
1.8	4.2

$$X^2 = \frac{(3-1.2)^2}{1.2} + \frac{(1-2.8)^2}{2.8} + \frac{(0-1.8)^2}{1.8} + \frac{(6-4.2)^2}{4.2} = 6.4285$$

$$X = 6.4285$$

$$P = .011229$$

$$Df = 1.00$$

De acuerdo a la matriz de valores esperados antes expuesta, podemos observar que ningún valor esperado es mayor o igual a 5, por lo que la χ^2 de Pearson nos da un valor sobreestimado (P más chica que el valor real) del valor de χ^2 . Por lo que se aplica la regla de Cochran que dice: al menos el 80% de los valores esperados deberán ser mayores que 5 y ninguno menor que 1. Como se puede ver ninguno de los valores esperados cumple con la regla anterior. Por lo tanto, se usa la prueba exacta de Fisher para el cálculo del valor de P de esta tabla.

La prueba de Fisher es la suma de todas las probabilidades menores o iguales a la prueba observada.

Variables: Matriz de valores esperados

1.2	2.8
1.8	4.2

Cálculo de la prueba exacta de Fisher.

A	P
0	0.166667
1	0.5000
2	0.3000
3	0.03333 ←

La probabilidad de la tabla señalada con una flecha indica que la H_0 se acepta o sea que la relación existente entre la calidad de los cuidados de enfermería con base en la capacitación y la formación académica de las enfermeras.

En segundo lugar se valoró la relación de los diagnósticos de enfermería y de la capacitación.

	Capacitación en el área			Cálculo de valores esperados
	SI	NO		
Diagnóstico de Enfermería SI	3	6	9	$9 * 3 = 27 / 10 = 2.7$
	0	1	1	$9 * 7 = 63 / 10 = 6.3$
NO				$1 * 3 = 3 / 10 = .30$
	3	7	10	$1 * 7 = 7 / 10 = .70$

Frecuencias esperadas

0.3	0.7
2.7	6.3

Como podemos observar al aplicar la prueba de X^2 no se cumple la regla donde se nos indica que por lo menos el 25% de los resultados deben ser mayores a 5 y ninguno menor que 1. Por lo tanto el cálculo del valor de P se hace por el método de Fisher:

A	P
0	0.70
1	0.30 ←
	1.00

Por lo tanto P de Fisher = es igual a $0.30 + 0.70 = 1.00$

La probabilidad de la tabla señalada con una flecha indica que la H_1 se acepta que la relación existente entre la Capacitación en el área y los Diagnósticos de enfermería si se da.

Desarrollo: Relación entre las características de capacitación y antigüedad de la enfermera y días estancia de los neonatos.

Paso 1: Elaboración de cuadro.

Enfermera	No. de enfermeras	Promedio días estancia
1.-Enfermera con Curso Con +2 años de Exp.	12	10
2.-Enfermera sin Curso Con +2 años de Exp.	8	14
3.-Enfermera sin Curso Con -2 años de Exp.	20	16

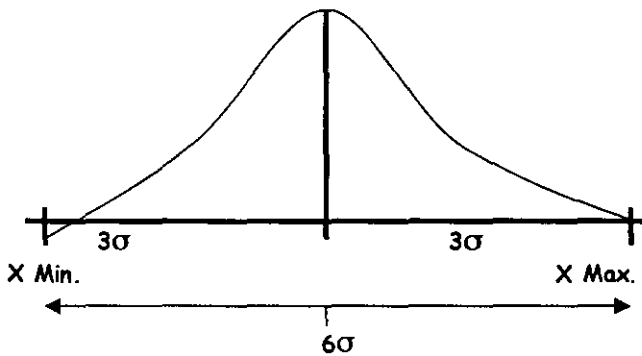
Para calcular la desviación estándar de cada uno de los tres tipos de enfermeras se procede de la siguiente manera:

Paso 2: Elaboración de Gráfica.

Este es un procedimiento empírico para calcular la desviación estándar.

$S = (\text{Valor máximo} - \text{Valor mínimo})$

$\sigma = \text{Desviación estándar.}$



$$X \text{ Max.} - X \text{ Min.} = 6\sigma$$

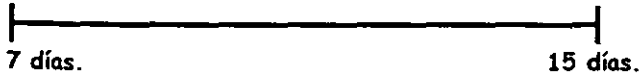
Por lo tanto: $\sigma = \frac{X \text{ Max.} - X \text{ Min.}}{6}$

Paso 3: Desarrollo de la fórmula. Calcular en forma aproximada la desviación.

Para las enfermeras del 1er. Grupo.

$$S = \frac{(15 - 7)}{6} = 1.333$$

$$S = 1.333$$

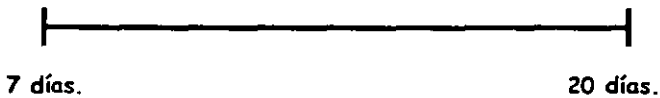


Enfermeras con cursos de capacitación y más de 2 años en el servicio.

Para las enfermeras del 2do. Grupo:

$$S = \frac{(20 - 7)}{6} = 2.167$$

$$S = 2.167$$

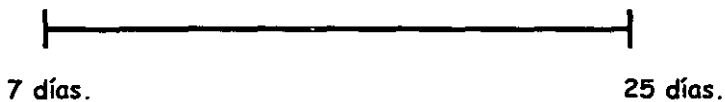


Enfermeras sin cursos de capacitación y más de 2 años en el servicio.

Para las enfermeras del 3er. Grupo:

$$S = \frac{(25 - 7)}{6} = 3.00$$

$$S = 3.00$$



Enfermeras con menos de 2 años en el servicio.

Paso 4: Presentación de tabla completa.

Enfermeras	No de enfermeras	Prom. Fías Estancia	Desviación estándar
Enfermera con Curso Con +2 años de Exp.	12	10	1.333
Enfermera sin Curso Con +2 años de Exp.	8	14	2.167
Enfermera sin Curso Con -2 años de Exp.	20	16	3.00

Paso 5: Comparación del promedio de días estancia entre las enfermeras del tipo 1 y del tipo 2.

Se obtuvo:

Ho: Hipótesis nula. **Ho: $M1 = M2$**

Hi: Hipótesis alterna. **Hi: $M1 \neq M2$**

$M1 =$ { Promedio de los días estancia de
la enfermera capacitada con 2 años de antigüedad.

$M2 =$ { Promedio de los días de la enfermera
Sin curso de capacitación con 2 años de antigüedad.

Para realizar esta comparación, se utilizó la t-Student para dos muestras independientes

$$T = -5.1355$$

$$P = 0.0001$$

La regla de decisión es rechazar la hipótesis nula, si el valor de P es menor que 0.050, como se puede observar el valor de P es mucho menor que .050. Por lo tanto existe una gran evidencia que la enfermera capacitada tiene un promedio menor de "Días Estancia" que la enfermera con 2 años de antigüedad.

Paso 6: Comparación de las enfermeras tipo 1 vs enfermera tipo 3.

De manera similar a la anterior se utilizó la t-Student para dos muestras independientes.

$$T = -6.5199$$

$$P = .00001$$

Al igual que en el problema anterior existe una gran diferencia entre el promedio de días estancia de los R. N. cuidados por las del grupo tipo 1 comparadas con el grupo tipo 3, es decir que la enfermera capacitada con 2 años de antigüedad tiene mucho menos "Días estancia" en relación con la que no tiene experiencia y menos de 2 años de antigüedad..

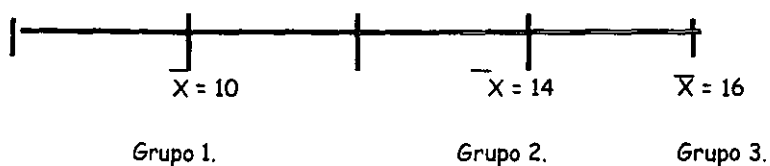
Paso 7: Finalmente se comparó a la enfermera de 2 años de antigüedad y sin curso, con la enfermera con menos de 2 años de antigüedad y sin curso.

$$T = -1.7073$$

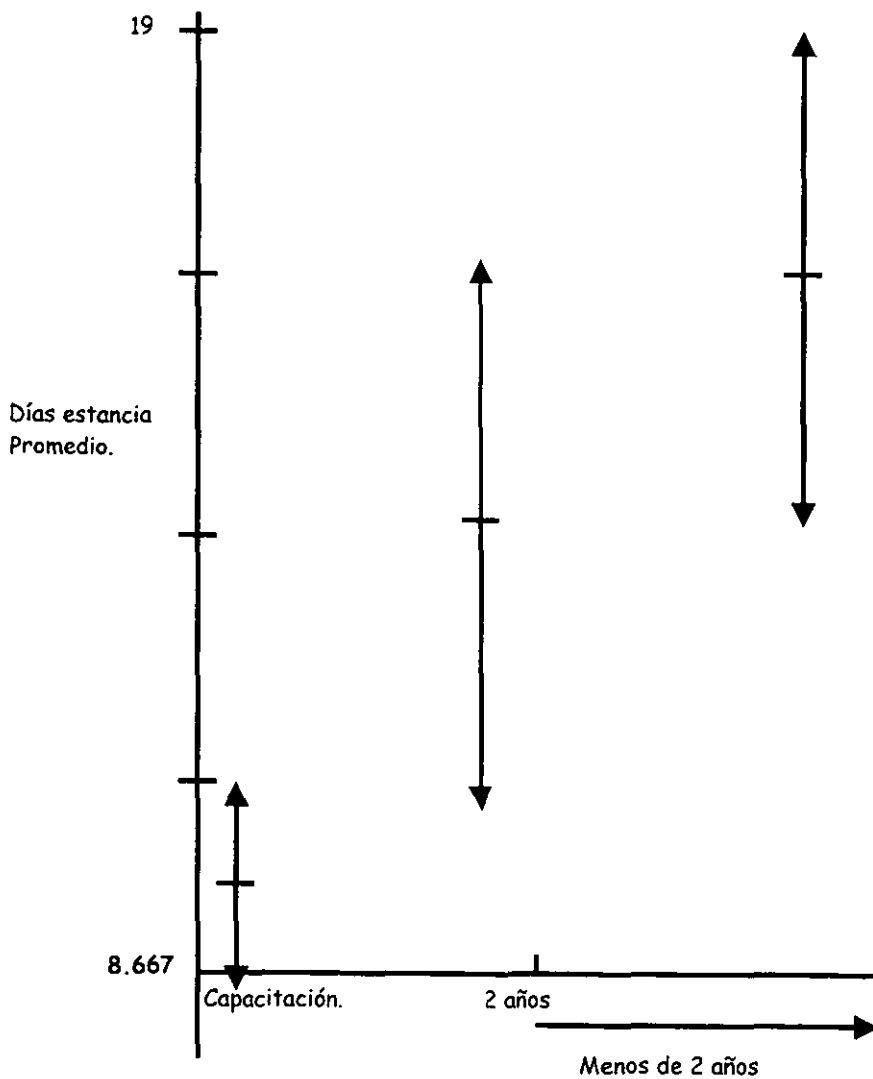
$$P = .0997$$

Aquí la t -Student nos indica que no hay diferencia en el promedio de días estancia entre estos dos tipos de enfermeras, por que el valor de P es mayor que .050.

