

Cambios en la práctica asistencial tras la adopción del modelo de Virginia Henderson

Autora: Rosa Pita-Vizoso

Tesis doctoral UDC / 2017

Directora: Dra. M. Inmaculada Gómez-Besteiro

Tutora: Dra. María Jesús Movilla Fernández

Programa de doctorado en Ciencias Sociosanitarias



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Dna. **M. Inmaculada Gómez-Besteiro**, Doctora en Medicina, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, y como Directora de este trabajo.

Dna. **María Jesus Movilla Fernández**, Doctora por la Universidad de A Coruña y como tutora de este trabajo.

INFORMAN:

Que la memoria adjunta titulada: "CAMBIOS EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL TRAS LA ADPCIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON", que para optar al grado de doctor presenta **Dna. Rosa María Pita Vizoso**, ha sido realizada bajo nuestra dirección y que considerando que constituye trabajo de tesis, autorizamos su presentación y defensa en la Universidad de A Coruña.

En A Coruña, a 25 de abril de 2017

Fdo. Dra. M. Inmaculada Gomez-Besteiro Fdo. Dra. M. Jesús Movilla Fernández

Dedicatoria

A mi madre y mis hermanos.

A Olalla, Cristina, Antia y Carme que son la nueva generación.

A todos los que forman parte de mi familia, por estar siempre ahí.

Agradecimientos

A todas las personas que han contribuido a que este proyecto resultara más llevadero y me han ayudado a concluirlo.

A la Dr. Inmaculada Gómez-Besteiro, directora de esta tesis, por su contribución, apoyo y estímulo constante. Sin su impulso no lo habría logrado.

A la Dra. M^a Jesús Movilla Fernández, tutora de esta tesis, por su orientación y apoyo en el desarrollo de este proyecto.

A Amalia Conceiro Rúa, Camilo Raña Lama y a mi hermano Víctor, por su apoyo y colaboración constantes.

Al bibliotecario Javier Uranga Mariño, por su asesoría, apoyo y paciencia.

A mis compañeras Carmen Méndez, Inés Fernández y María García, por su estímulo y ayuda.

A Francisco Gómez, Clara Gómez y Alex Ramos, por su colaboración.

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a todas las enfermeras y los enfermeros que se han brindado a pasar una parte de su tiempo conversando conmigo; sin ellos y sin sus aportaciones, este trabajo habría sido imposible.

Resumen

Objetivo

Comprender los cambios en la práctica asistencial de las enfermeras/os tras la adopción del modelo de Virginia Henderson y la utilización de un sistema informático de cuidados (GACELA).

Metodología

Estudio cualitativo, exploratorio-interpretativo desde la perspectiva de la Teoría Fundamentada. El estudio se desarrolló en dos cortes temporales: en el año 2004 y en el 2016. Participaron enfermeras y enfermeros de cuatro hospitales de la Xerencia de Xestión Integrada A Coruña.

La recogida de datos se hizo a través de entrevistas semiestructuradas. El análisis de los datos se realizó según los principios de la teoría fundamentada. Las categorías se agruparon según el paradigma de codificación de Strauss y Corbin.

Resultados

En el estudio del año 2004 se incluyeron 15 participantes y 12 en el 2016.

En el 2004 se identificaron en total de 20 categorías en dos fenómenos que se integraron en la categoría central: *Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el modelo modifica la práctica habitual*. En el 2016 se identificaron 14 categorías relacionadas con un fenómeno. La categoría central identificada fue: *No se puede volver atrás*.

Conclusiones

Trabajar con el programa informático de cuidados de enfermería GACELA convierte el proceso de atención de enfermería en una práctica normalizada e institucionalizada.

La coexistencia de diferentes roles profesionales entre las enfermeras repercute negativamente en el trabajo conjunto de atención a los paciente en las unidades de hospitalización.

El programa GACELA ha provocado una renovación profesional y cambios en la organización de la actividad de enfermería en la institución.

Palabras clave

Efectos en la práctica de enfermería. Sistema de registro informático de enfermería. Modelo de Enfermería de Henderson. Proceso de atención de enfermería. Teoría fundamentada. Investigación cualitativa.

Resumo

Obxectivo

Comprender os cambios na práctica asistencial das enfermeiras/os tras a adopción do modelo de Virginia Henderson e a utilización dun sistema informático de coidados (GACELA).