Paso 8: Comparación de los promedios entre los 3 grupos.



Intervalos de confianza del 95% para el promedio de días estancia



Desarrollo del paso 5.

Enfermera capacitada V.S. Enfermera con 2 años de antigüedad.

Ttesti: 12/10/1.333-8/14/2.167

	N	\bar{X}	Error Std.	S	(95% Confian. Interval)	
X	12.00	10.00	0.38480	1.33300	9.15305	10.84695
Y	8.00	14.00	0.76615	2.16700	12.18834	17.40404
Combinad.	20.00	11.60	0.58313	2.60785	10.37949	15.13966
Diff.		-4.00	0.77890		-5.63640	-4.12059

Grados de libertad: 18

Ho: Mean (x) - Mean (y) = Diff = 0

Ho: diff < 0

Ho: diff \approx 0

Ho: diff > 0

T = -5.1355

T = -5.1355

T = -5.1355

P < T = 0.000001

P > : T : = 0.0001

P > T = 1.0000

Desarrollo del paso 6.

Enfermera capacitada V.S. Enfermera con menos de 2 años de antigüedad.

Ttesti: 12/10/1.333-20/16/3.00

	N	\bar{X}	Error Std.	S	(95% Confian. Interval)	
X	12.00	10.00	0.38480	1.33300	9.15305	10.84695
Y	20.00	16.00	0.67082	3.00000	14.59596	17.40404
Combinad.	32.00	13.75	0.68137	3.85439	12.36034	15.13966
Diff.		-6.00	0.92026		-7.87941	-4.12059

Grados de libertad: 30

H_0 : Mean (x) - Mean (y) = Diff = 0

H_a : diff < 0

H_0 : diff \approx 0

H_0 : diff > 0

T = -6.5199

T = -6.5199

T = -6.5199

$P < T = 0.000001$

$P > : T := 0.000001$

$P > T = 1.0000$

Desarrollo del paso 7.

Enfermera con 2 años de antigüedad VS. Enfermera con menos de 2 años de antigüedad.

Ttesti: 8/14/2.167-20/16/3.00

	N	\bar{X}	Error Std.	S	(95% Confian. Interval)	
X	8.00	14.00	0.76615	2.16700	12.18834	15.81166
Y	20.00	16.00	0.67082	3.00000	14.59596	17.40404
Combinad.	28.00	15.43	0.54764	2.89818	14.30492	16.55223
Diff.	0.00	-2.00	1.17141		-4.00000	0.40788

Grados de libertad: 30

H_0 : Mean (x) - Mean (y) = Diff = 0

H_0 : diff < 0

H_0 : diff \approx 0

H_1 : diff > 0

T = -1.7073

T = -1.7073

T = -1.7073

P < T = 0.0498

P > : T = 0.0997

P > T = 0.9502

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

5.1. Conclusiones

1-. La formación académica para el cuidado de los neonatos de alto riesgo con la que egresan de la escuela, los profesionales de enfermería es insuficiente debido a que los planes de estudio de las escuelas de nivel superior del Distrito Federal³¹ en los contenidos de los programas del Plan de Estudios, abordan la neonatología enfocada al recién nacido de alto riesgo en las materias de pediatría y obstetricia sólo en el aspecto teórico sin la práctica clínica específica.

2-. La actividad profesional en las instituciones de salud de segundo y tercer nivel demandan la atención de neonatos de alto riesgo, lo cual implica planear la capacitación en neonatología sea incidental en el servicio, o programada para hacer frente a los problemas que presentan los recién nacidos, de modo tal que refuercen los conocimientos teóricos y desarrollen las habilidades y destrezas que aseguren la calidad y al mismo tiempo reduzcan el tiempo estancia.

3-. Una limitación detectada en el estudio es la referente a la capacitación en los servicios de neonatología por la alta rotación de las enfermeras en los distintos servicios del hospital, propiciado por el ausentismo no programado, que interfiere el proceso de revisión de literatura actualizada en aspectos de fisiología cardiorrespiratoria, de apoyo nutricional, metabólico y ventilatorio de los procesos con tratamiento quirúrgico y los nuevos enfoques terapéuticos que orientan la aplicación del PAE y la planeación del cuidado desde el enfoque científico de solución de problemas.

4.- Un bajo porcentaje de enfermeras realizó prácticas clínicas con neonatos de alto riesgo durante la formación académica en el nivel técnico, por lo que la mayoría al ingresar a laborar en el hospital carecen del referente de un perfil

³¹ El Sitio: Alexandra.mx.com.

conforme a las actividades concretas y el desempeño requerido en áreas de neonatología lo cual obliga a una rápida capacitación en la inducción del puesto.

5.- La insuficiente formación de las enfermeras para el cuidado de los neonatos de alto riesgo determina la adopción de estrategias para la solución de problemas que presentan los recién nacidos en neonatología. Entre éstas se cuenta con : la instrumentación del proceso de enfermería, la historia clínica y el plan de cuidados.

6.- Como se pudo constatar el 50% del personal tiene un año de experiencia en el servicio y son recién egresadas de la carrera, con un corto desarrollo profesional y sin la capacitación necesaria que les permita hacer frente a las situaciones de los neonatos de alto riesgo, donde la ética profesional se ve amenazada porque se encuentra expuesta a no tomar las decisiones correctas en el momento adecuado de acuerdo a las necesidades y problemas que presenta los neonatos a su cuidado.

7.- El total de las enfermeras está consciente que es imprescindible recibir capacitación para mejorar el desarrollo profesional, pero son pocas las oportunidades y escasos los cursos de educación en neonatología que ofrecen las diferentes instituciones de salud, por lo tanto resulta difícil el acceso del personal ajeno a la plantilla laboral de dichas instituciones, lo cual es una limitante.

8.- De acuerdo a los resultados se corroboró que durante los turnos nocturnos hay una disminución del 30% de personal respecto al de los otros turnos, siendo que el trabajo en la UCIN no disminuye. Esto repercute directamente sobre la atención hospitalaria del R.N. en estado crítico y es un factor importante en el aumento de los días estancia, ya que por lo general el déficit de personal se cubre con elementos de otros servicios que no se encuentran en condiciones de brindar los cuidados especializados en la UCIN.

9-. Por otra parte el 100% del personal está de acuerdo de que existe una relación directa entre los cuidados que proporcionan a los pacientes y los días estancia, pero difieren en cuanto a las razones, aunque la mayoría señala la elaboración del plan de cuidados porque de ello depende la calidad; no es así las que mencionan solo la vigilancia y no el cuidado.

10-. Según Williams Felton Y F. Venigan, en su estudio realizado en la Intensive Care For Newborns de la Oxford University, mencionan que el estrés está ligado con la preparación especial en neonatología y mencionan que dicha preparación es factor determinante en la evaluación del recambio del personal en la UCIN. Durante la investigación se observó que la rotación de personal dentro del servicio es muy alta, y que las personas de mayor antigüedad son las que han llevado cursos de especialización. Dado lo anterior y tomando en cuenta los resultados obtenidos por Williams Felton Y F. Venigan, la asignación de enfermeras en la UCIN se debe basar fundamentalmente en las funciones y objetivos de la unidad y considerar que las aspirantes deben recibir educación para un área tan específica y así contrarrestar el alto nivel de estrés al que están expuestas.

11-. Como los planes de estudios de las escuelas de enfermería forman profesionales generalistas, cada individuo tiene la responsabilidad de consultar las fuentes bibliográficas que garanticen la capacitación para la solución de problemas que tienen que ser resueltos. De igual manera el personal reconoce al proceso de enfermería como el instrumento para lograr el cuidado por lo que se requiere que la institución de salud asuma la responsabilidad de fomentar la aplicación de un modelo de enfermería de manera permanente.

5.2. Propuestas

1.- La enfermería en la UCIN es una actividad profesional interdisciplinaria, por lo que el método del proceso de enfermería debe transformarla a través de los instrumentos en unidades efectivas de trabajo comunicando a los miembros del equipo de manera clara y efectiva la evolución y los resultados de las intervenciones aplicadas.

2.- La formación teórica, práctica y ética de los profesionales de enfermería en la interacción con los neonatos al ser realimentada en los cursos de capacitación permite afrontar las condiciones derivadas de problemas de los neonatos tales como malformaciones congénitas, asfixia neonatal, inmadurez extrema y brindan el cuidado con el enfoque bioético y de conocimientos que permitan la calidad de vida.

3.- La práctica laboral de enfermería en la UCIN cuyo objetivo, es cubrir las necesidades físicas y emocionales del neonato y su familia, se sugiere que para lograrlo, la enfermera posea experiencia clínica en la atención neonatal, así como habilidades psicosociales, educativas y técnicas, que le permitan procurar la atención y los cuidados necesarios desde el ingreso de los R.N. hasta el alta.

4.- Basados en las conclusiones respecto a la rotación del personal de otros servicios al área de neonatología, se sugiere además:

- Promover el desarrollo de un programa de capacitación con el fin de complementar las habilidades teóricas y prácticas, para la atención del neonato y sus familiares, tanto al personal del área como de los candidatos de otros servicios que suplan el ausentismo incidental y programado.
- Incentivar al personal de enfermería, para asistir a cursos monográficos de neonatología en otras instituciones para comprender las tareas básicas de la UCIN. Estos cursos, no sólo apoyan el

conocimiento sino que también dan la oportunidad al personal, de relajarse del estrés diario y al mismo tiempo aprender a resolver los problemas en el momento preciso, y brindar mejor atención a los neonatos.

- No es recomendable que una enfermera de otro servicio, sea enviada al área de neonatología si no la conoce, o está previamente adiestrada en ella. Una enfermera no calificada en la UCIN puede tener efectos devastadores en la calidad de los cuidados y atención del R.N..
- Valorar las extensiones de horario de las enfermeras del servicio de UCIN, ya que la mayoría de las enfermeras con dificultades económicas son las que la realizan. Por lo tanto el grado de estrés acumulado aumenta el riesgo de agotamiento, con todas las consecuencias adversas a la atención satisfactoria del R.N. en la mayoría de los casos.

5-. Se enfatiza que el personal de enfermería asignado a la UCIN, tenga un grado mínimo de capacitación en el área, ya que la experiencia y la competencia de éste, es cada vez más importante, principalmente por que cada parte del equipo interdisciplinario debe conocer sus tareas específicas y ser capaz de trabajar de manera independiente e interdependiente con los miembros restantes, para asegurar una atención de calidad.

6-. Tradicionalmente la enfermera estaba limitada, a seguir únicamente las órdenes del médico o de un residente de rotación. Hoy debe de estar capacitada y entrenada para conocer las medidas de evaluación, reanimación y técnicas de intubación, así como cateterización de los vasos umbilicales, medidas para aliviar el neumotórax y inserción de vías I.V. ya que es cada vez mas frecuente que el médico tratante se ausente de las terapias UCIN, para desarrollar otras actividades. Por lo tanto se sugiere que la enfermera este familiarizada con todas estas técnicas y que reciba capacitación continua dentro de su unidad y así poder hacer frente a todo tipo de situaciones con éxito.

7.- Todos los R.N. tienen un elevado riesgo de desarrollar infecciones intra hospitalarias, por lo tanto se sugiere que el personal de enfermería, que trabaja en el área crítica deba recibir educación continua, sobre control de infecciones y el manejo adecuado de los aparatos de riesgo (respiradores), para evitar infecciones cruzadas, así como en los procedimientos altamente invasivos (Colocación de catéteres centrales, intubación, Etc.)

8.- La enfermera en la UCIN mantiene el foco de su atención, en la totalidad de la unidad paciente-familia, aun cuando realice actividades asistenciales detalladas. En este enfoque la evaluación continua de las necesidades psicosociales del desarrollo y de las limitaciones físicas es imprescindible. A pesar del ambiente altamente tecnificado de la UCIN la enfermera debe realizar actividades de rehabilitación, por lo tanto, se sugieren cursos especiales de rehabilitación neonatal.

9.- Es imprescindible que la enfermera base sus prácticas, en el conocimiento y no en creencias temporarias. Muchas teorías de enfermería han resultado impracticables, gran parte de nuestra práctica actual tiene una base firme en la que continuamente debemos estudiar, reestudiar y reedificar, ante los nuevos sistemas tecnológicos. Por lo tanto sugerimos que el personal de enfermería, independientemente de su capacitación formal, sea activo, creativo e innovador, que permita la evolución hacia la profesionalización e independencia de la enfermería. De no hacerlo así, se perpetua el "Así lo aprendí" que únicamente conduce al estancamiento, la no creatividad y al burocratismo.

10.- La condición de los R.N. de alto riesgo por las situaciones específicas de esta etapa y la trascendencia de los procesos morbosos para disminuir las secuelas hace necesaria la especialización dentro de la neonatología, ya que es poco posible estar actualizado en todas las ramas del campo de la enfermería y al mismo tiempo desarrollar las habilidades y destrezas necesarias que permitan una mejor calidad en la atención de los neonatos de alto riesgo.

11.- Actualmente, la enfermería neonatal es y lo será en el futuro, una actividad de equipo, por lo tanto como profesional debe crecer y transformarse a la altura de profesiones como la medicina para poder estar a la altura de todas las ramas interdisciplinarias y transformar sus instrumentos en efectivas unidades de trabajo.

12.- En los programas de enfermería que integran el currículo relacionados con los R. N. de alto riesgo, debería dar acceso a los estudiantes en los servicios para desarrollar la práctica clínica que vincula los aspectos teóricos en la solución de problemas dentro de este campo, ya que es muy limitada su participación, y no permite el desarrollo necesario de habilidades y destrezas.

5.3 Plan de capacitación:

A las coordinaciones de enseñanza de los hospitales corresponden los planes de capacitación con el sustento teórico de los planes de enfermería, aunadas a las materias tradicionales como son: anatomía, fisiología, fisiopatología, bioquímica, farmacología, nutrición, bioética, etc., se deberían incluir materias adicionales las cuales sirvan para integrar un cúmulo conocimientos básicos y de adiestramientos, que permitan integrar a la egresada de una manera rápida y eficaz, a sus centros de trabajo.

Por lo tanto se proponen las siguientes Materias:

- Principios de bioética en el recién nacido de alto riesgo.
- Reanimación neonatal básica y avanzada.
- Manejo de medicamentos de alto riesgo y su acción en el metabolismo del recién nacido.
- Valoración de los factores de riesgo (cardiológico, neurológicos, respiratorios, etc.).
- Conocimiento de los parámetros en el manejo de las innovaciones tecnológicas, en el área neonatal.
- Identificación de los factores, que afectan el crecimiento y el desarrollo.
- Valoración de la relación Enfermera-Neonato-Familia, para la rehabilitación neonatal.
- Desarrollo de competencias para ubicar al prematuro, en sus diferentes estadios de maduración, y así poder satisfacer sus necesidades de comunicación Físico-Psico-Afectivas.
- Terapia de sensibilización Enfermera-Familia, para lograr la aceptación del cuidado especializado que requiere el neonato de alto riesgo.

Bibliografía

- ALBERT, Esteban. Teorías de enfermería. 4ª ed. México McGraw-Hill, 1999.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: Child Health Financing Report. E.U.A. AP, 1997. E:869.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. Hospital statistics. E.U.A. 1996 88:3p
- BASSOLS, Geografía Económica de México. México: Trillas, 1986. 426pp
- BEISCHER-MACKAY-COLDITZ, Obstetricia y Neonatología. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997. 855pp
- CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY BIOETHICS COMITÉ, Canadian Medical Association Journal, Canada: CPSBC, 1998. 139: 943-946pp
- DÁVILA F. Revista de Salud Pública. Julio 2000 p. 54.
- DIVISIÓN UNIVERSIDAD ABIERTA. ENEO, Teorías y modelos, para la atención de enfermería. 4ª ed. México: UNAM, 1998, 282pp
- FUENTES CARLOS, Por un progreso incluyente. México: Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América, 1997. 159pp
- GOMELLA T.C., Neonatology, Basic management, on call Problems. E.U.A.: Norwalk, 1998. 331pp
- GORDON B., Neonatología, Fisiopatología y manejo del recién nacido. 3ª ed. México: Panamericana, 1990. 1423pp
- HERNÁNDEZ Conesa Juana, Fundamentos de la enfermería, Teoría y Método. 4ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999. 152pp
- IMOGENE KING M., Enfermería como Profesión, Filosofía, principios y objetivos. México: Limusa, 1994. 189pp

JASSO LUIS, Neonatología Práctica 4ª ed. México: El manual Moderno, 1998. 593pp

LOEWY Rich H. *Tex book of health care ethics*, E.U.A.: McCampel s/a.

LOPEZ ROSADO DIEGO, Problemas Económicos en México. 4ª ed. México: UNAM, 1995. 793pp

MURRIA Pollack. *Access to neonatal intensive care in the future of children*. U.S.A. s/e, 1995.

OMS. *Estadística y salud pública*. México: OPS, 2000.

OMS. *Proyecto economía y salud*. México FUNSALUD 1999.

PEREZ CABRERA IÑIGA, *Influencia de la enfermera en el comportamiento de los neonatos prematuros. Diagnóstico y propuesta educativa*. México: UNAM, 1998.

PHANEUF M., La Planificación de los cuidados enfermeros México: Mcgraw-Hill, 1989 .236pp

POLIT HUNGLERT, Investigación Científica, En las Ciencias de la Salud. 5ª ed. México: Mcgraw-Hill, 1997. 701pp

SHCP, El nuevo perfil de la Economía Mexicana. 2ª ed. México: SHCP, 1992. 587pp

U.S. Congress, Office of technology Assessment. Neonatal Intensive Care for low birthweight Infants. E.U.: Healt Technology Case Study, 1997. OTA-HCS-38p

WESLEY R. L., Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. México: Mcgraw-Hill, 1995. 175pp

WOLDER B. LEVIN, International Perspectives on treatment Choice in Neonatal Intensive Care. E.U.: *Social Science Medicine*, 1993. 30(8): 901-912p

W.L. CHARLES , Administración Estratégica 3ª ed. México: Mcgraw-Hill,
1997. 539pp

Anexos

Cuestionario

CAPACITACIÓN EN NEONATOLOGÍA, UN RETO PARA LA ENFERMERÍA

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas con una X en el cuadro correspondiente a su respuesta.

Datos de Identificación:

Turno	<input type="checkbox"/> TM	Categoría	<input type="checkbox"/> AUX.	Antigüedad en el Hospital	<input type="checkbox"/> 1 año
	<input type="checkbox"/> TV		<input type="checkbox"/> GRAL.		<input type="checkbox"/> 2 años
	<input type="checkbox"/> TN		<input type="checkbox"/> ESP.		<input type="checkbox"/> 3 o más años

1.- ¿Cuál es su estado civil? Soltera. Casada. Otro

2.- ¿Cuál es su antigüedad?

De 1 a 5 años De 5 a 10 años Más de 10 años

3.- ¿Cuántos hijos tiene? Ninguno. De 1 a 3. Mas de 4.