Metodoloxía

Estudo cualitativo, exploratorio- interpretativo desde a perspectiva da Teoría Fundamentada. O estudo desenvolveuse en dous cortes temporais: no ano 2004 e no 2016. Participaron enfermeiras dos catro hospitais da Xerencia de Xestión Integrada A Coruña.

A recolleita de datos fíxose a través de entrevistas semiestruturadas. A análise dos datos realizouse segundo os principios da Teoría Fundamentada. As categorías agrupáronse segundo o paradigma de codificación de Strauss e Corbin.

Resultados

No estudo do ano 2004 incluíronse 15 participantes e 12 no 2016.

No 2004 identificáronse en total de 20 categorías en dous fenómenos que se integraron na categoría central: Traballar co proceso de atención de enfermería e o modelo modifica a práctica habitual. No 2016 identificáronse 14 categorías relacionadas cun fenómeno. A categoría central identificada foi: Non se pode volver atrás.

Conclusións

Traballar co programa informático de coidados de enfermería GACELA converte o proceso de atención de enfermería nunha práctica normalizada e institucionalizada.

A coexistencia de diferentes roles profesionais entre as/os enfermeiras/os repercute negativamente no traballo conxunto de atención aos paciente nas unidades de hospitalización.

O programa GACELA provocou unha renovación profesional e cambios na organización da actividade de enfermería na institución.

Palabras clave

Efectos na práctica de enfermería. Sistema de rexistro informático de enfermería. Modelo de Enfermería de Henderson. Proceso de atención de enfermería. Teoría fundamentada. Investigación cualitativa.

Abstract

Objective

To understand the changes made by nurses in their clinical practice since the adoption of the Virginia Henderson model and the GACELA computer software.

Methods

This is a qualitative and exploratory-interpretative study from the perspective of the Grounded Theory. It was developed over two time periods, during the years 2004 and 2016. The participants were nurses from four hospitals from the Xerencia de Xestión Integrada in A Coruña.

The data collection was carried out through semistructured interviews. Its analysis was accomplished by following the principles of the grounded theory. The categories were grouped according to Strauss and Corbin's paradigm.

Findings

15 participants were included in the 2004 study, and 12 were included in the 2016 study.

In the 2004 study, a total of 20 categories were identified, related to two phenomena, which were integrated in the central category: *Working with the nursing assistance process and the model modifies the usual practice*. In the 2016 study 14 categories related to one phenomenon were identified. The main category was: *There is no way back*.

Conclusions

Working with the nursing care computer software GACELA turns nursing care into a regulated and institutionalized practice.

The coexistence of different professional roles among the nurses affects the joint effort in patient care at hospitalization units negatively.

The GACELA software has caused a professional renewal and changes in the organization of the institutional nursery activity.

Keywords

Effects on nursing practice. Computerized nursing record system. Henderson nursing model. Nursing process. Grounded theory. Qualitative research.

Abreviaturas

AENTE: Asociación Española de Nomenclatura Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería

ANA: American Nurse Association

ATS: Ayudante Técnico Sanitario

CIE: Concejo Internacional de Enfermería

DdE: Diagnóstico de Enfermería

DOG: Diario Oficial de Galicia

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería

GACELA: Programa informático de Gestión Asistencial Cuidados Enfermería Línea Abierta

GREDE: Grupo de Referencia para los Diagnósticos Enfermeros

HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

HCE: Historia Clínica Electrónica

HCR: Historia Clínica Resumida

NANDA: North American Nurse Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PC: Ordenador personal (Personal Computer)

SERGAS: Servicio Gallego de Salud (Servizo Galego de Saúde)

SILICON: Programa informático de prescripción y gestión electrónicas de farmacia hospitalaria