4.- ¿Ha recibido capacitación en neonatología en los últimos 2 años? Si No

5.- ¿En su unidad? si no ¿o fuera de ella? Si No

6.- ¿Qué tipo de capacitación? Formal Informal

7.- ¿En sus estudios profesionales tuvo contacto con la atención al recién nacido de alto riesgo?

Sí No

8.- ¿Cursó materias que le para la atención a este tipo de población?

Si No Cuantas

9.- ¿Si tuviera oportunidad de realizar algún curso especial lo haría?

SI No

10.- ¿Conoce el Plan de Cuidados de enfermería? Si No

11.- ¿Lo lleva a cabo en su unidad? Si No

12.- ¿Se basan en principios científicos los Cuidados de enfermería?

Siempre algunas veces nunca

13.- ¿La hoja de enfermería permite comunicar la información esencial al equipo de cuidados de los tres turno?

siempre algunas veces nunca

14.- ¿Las notas de enfermería permiten evaluar el trabajo de la enfermera?

siempre algunas veces nunca

15.- ¿La historia clínica de enfermería proporciona información para seguir la evolución del neonato (mejoría o complicaciones)

siempre algunas veces nunca

16.- ¿ Las notas de enfermería aseguran protección legal tanto al neonato como a la enfermera?

siempre algunas veces nunca

17.- ¿Las notas de enfermería se puede convertir en objeto de investigación?

siempre algunas veces nunca

18.- ¿La identificación de los diagnósticos de enfermería favorece una mayor calidad de los cuidados?

siempre algunas veces nunca

19.- ¿La comunicación con el neonato es parte integrante de sus procedimientos?

siempre algunas veces nunca

20.- ¿De los siguientes procedimientos indique el grado que establece durante la realización en una escala del 1 al 10?

Baño Alimentación Toma de signos vitales Asepsia en Gral.

Exploración física Toma de somatometría

Admón. de líquidos (Orales, parenterales) Toma de muestras de laboratorio Asistencia en procedimientos de gabinete

21.- ¿Existe relación de los días estancia de los recién nacidos con la calidad de cuidados que se les proporciona?

Siempre algunas veces nunca

22.- ¿Señale tres razones por las que dio la respuesta?

Por la vigilancia.

Por la atención.

Por los cuidados.

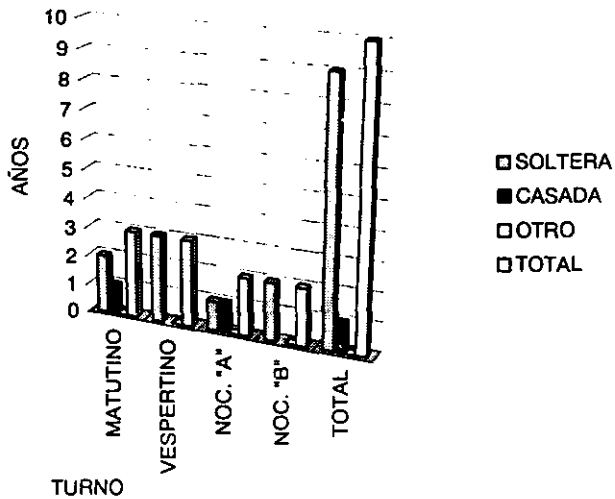
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUADRO Y GRAFICA No. 1

EL ESTADO CIVIL DE LAS ENCUESTADAS

ESTADO CIVIL	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SOLTERA	2	3	1	2	9
CASADA	1		1		1
OTRO	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10
%	30%	30%	20%	20%	100%

FUENTE: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las enfermeras de neonatología Hospital Metropolitano. Diciembre, 2000 – Enero 2001.



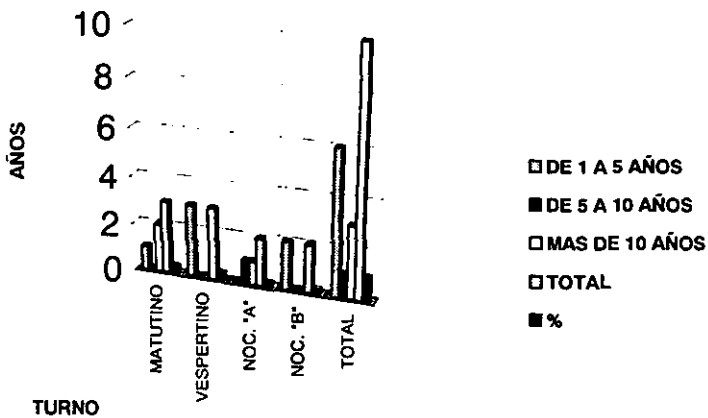
FUENTE: Cuadro No. 1.

CUADRO Y GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION DE LA ANTIGÜEDAD LABORAL DE LAS ENCUESTADAS

ANTIGÜEDAD	ELEMENTOS POR TURNO				
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	TOTAL
DE 1 A 5 AÑOS	1	3	0	2	6
DE 5 A 10 AÑOS	0	0	1	0	1
MAS DE 10 AÑOS	2	0	1	0	3
TOTAL	3	3	2	2	10
%	30%	30%	20%	20%	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1



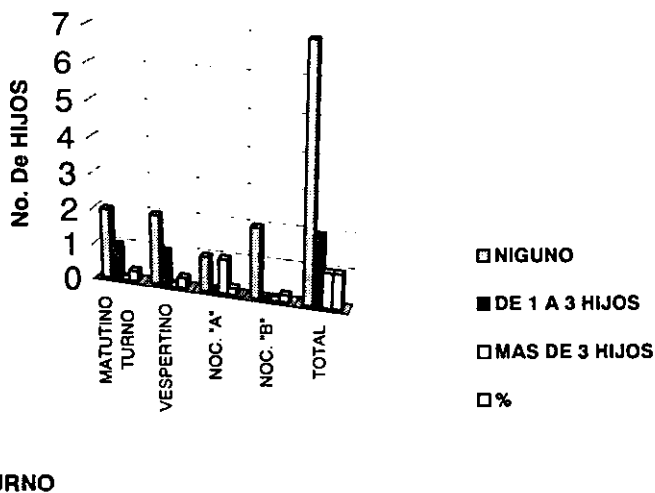
Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO Y GRAFICA No. 3

NUMERO DE HIJOS POR ENFERMERA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL
"HOSPITAL METROPOLITANO"

No. HIJOS	TURNO				
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	TOTAL
NINGUNO	2	2	1	2	7
DE 1 A 3 HIJOS	1	1	0	0	2
MAS DE 3 HIJOS	0	0	1	0	1
%	30%	30%	20%	20%	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

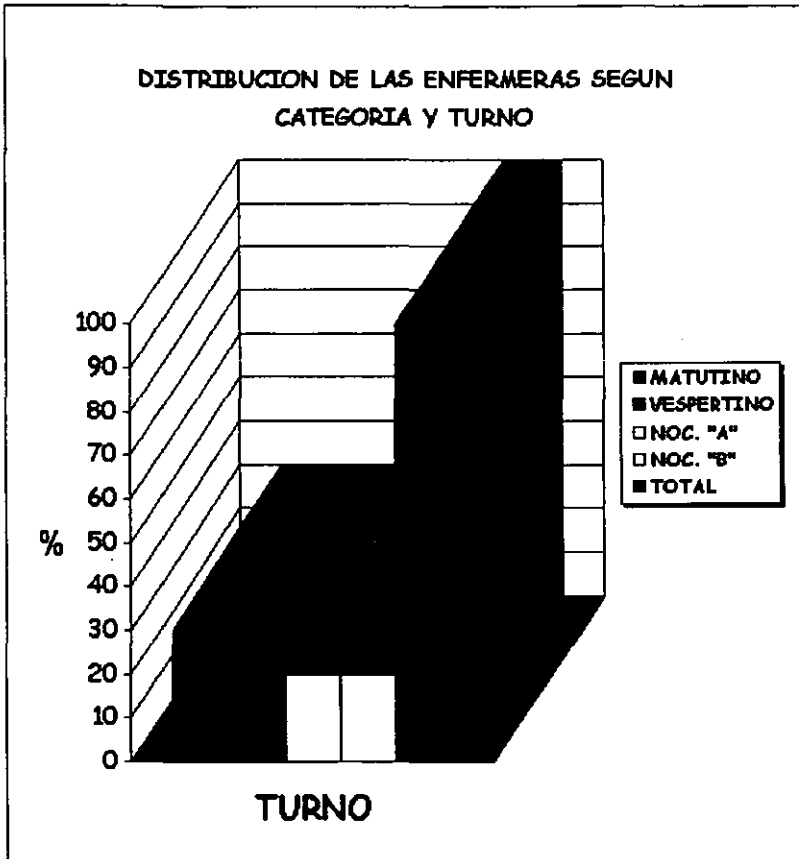


Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO Y GRAFICA No. 4

**DISTRIBUCION DE LOS TURNOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL
"HOSPITAL METROPOLITANO"**

CATEGORIA	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
ENF. GENERAL	3	3	2	2	10
%	30%	30%	20%	20%	100%



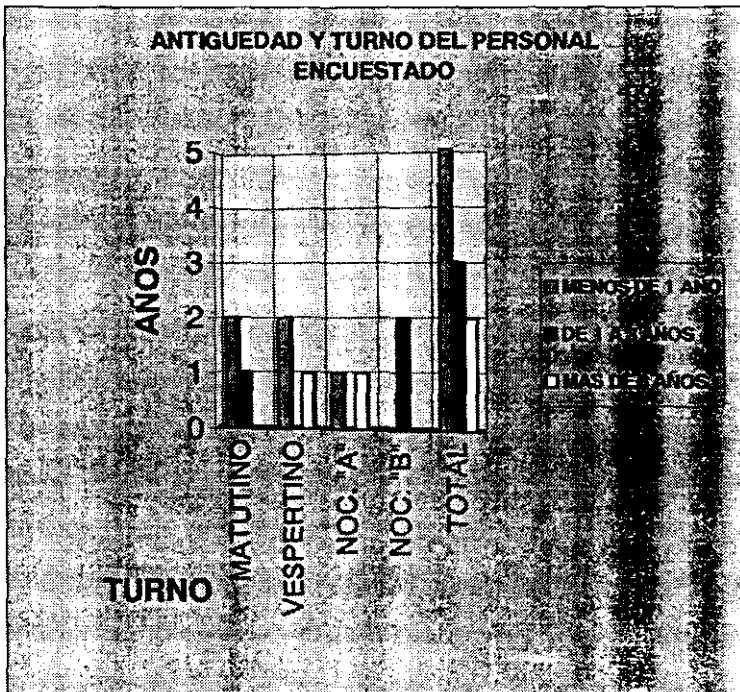
CUADRO No. 4

CUADRO Y GRAFICA No. 5

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y TURNO DE LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS EN EL "HOSPITAL METROPOLITANO"

ANTIGÜEDAD	TURNO				
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	TOTAL
MENOS DE 1 AÑO	2	2	1	0	5
1 A 3 AÑOS	1	0	0	2	3
MAS DE 3 AÑOS	0	1	1	0	2
TOTAL	3	3	2	2	10
%	30%	30%	20%	20%	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1.



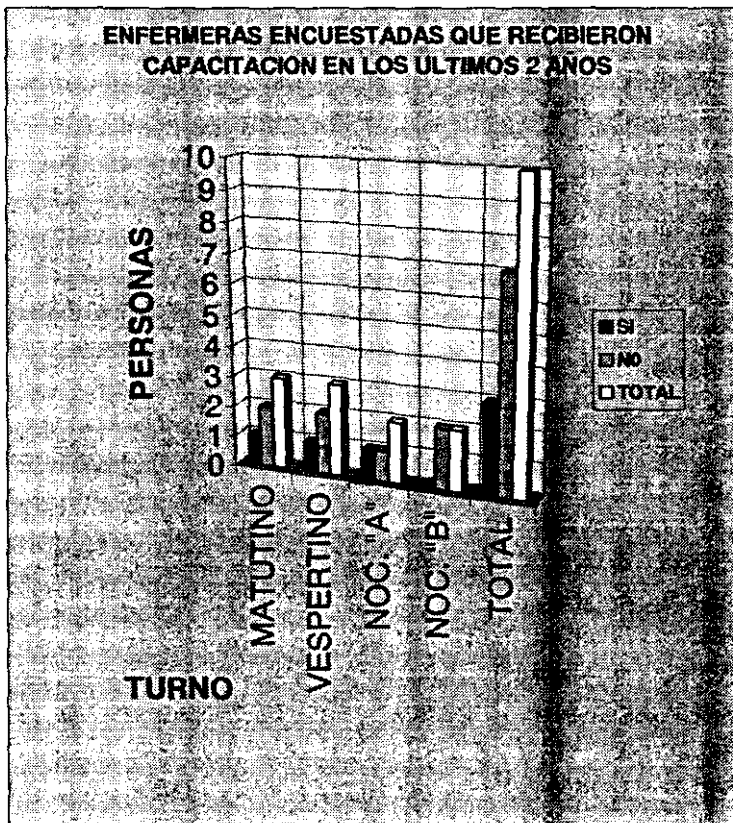
Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO y GRÁFICA No. 6

ENFERMERAS ENCUESTADAS QUE RECIBIERON CURSOS DE NEONATOLOGIA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS

CURSOS	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SI	1	1	1	0	3
NO	2	2	1	2	7
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.



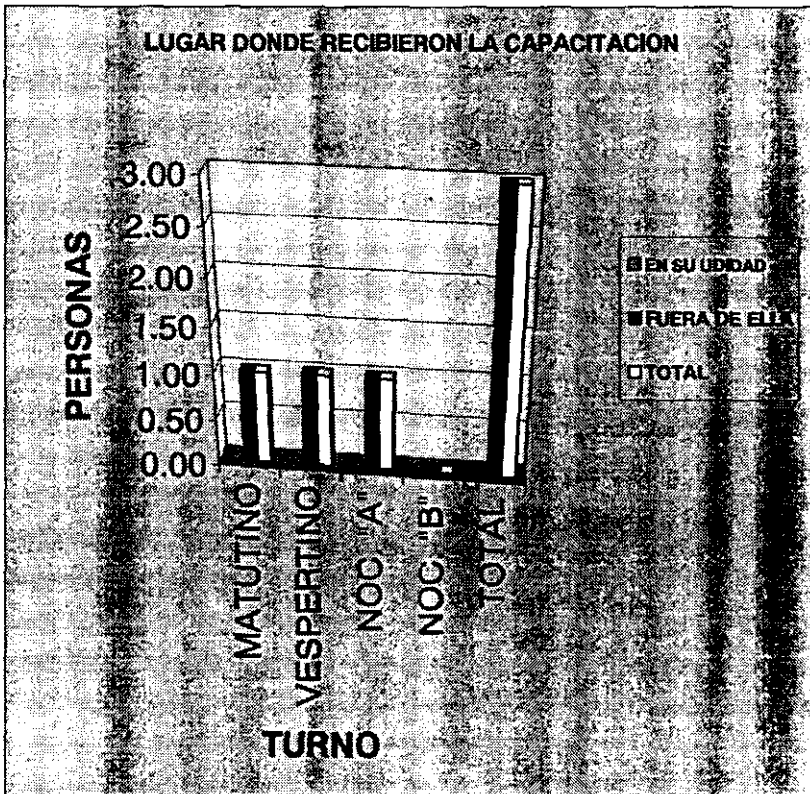
FUENTE: Cuadro No. 6.

CUADRO Y GRAFICA No. 7

LUGAR DONDE LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS RECIBIERON SU CAPACITACION

LUGAR	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
EN SU UDIDAD	0	0	0	0	0
FUERA DE ELLA	1	1	1	0	3
TOTAL	1	1	1	0	3

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



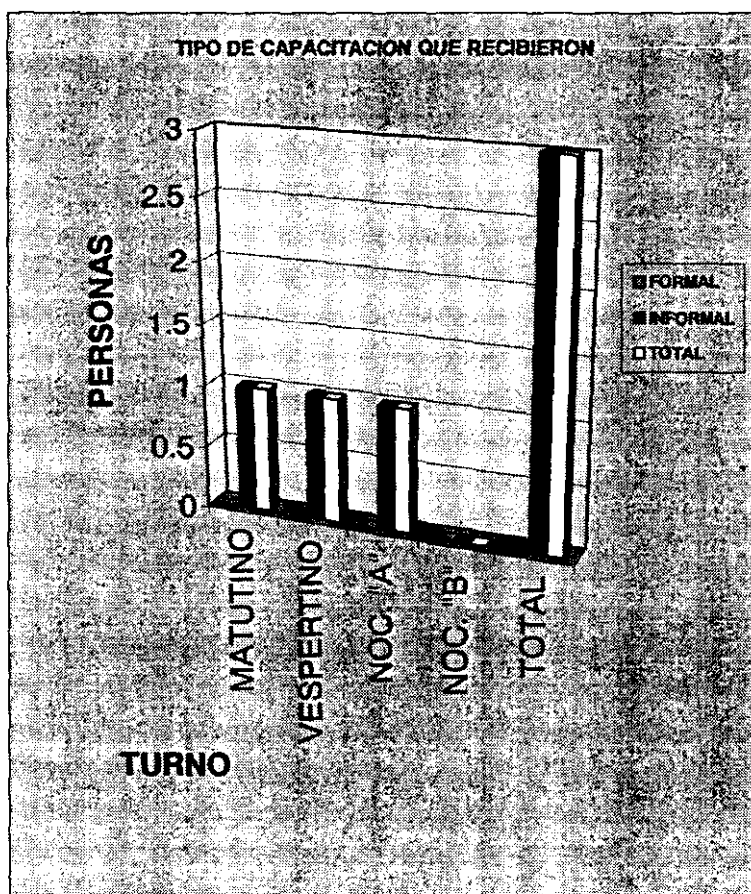
FUENTE: Cuadro No. 7

CUADRO Y GRAFICA No. 8

TIPO DE CAPACITACION RECIBIDA POR EL PERSONAL ENCUESTADO

TIPO	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
FORMAL	0	0	0	0	0
INFORMAL	1	1	1	0	3
TOTAL	1	1	1	0	3

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



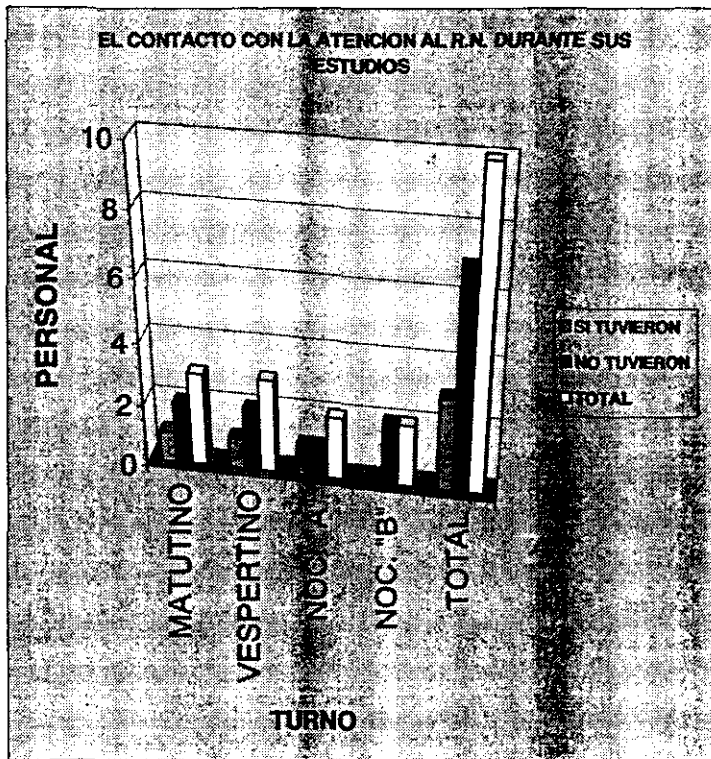
FUENTE: Cuadro No. 8.

CUADRO Y GRAFICA No. 9

EL PERSONAL ENCUESTADO QUE DURANTE SUS ESTUDIOS PROFESIONALES TUVO CONTACTO CON LA ATENCION AL R.N.