TIC: Tecnología de la Información y la Comunicación

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 19 |
| 1.1 ENFERMERÍA: DISCIPLINA Y PROFESIÓN. | 21 |
| 1.1.1 Interrelación disciplina y profesión de enfermería | 21 |
| 1.1.2 Modelos conceptuales de enfermería..... | 27 |
| 1.1.3 Metodología enfermera..... | 31 |
| 1.1.4 Modelo de Virginia Henderson y su adopción en la práctica clínica | 36 |
| 1.2 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO | 46 |
| 1.2.1 Historia Clínica Electrónica y Gestión de cuidados de enfermería | 47 |
| 1.2.2 Proceso de implementación de las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas de salud | 53 |
| 1.2.3 Proceso de génesis e implantación del programa informático de cuidados GACELA | 55 |
| 1.2.3.1 Descripción del programa..... | 57 |
| 1.2.3.2 Fase de implantación..... | 66 |
| 2. JUSTIFICACIÓN..... | 69 |
| 3. OBJETIVOS..... | 75 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL | 77 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 77 |
| 4. METODOLOGÍA | 79 |
| 4.1 MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO..... | 81 |
| 4.1.1 Paradigmas de investigación | 81 |
| 4.1.2 Perspectiva del interaccionismo simbólico..... | 88 |
| 4.1.3 Teoría fundamentada (Grounded Theory) | 96 |
| 4.1.4 Relación entre interaccionismo simbólico, teoría fundamentada y objetivo del estudio. | 99 |
| 4.2 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN. | 103 |
| 4.2.1 Diseño y tipo de estudio | 103 |
| 4.2.2 Proceso de estudio | 104 |
| 4.2.2.1 Ámbito del estudio | 104 |

| | |
|---|------------|
| 4.2.2.2 Participantes | 105 |
| 4.2.2.3 Recogida de datos..... | 106 |
| 4.2.2.4 Análisis de los datos..... | 108 |
| 4.2.3 Relación con los participantes y la reflexividad. | 112 |
| 4.2.4 Rigor metodológico. | 114 |
| 4.2.5 Consideraciones éticas. | 115 |
| 5. RESULTADOS..... | 117 |
| 5.1 RESULTADOS DEL AÑO 2004 | 119 |
| 5.1.1 Fenómeno “Intentando adaptar la práctica asistencial al nuevo marco conceptual y al sistema informático de cuidados”..... | 121 |
| 5.1.1.1 Condiciones | 122 |
| 5.1.1.2 Estrategias | 143 |
| 5.1.1.3 Consecuencias..... | 152 |
| 5.1.2 Fenómeno “Experimentando las dificultades para proporcionar cuidados desde la orientación filosófica de V. Henderson” | 155 |
| 5.1.2.1 Condiciones | 155 |
| 5.1.2.2 Estrategias | 161 |
| 5.1.2.3 Consecuencias..... | 165 |
| 5.1.3 Categoría central..... | 167 |
| 5.2 RESULTADOS DEL AÑO 2016 | 171 |
| 5.2.1 Fenómeno “Evaluando los cambios en la práctica asistencial con la utilización del programa GACELA” | 173 |
| 5.2.1.1 Condiciones | 173 |
| 5.2.1.2 Estrategias | 189 |
| 5.2.1.3 Consecuencias..... | 202 |
| 5.2.2 Categoría central..... | 206 |
| 5.3 RELACIÓN ENTRE FENÓMENOS Y CATEGORÍAS CENTRALES | 210 |
| 6. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS | 213 |
| 6.1 “TRABAJAR CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EL MODELO CONCEPTUAL MODIFICA LA PRÁCTICA HABITUAL” | 217 |
| 6.1.1 Significados atribuidos a los conceptos nucleares del modelo de V. Henderson en la actividad asistencial..... | 217 |

| | |
|---|------------|
| 6.1.2 Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el programa GACELA..... | 223 |
| 6.2 “NO SE PUEDE VOLVER ATRÁS” | 225 |
| 6.2.1 Proporcionar cuidados | 225 |
| 6.2.2 Organización hospitalaria..... | 229 |
| 6.2.3 Identidad y rol profesional | 230 |
| 7. CONSIDERACIONES FINALES..... | 237 |
| 7.1 LIMITACIONES..... | 239 |
| 7.2 APORTACIONES Y PROPUESTAS PARA EL FUTURO | 239 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 241 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA | 245 |
| 10. ANEXOS | 265 |
| ANEXO I: LISTADO Y DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DEL PROGRAMA GACELA | 267 |
| ANEXO II: GUÍA DE LAS ENTREVISTAS..... | 276 |
| ANEXO III: CRONOGRAMA DEL PROCESO DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LOS DATOS | 278 |
| ANEXO IV: HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIO | 279 |
| ANEXO V: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO | 282 |
| ANEXO VI: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE A CORUÑA-FERROL | 283 |

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ENFERMERÍA: DISCIPLINA Y PROFESIÓN.