CONTACTO	TURNO				
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	TOTAL
SI TUVIERON	1	1	1	0	3
NO TUVIERON	2	2	1	2	7
TOTAL	3	3	2	2	10
% POR TURNO	33%	33%	50%	50%	30%

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



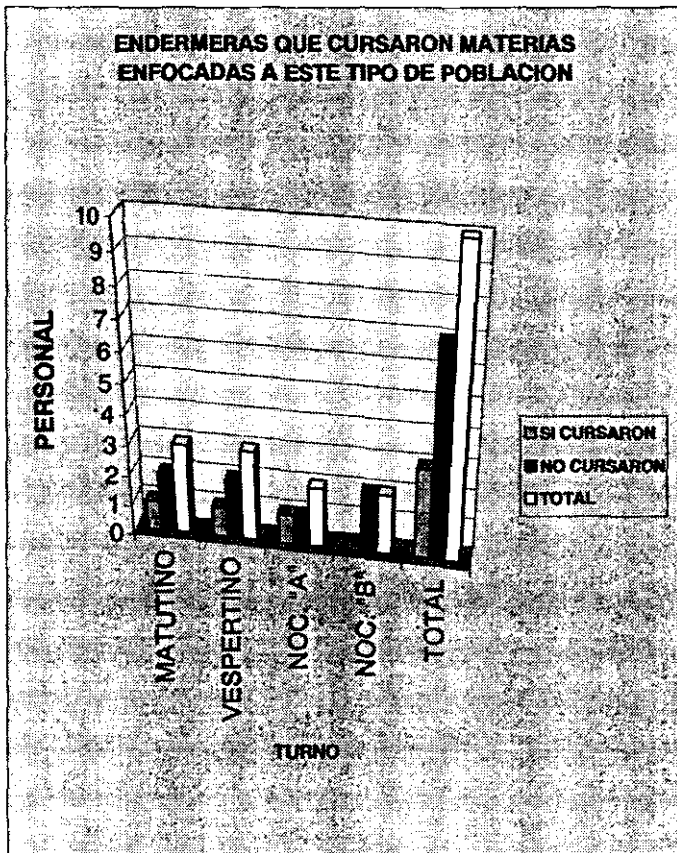
FUENTE: Cuadro No. 9.

CUADRO Y GRAFICA No. 10

PERSONAL ENCUESTADO QUE CURSO MATERIAS ENFOCADAS A ESTE TIPO DE POBLACION

MATERIAS	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SI CURSARON	1	1	1	0	3
NO CURSARON	2	2	1	2	7
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



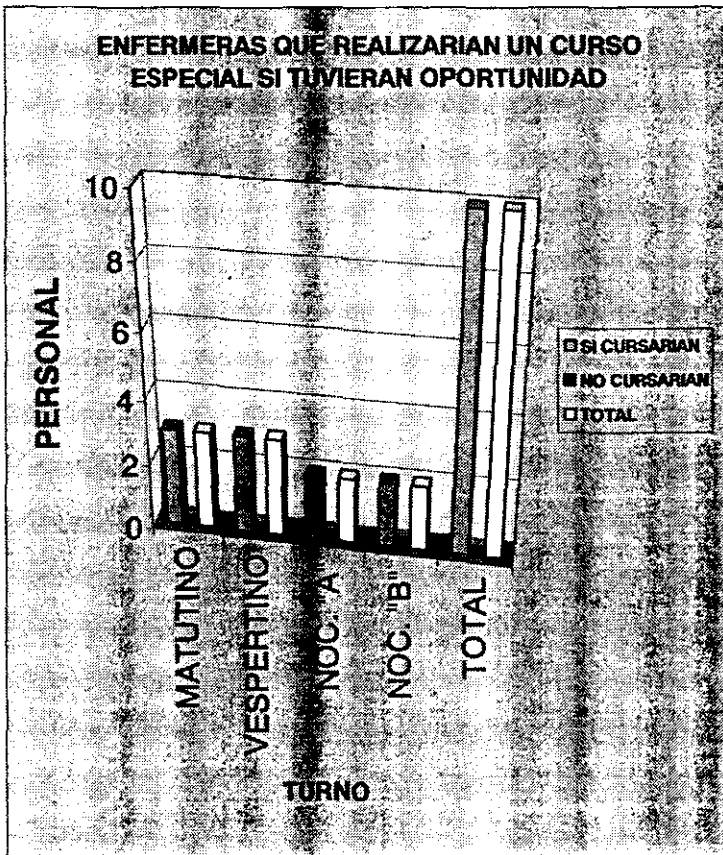
FUENTE: Cuadro No. 10

CUADRO Y GRAFICA No. 11

EL ENFERMERAS ENCUESTADAS QUE SI TUVIERAN OPORTUNIDAD REALIZARIAN UN CURSO ESPECIAL

ESPECIAL	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SI CURSARIAN	3	3	2	2	10
NO CURSARIAN	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



FUENTE: Cuadro NO. 11

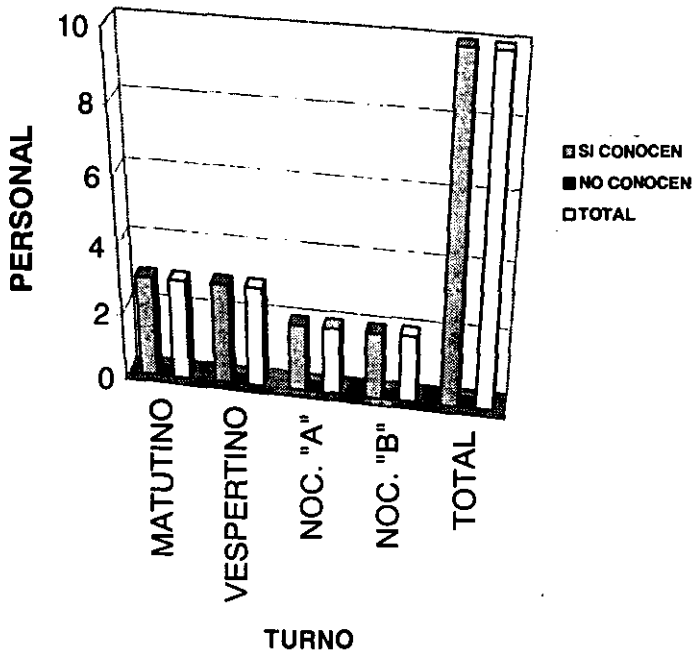
CUADRO Y GRAFICA No. 12

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS QUE CONOCEN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

PLAN	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SI CONOCEN	3	3	2	2	10
NO CONOCEN	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.

ENFERMERAS QUE CONOCEN EL PLAN CUIDADOS DE ENFERMERIA



FUENTE: Cuadro No. 12

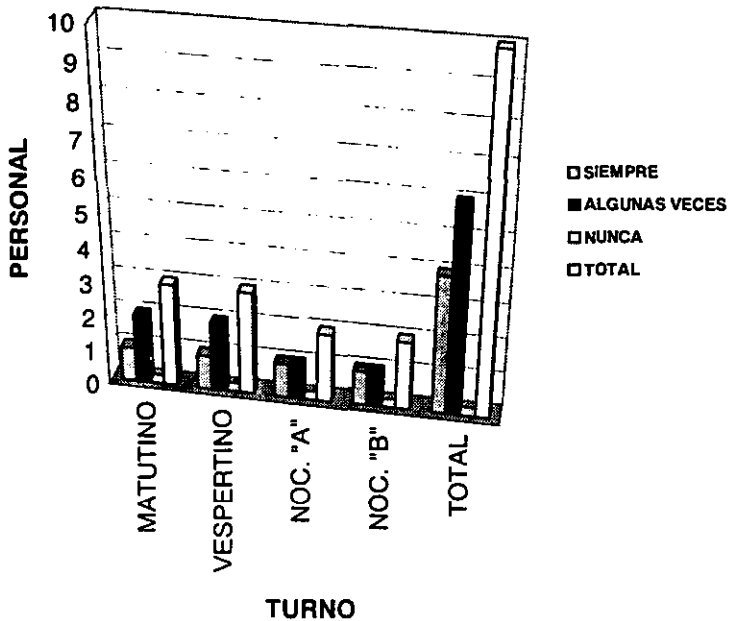
CUADRO Y GRAFICA No. 13

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS QUE APLICAN EL PLAN DE CUIDADOS EN SU UNIDAD

PLAN	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	1	1	1	1	4
ALGUNAS VECES	2	2	1	1	6
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.

ENFERMERAS QUE APLICAN EL PLAN DE CUIDADOS EN SU UNIDAD



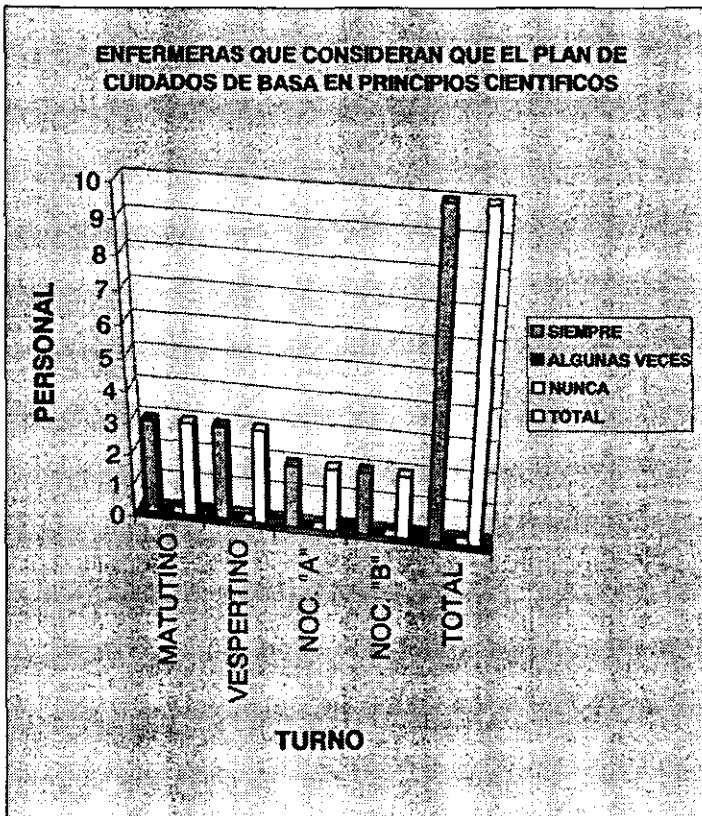
FUENTE: Cuadro No. 13.

CUADRO Y GRAFICA No. 14

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS QUE CONSIDERAN QUE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA SE BASAN EN PRINCIPIOS CIENTIFICOS.

PRINCIPIOS	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	3	3	2	2	10
ALGUNAS VECES	0	0	0	0	0
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



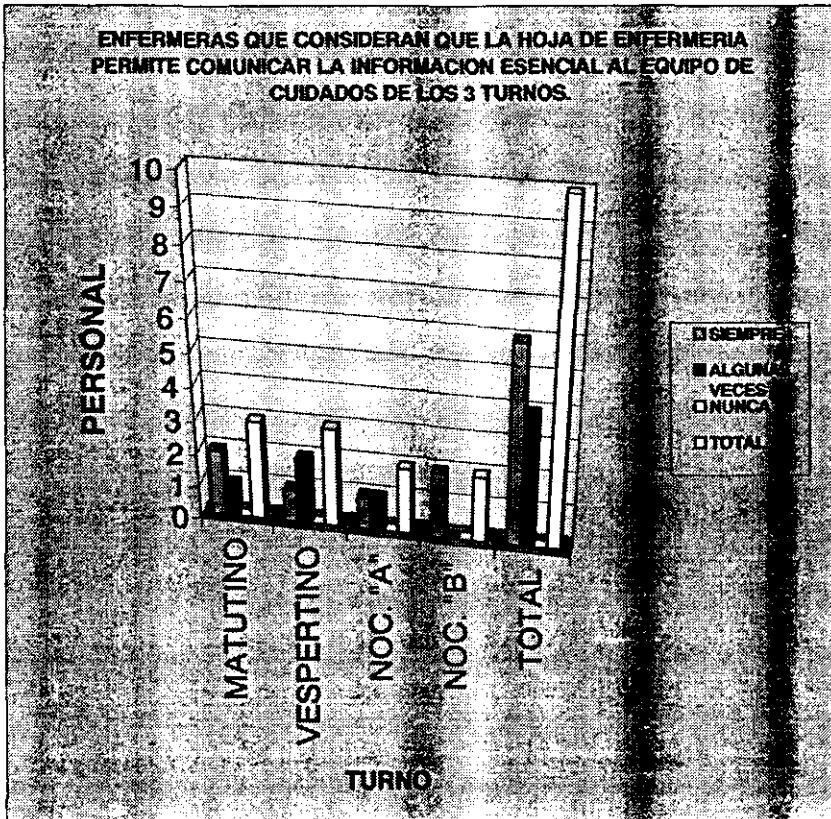
FUENTE: Cuadro No. 14.

CUADRO Y GRAFICA No. 15

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS QUE OPINAN QUE LA HOJA DE ENFERMERIA PERMITE COMUNICAR LA INFORMACION ESENCIAL AL EQUIPO DE CUIDADOS DE LOS 3 TURNOS.

HOJA	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	2	1	1	2	6
ALGUNAS VECES	1	2	1	0	4
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



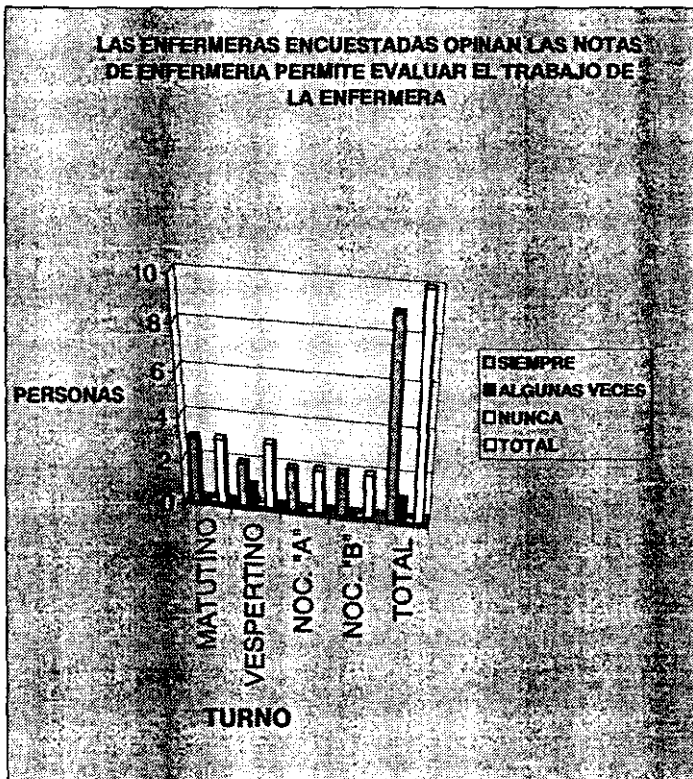
FUENTE: Cuadro No. 15.

CUADRO Y GRAFICA No. 16

**LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LAS NOTAS DE ENFERMERIA PERMITEN
EVALUAR EL TRABAJO DE LA ENFERMERA.**

HOJA	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	3	2	2	2	9
ALGUNAS VECES	0	1	0	0	1
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



FUENTE: Cuadro No. 16.

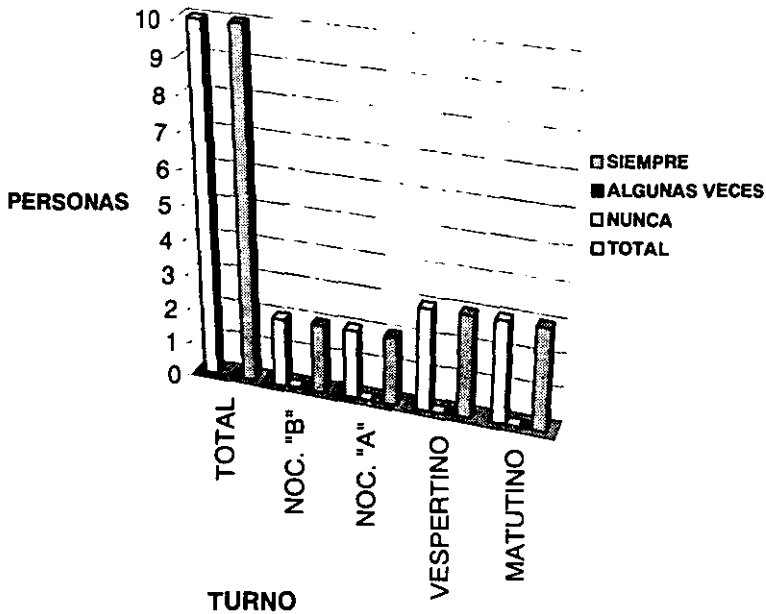
CUADRO Y GRAFICA No. 17

LAS ENCUESTADAS OPINAN SI LA HISTORIA CLINICA PROPORCIONA LA INFORMACION NECESARIA PARA SEGUIR LA EVOLUCION DEL NEONATO.

HISTORIA	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	3	3	2	2	10
ALGUNAS VECES	0	0	0	0	0
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LA HISTORIA CLINICA PROPORCIONA INFORMACION PARA SEGUIR LA EVOLUCION DEL NEONATO



FUENTE: Cuadro No. 17.

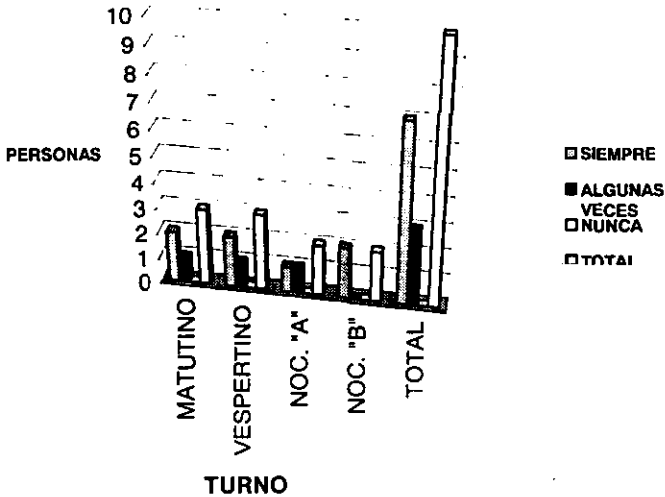
CUADRO Y GRAFICA No. 18

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LAS NOTAS DE ENFERMERIA ASEGURAN LA PROTECCION LEGAL A LA ENFERMERA Y AL NEONATO.

NOTAS	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	2	2	1	2	7
ALGUNAS VECES	1	1	1	0	3
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LAS NOTAS DE ENFERMERIA PROPORCIONAN PROTECCION LEGAL A LA ENFERMERA Y AL NEONATO



FUENTE: Cuadro No. 18

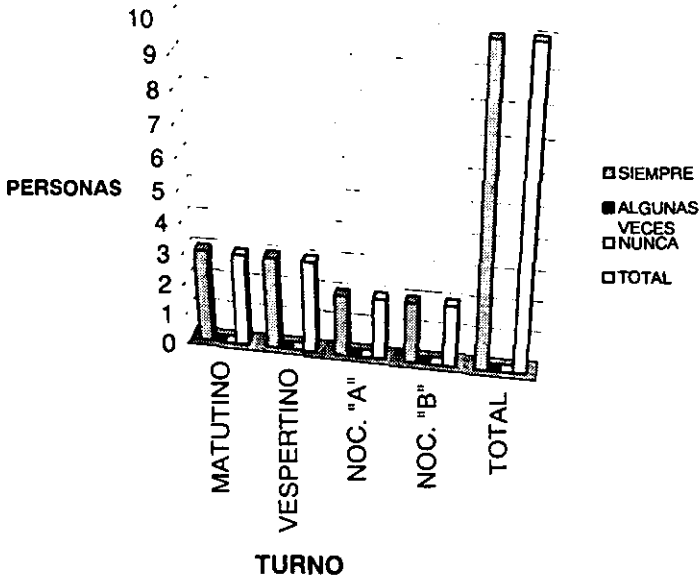
CUADRO Y GRAFICA No. 19

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LAS NOTAS DE ENFERMERIA PUEDEN SER OBJETO DE INVESTIGACION.