1.1.1 Interrelación disciplina y profesión de enfermería

La enfermería, a principios del siglo XX, no era ni una disciplina académica ni una profesión, los logros durante ese siglo han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Entre disciplina y profesión existe un proceso de interrelación constante, la evolución de una influye en la otra y viceversa. La teoría es esencial para la existencia de la disciplina académica y también para la práctica profesional.

Aunque estos términos se utilizan indistintamente, a veces, existe una gran diferencia entre ellos.

Durán de Villalobos⁽¹⁾ citando a Newman, Sime y Corcoran-Perry, describe el significado de disciplina como " Un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser".

Alligood⁽²⁾, citando a Donaldson y Crowley, Orem y Etyles, define estos términos como:

- "Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento.
- "Una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica: está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan"

La historia de la enfermería como profesión empezó con Florence Nightingale. Ella concibió a las enfermeras¹ como un colectivo de mujeres formadas y propuso la idea de que el conocimiento enfermero se basa en el conocimiento de la persona y el entorno.

A pesar de este preconcepto de Nightingale, no fue hasta la década de 1950 que la profesión enfermera empezó a entablar discusiones sobre la necesidad de desarrollar, articular y probar la teoría de enfermería.

¹ A lo largo de este documento se empleará, indistintamente, el género masculino o femenino para referirse a los profesionales de enfermería.

La historia de la enfermería demuestra que el desarrollo de la teoría de enfermería como rama de conocimiento (disciplina) y como campo especializado de la práctica (profesión) tuvo un desarrollo desigual en Estados Unidos y en Europa⁽³⁾.

La enfermería estadounidense para poder asentarse dentro de las universidades y establecer departamentos de enfermería, debía demostrar que poseían un cuerpo único de conocimientos teóricos⁽²⁾.

La etapa de teoría fue una extensión natural de la etapa de la investigación y de la educación superior. Esta transición conllevó a la búsqueda de un cuerpo de conocimientos sustancial en el cual basar la investigación y práctica enfermera.

A mediados de la década de 1970, se realiza en Estados Unidos una evaluación de los 25 años de la revista *Nursing Research*, el resultado reveló que los estudios de enfermería carecían de conexiones conceptuales y marcos teóricos. La necesidad de desarrollar teoría se estableció como una estrategia que coincidió con otros dos aspectos muy importantes: la estandarización de los programas de máster y la decisión de que los estudios de doctorado para enfermeras deberían tratar de enfermería.

La década de 1980 fue un periodo importante para el desarrollo de la teoría, se caracterizó por la transición de un periodo preparadigmático al paradigmático. En esta década, la propuesta de Fawcett de que los conceptos generales de la enfermería: *persona, salud, entorno y enfermería*, representaban el metaparadigma en enfermería, añadió una estructura organizativa y una forma de agrupar los trabajos teóricos existentes⁽⁴⁾.

El desarrollo de la teoría emergió como un producto de la enseñanza y del crecimiento profesional entre los líderes de la enfermería. Estos líderes, encontraban limitaciones en las teorías de otras disciplinas para describir, explicar o predecir los resultados de enfermería. Su objetivo fue establecer una base científica que sustentase el control, el programa formativo, la práctica y la investigación en enfermería. El uso de la teoría llevó a lo que hoy se conoce como "La etapa de la teoría de la enfermería"⁽²⁾.

La enfermería como disciplina académica depende de la existencia de un conocimiento enfermero que se trasmite como base para la práctica profesional. La teoría no sólo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es crucial para la práctica de la enfermería profesional⁽⁵⁾.

En el momento actual, los enfoques en los trabajos teóricos han cambiado, de un enfoque funcional en el que la importancia se centraba en cómo funcionaban las enfermeras; a un enfoque centrado en conocer qué saben las enfermeras y cómo utilizan lo que saben para guiar su pensamiento y su toma de decisiones con un determinado paciente.

Los marcos y las teorías en enfermería son estructuras sobre los seres humanos y su salud que proporcionan a las enfermeras una perspectiva del paciente y esta perspectiva es característica de su profesión. Las filosofías, teorías y modelos de enfermería guían el pensamiento y la acción de la enfermera para procesar datos, evaluar y decidir la acción que hay que tomar en la práctica.

- La clasificación realizada por Alligood⁽²⁾ agrupa los trabajos teóricos en cuatro tipos, según su nivel de abstracción o la preferencia de la pensadora.
- Filosofías de enfermería: explican el significado de los fenómenos de la enfermería a través del análisis, razonamiento y presentación lógica.
- Modelos conceptuales: proporcionan un marco de referencia que explica como observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina. Son extensos y definen los conceptos de mataparadigma (persona, salud, entorno y enfermería)
- Teorías enfermeras: proceden de filosofías, modelos conceptuales de enfermería o de otras disciplinas y pueden ser específicas de un aspecto o ámbito concreto de la práctica enfermera.
- Teorías intermedias: son más precisas, se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera (estado de salud, posición del paciente).

El debate sobre cuál es la naturaleza de la ciencia enfermera y cuál es el conocimiento necesario para la enfermería como disciplina y como profesión, ya había sido planteado por Donaldson y Crowley en 1978. Ellas, reclamaban tanto la investigación básica como aplicada basándose en la distinción entre disciplinas teóricas y profesionales. Argumentaban que la investigación en enfermería no persigue el conocer por el simple hecho de conocer, al ser una ciencia eminentemente práctica, aplica sus conocimientos en el terreno de la práctica para mejorar la práctica de sus profesionales⁽²⁾.

Esta perspectiva de la disciplina enfermera como disciplina profesional, nos permite comprender la interrelación y los intercambios recíprocos que existen entre disciplina enfermera y profesión enfermera. Los conocimientos de las ciencias de la enfermería permiten orientar las actividades de sus profesionales y, a la vez, el ejercicio profesional de las enfermeras permite verificar la credibilidad de estos conocimientos⁽¹⁾⁽⁶⁾.

San Martín en su reflexión sobre las ciencias de la enfermería concluye diciendo: las ciencias de la enfermería son un conjunto de conocimientos acerca de los cuidados de enfermería. Las ciencias de la enfermería y la práctica de la enfermería están interrelacionadas ya que las ciencias de la enfermería se basan en la práctica enfermera para desarrollar sus conocimientos y esta última, utiliza y valida esos conocimientos en la práctica⁽⁶⁾.

Cristina Francisco del Rey, en su tesis doctoral "De la práctica de la enfermera a la teoría enfermera" analiza la enfermería como disciplina en España. En este análisis concluye que la disciplina está bien determinada desde una perspectiva teórica. El ámbito disciplinar entendido como la forma particular de describir y relacionar el cuidado, la persona, la salud y el entorno está desarrollado pero es necesario que la enfermería se consolide como disciplina en nuestro país⁽⁷⁾.

Argumenta que una consecuencia de esta situación es el escaso desarrollo de teoría y modelos conceptuales en nuestro país, a la que se une la escasa difusión y estudio de estos mismos. Comenta además, que en algún caso el eje central de las construcciones teóricas no se sustenta en el área de la enfermería. En este sentido, Manuel Calvache construyó un modelo que él

definió como "Enfermería Sistémica", este autor es enfermero y psicólogo, y en el modelo que desarrolla es la psicología la que impregna su teoría⁽⁸⁾.

La no existencia de construcciones teóricas en nuestro medio puede entenderse por las limitaciones que hemos tenido las enfermeras españolas para el desarrollo de nuestra disciplina. Tanto Francisco del Rey como San Martín, opinan que los avances en los programas formativos, con la existencia de posgrados y doctorados en ciencias de la enfermería pueden facilitar el desarrollo de conocimientos teóricos dentro de la disciplina enfermera en el futuro.

El análisis de la interrelación y los intercambios recíprocos que existen entre disciplina enfermera y profesión enfermera, nos lleva a preguntarnos ¿Cómo se articula la práctica, la teoría y la investigación?

Bottorf en 1991⁽⁹⁾, proponía cuatro aspectos relacionados con la investigación para el desarrollo del conocimiento enfermero. Estos eran: conceptualizaciones y teorías generales sobre el cuidado, teorías de medio alcance y conceptos del cuidado, modelos y principios del cuidado y descripciones de situaciones de enfermería relativas al cuidado.

Mientras los dos primeros, se refieren a un conocimiento teórico que hace especulaciones sobre la práctica, los dos últimos se refieren a un conocimiento esencialmente práctico. Esta autora considera que aunque el progreso de la disciplina de enfermería necesita del desarrollo de un sólido conocimiento teórico, también es necesario averiguar cómo este conocimiento se desarrolla en la práctica.