LEGAL	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	3	3	2	2	10
ALGUNAS VECES	0	0	0	0	0
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LAS NOTAS DE ENFERMERIA SE PUEDEN CONVERTIR EN OBJETO DE INVESTIGACION



FUENTE: Cuadro No. 19.

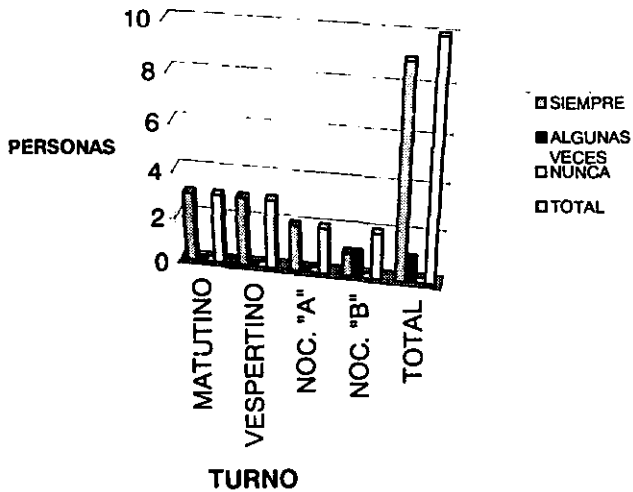
CUADRO Y GRAFICA No. 20

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LA IDENTIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA FAVORECEN UNA MAYOR CALIDAD DE LOS CUIDADOS.

CALIDAD	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	3	3	2	1	9
ALGUNAS VECES	0	0	0	1	1
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Mismo cuadro No. 1.

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LA IDENTIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA FAVORECEN UNA MAYOR CALIDAD EN LOS CUIDADOS



FUENTE: Cuadro No. 20

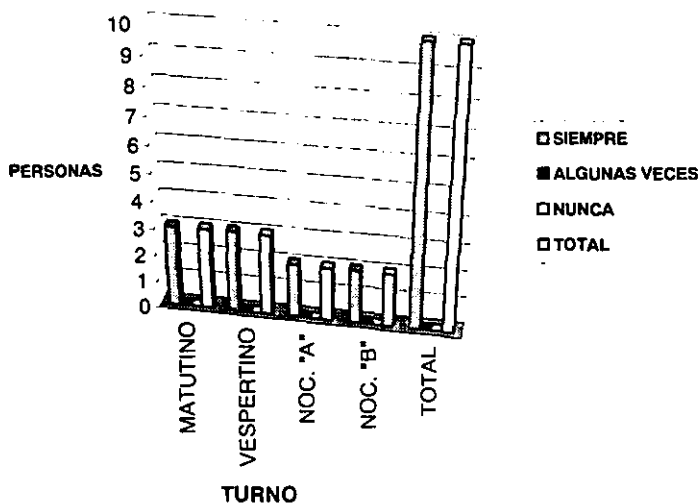
CUADRO Y GRAFICA No. 21

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LA COMUNICACIÓN CON EL NEONATO ES PARTE INTEGRANTE DE SUS PROCEDIMIENTOS.

COMUNICACIÓN	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	3	3	2	2	10
ALGUNAS VECES	0	0	0	0	0
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LA COMUNICACION CON EL NEONATO ES PARTE INTEGRANTE DE SUS PROCEDIMIENTOS



FUENTE: Cuadro No. 21

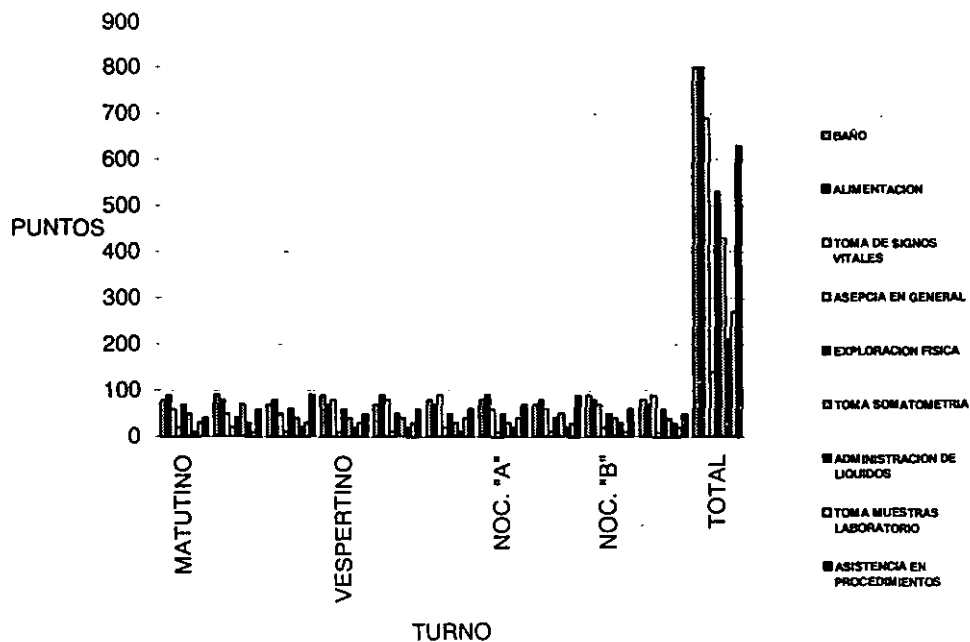
CUADRO Y GRAFICA No. 22

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS CALIFICAN DE 10 A 90 LA ACTIVIDAD DONDE TIENEN MAS COMUNICACIÓN CON LOS R.N.

COMUNICACIÓN	TURNO										TOTAL
	MATUTINO			VESPERTINO			NOC. "A"		NOC. "B"		
BAÑO	80	90	70	90	70	80	80	70	90	80	800
ALIMENTACION	90	80	80	70	90	70	90	80	80	70	800
TOMA DE SIGNOS VITALES	60	50	50	80	80	90	60	60	70	90	690
ASEPZIA EN GENERAL	20	20	10	10	10	20	10	10	20	10	140
EXPLORACION FISICA	70	40	60	60	50	50	50	40	50	60	530
TOMA SOMATOMETRIA	50	70	40	40	40	30	30	50	40	40	430
ADMINISTRACION DE LIQUIDOS	10	30	20	20	20	10	20	20	30	30	210
TOMA MUESTRAS LABORATORIO	30	10	30	30	30	40	40	30	10	20	270
ASISTENCIA EN PROCEDIMIENTOS	40	60	90	50	60	60	70	90	60	50	630

FUENTE: Misma cuadro No. 1.

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LA COMUNICACION CON EL NEONATO ES PARTE INTEGRANTE DE SUS PROCEDIMIENTOS



FUENTE: Cuadro No. 22.

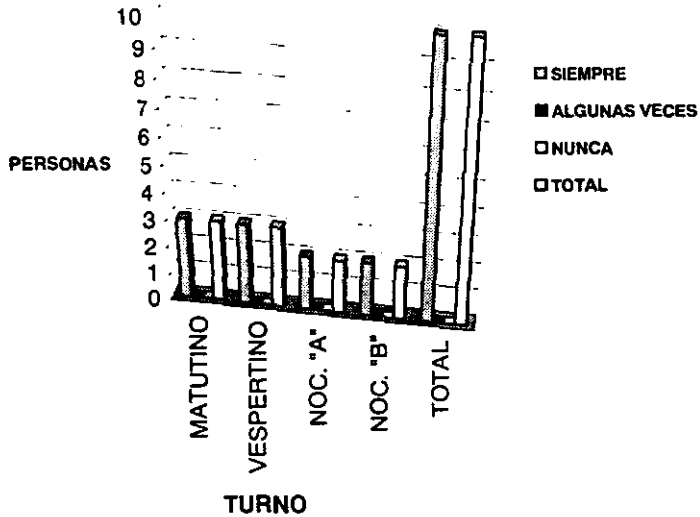
CUADRO Y GRAFICA No. 23

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI LOS DIAS ESTANCIA DE LOS R.N. TIENEN QUE VER CON LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE SE LES PROPORCIONA.

CALIDAD	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
SIEMPRE	3	3	2	2	10
ALGUNAS VECES	0	0	0	0	0
NUNCA	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN SI EXISTE RELACION ENTRE LOS DIAS ESTANCIA DE LOS R.N. Y LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE SE PROPORCIONAN



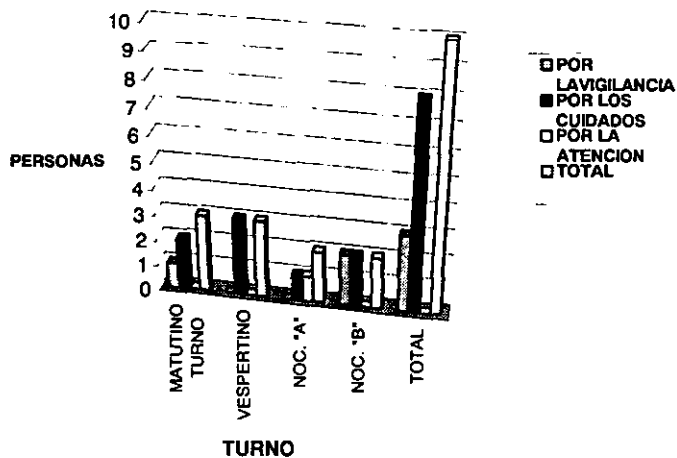
FUENTE: Cuadro NO. 23

CUADRO Y GRAFICA No. 24

LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS OPINAN CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL PARA ESTA RELACION

RAZONES	TURNO				TOTAL
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC. "A"	NOC. "B"	
POR LAVIGILANCIA	1	0	0	2	3
POR LOS CUIDADOS	2	3	1	2	8
POR LA ATENCION	0	0	1	0	0
TOTAL	3	3	2	2	10

FUENTE: Misma cuadro No. 1.



FUENTE: Cuadro No. 24.