En la actualidad, la respuesta a esta pregunta se suele realizar desde distintos puntos de vista atendiendo al significado o concepción de la práctica profesional⁽¹⁰⁾. La práctica refleja la forma de utilizar el conocimiento en el quehacer diario, las enfermeras deben reflexionar más sobre el "conocer" que sobre el "hacer", aspecto este que ha prevalecido desde los comienzos de la enfermería profesional. Si una disciplina práctica genera una práctica repetitiva, no se requiere de la teoría, sin embargo, si se desea una práctica innovadora basada en conocimiento científico, entonces la teoría sí que es necesaria⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Desde otra visión Meza⁽¹³⁾ plantea que no se articula la práctica con la teoría, de esta forma el conocimiento generado en la práctica cotidiana no trasciende al cuerpo del saber enfermero. Los enfermeros se ven a sí mismos más como usuarios del conocimiento que como productores del mismo.

Durán y Meza consideran que para revertir esta situación se debe de profundizar en la búsqueda de una identidad en la enfermería, en la que exista un compromiso por profundizar en el conocimiento de los temas que involucran a la profesión. Plantean también, convertir en un fenómeno único la producción y la aplicación del conocimiento. El manejo del conocimiento disciplinar es dinámico y tiende a identificar necesidades de diferentes enfoques empíricos, teóricos y éticos, que requieren de la aportación de la práctica enfermera porque es en las aéreas clínicas donde surgen los hechos para profundizar en el conocimiento.

Esta articulación entre teoría, práctica e investigación es posible si se consideran los cuidados de enfermería como el objeto/objetivo que une la práctica, la teoría y la investigación⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Los cuidados de enfermería son procesos complejos. El concepto de cuidado de enfermería desde la definición de Leininger y Watson, se concibe como un proceso que denota fenómenos complejos y multidimensionales que poseen elementos científico-técnicos (orientados a la dimensión biológica del enfermar) o humanísticos (orientados a la esfera psicosocial y espiritual de la salud y la enfermedad)⁽¹⁷⁾⁽²⁾.

Esta complejidad que caracteriza el objeto del estudio de nuestra disciplina, nos lleva a proponer una perspectiva multiparadigmática para el desarrollo de la investigación y el conocimiento en enfermería. Los conocimientos de enfermería deben desarrollarse desde la posición de distintos paradigmas que incluyan tanto un pensamiento lineal y causal como un pensamiento de interacción, de reciprocidad y de simultaneidad. Debemos comenzar por la interpretación de la experiencia práctica, utilizar la teoría para comprender esa experiencia, y por último emplear esa comprensión para mejorar la práctica⁽⁶⁾.

1.1.2 Modelos conceptuales de enfermería

Los modelos son una construcción que representan de forma simple una realidad o un fenómeno con la finalidad de interpretarlo, de cuantificarlo y de concretarlo. Por medio de un modelo intentamos representar los elementos fundamentales de un problema, sus comportamientos y relaciones ⁽¹⁸⁾.

Un modelo conceptual enfermero es "un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan"⁽¹⁸⁾.

Fawcett⁽⁴⁾ dice que los modelos conceptuales presentan diversas visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero representan sólo una aproximación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Aclara además, que cada disciplina escoge ciertos acontecimientos o manifestaciones que afronta de forma única. Estos fenómenos escogidos forman el metaparadigma, la enfermería abarca cuatro conceptos centrales que los expertos han acordado que constituyen el mundo de la enfermería o su metaparadigma (la persona, el entorno, la salud y las actividades de enfermería

Todos los modelos conceptuales en enfermería incluyen en su construcción una serie de componentes comunes:

- Asunciones filosóficas o valores: se refieren a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y su salud, y las metas profesionales.
- Asunciones científicas o postulados: ofrecen el soporte teórico y científico. Son afirmaciones sobre la persona, el entorno, la salud y el rol profesional, se aceptan como verdaderas pero pueden ser contrastadas y cuestionadas en la realidad.
- Conceptos principales o definiciones: conforman el conjunto de elementos que orientan, por medio de sus afirmaciones, su adopción en la práctica⁽¹⁸⁾.

Los modelos conceptuales clarifican la naturaleza de los cuidados de enfermería al identificar el objetivo de los cuidados y actuar como guía para la

acción. Ofrecen a la enfermera un marco que le permite aplicar y evaluar las intervenciones⁽¹⁹⁾.

Los modelos conceptuales representan una visión de cuidados de enfermería que varía dependiendo de la corriente paradigmática que ha guiado su desarrollo. Distintos autores como Newman, Fawett o Parse, han utilizado diferentes nomenclaturas para agrupar las disímiles visiones o paradigmas que han guiado el desarrollo de la enfermería pero todas ellas pueden reagruparse en tres. Estas tres corrientes filosóficas son, el paradigma de categorización, integración y transformación⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

- En el paradigma de categorización, la ciencia enfermera concibe los fenómenos como divisibles, los elementos como definidos, mensurables, ordenados y la relación entre ellos como lineal y causal. La salud es la ausencia de enfermedad. El papel de la enfermera es hacer por la persona. El único modelo incluido en él es el de Florence Nightingale.
- En el paradigma de integración, la ciencia concibe los fenómenos como contextuales y variables, los elementos son múltiples y la relación entre ellos es circular e interactiva. La salud es la adaptación positiva a los cambios. El papel de la enfermera es hacer por y con la persona. Algunos de los modelos son: V. Henderson, D. Oren, H. Peplau, C. Roy y B. Neuman.
- En el paradigma de transformación, la ciencia percibe los fenómenos como únicos, complejos y globales, y los elementos como en interacción continua, recíproca y simultánea. La salud es un equilibrio inestable que promueve el desarrollo y la actualización. El papel de la enfermera es acompañar a la persona en la experiencia. Algunos de los modelos son: M. Rogers, R. Rizzo Parse, J. Watson, M. Leininger.

El siguiente organigrama representa la estructura jerárquica del conocimiento de la disciplina enfermera.

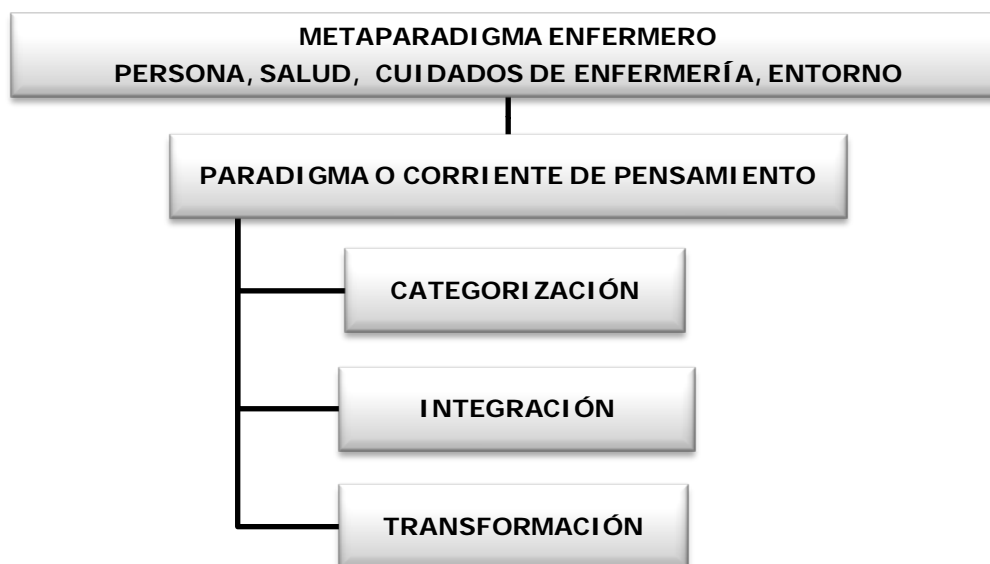


Figura 1-1 Representación de la estructura jerárquica del conocimiento enfermero.

Los modelos conceptuales y su utilización en la práctica no están exentos de polémica. Esta polémica se base fundamentalmente en la propia concepción del modelo, como orientación o guía para la práctica o como un cuerpo de conocimientos rígidos que aplican y se aplica a sujetos; y en cómo se desarrolla habitualmente la actividad profesional⁽²¹⁾.

Para Teixidor⁽¹⁹⁾, adoptar un modelo conceptual es un factor de profesionalización que permite visiones compartidas a partir de una consideración global y única de la persona. Propicia también, una mejor organización de los cuidados y un aumento de la satisfacción de profesionales y usuarios.

Alligood⁽²⁾ defiende el uso de los modelos, dice que la teoría permite a las enfermeras organizar y entender lo que sucede en la práctica al analizar de manera crítica las situaciones del paciente.

Otros autores⁽²²⁾⁽⁷⁾⁽²³⁾ opinan que la orientación de la actividad enfermera dificulta la utilización de un modelo conceptual. La actividad profesional de la enfermera está orientada a la solución de los problemas de la clínica desde una perspectiva más técnica que conceptual, argumentan que se aplican principios generales a situaciones particulares en forma de protocolos de actuación que se utilizan ante una misma categoría de problemas.

Miró Bonet, en su artículo "Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales"⁽²⁴⁾, expone la opinión que diferentes autores tienen sobre los modelos conceptuales de enfermería. Algunas de estas opiniones son:

"Los modelos conceptuales y teorías de enfermería son considerados patrones que guían el pensamiento sobre cómo ser enfermera y hacer enfermería"

"Sin el uso de los modelos enfermeros difícilmente se podrá perfeccionar la disciplina y la practica enfermera"

"Los modelos conceptuales proporcionan la óptica necesaria para valorar los aspectos cualitativo y globales del cuidado, sin los cuales difícilmente se podrán identificar las necesidades humanas que forman parte sustancial de la actividad de las enfermeras"

"Los modelos favorecen la construcción del cuidar como un acto específico, a través de los elementos conceptuales sobre los que elaboran los marcos teóricos, como la intersubjetividad, comprensión, interrelación, autonomía y creatividad".

La autora no valora la utilidad de los modelos conceptuales en la práctica. Su análisis se centra en el que el uso de los modelos conceptuales fue una estrategia de poder ejercida por las enfermeras españolas, con la finalidad de (re)construir la enfermería como ciencia holística y humanista y de obtener un reconocimiento como profesión independiente.

Hernández Conesa⁽²⁵⁾ considera que los modelos de cuidados se han desarrollado a un nivel descriptivo y plantea que las teorías descriptivas "de relación de situaciones" preceden y construyen las bases para poder desarrollar teorías prescriptivas que ofrezcan explicaciones más allá de lo meramente explicativo, o analítico.

Medina plantea que la mayoría de las teorías de enfermería pertenecen a la tradición positivista. Se han convertido en estructuras formales que no han sabido captar los aspectos tácitos, relacionales y contextuales de la práctica de enfermería. Añade que existen modelos conceptuales desarrollados desde otra

tradición de pensamiento pero que ocupan un lugar secundario dentro del discurso disciplinar de la enfermería⁽¹⁷⁾.

Otro motivo que argumenta en relación con el escaso impacto que las teorías y /o modelos han tenido en la práctica, es la suposición errónea de que pueden producirse dentro de unos contextos diferentes a donde aquellos deben aplicarse, añade que no tiene nada que ver con la actitud de rechazo de las enfermeras, ni con su incapacidad para aplicar tales modelos.

La mayoría de los autores mencionados opinan que los modelos conceptuales han aportado un conocimiento teórico útil a las enfermeras al clarificar los conceptos básicos de la disciplina y al actuar de guía para la acción.

Collière al reflexiona sobre la idea de que no podemos reducir las teorías a teoremas, nos indica que los modelos surgidos de diversas teorías están concebidos para la comprensión y la utilización en el razonamiento crítico y en la toma de decisiones; no pueden verse reducidos a un modelo de pensamiento sistemático que les hace correr el riesgo de convertirse en una norma de funcionamiento. Un modelo conceptual aclara lo que es una enfermera, los profesionales no pueden desempeñar un rol identificado por una teoría, sino que, con la base de un conocimiento tiene que aprender a reconocer aquello que identifica la naturaleza de los cuidados de enfermería⁽²¹⁾.

1.1.3 Metodología enfermera

Una de las características de cualquier disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Con el desarrollo de la disciplina de enfermera se inicia también el desarrollo de la metodología enfermera.

Las primeras enfermeras que desarrollaron el proceso de atención de enfermería fueron, en la década de los cincuenta del siglo pasado, Hall, Jonhson y Orlando, en sus publicaciones describieron el proceso en tres etapas. Yura y Walsh, años más tarde, realizaron una publicación en la que añadieron una cuarta etapa. En la década de los setenta, Bloch, Roy y Aspinall añadieron una quinta etapa al fundamentar la importancia del diagnóstico como una etapa del proceso⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾.

Yura y Walsh definían el proceso de atención de enfermería como “serie de acciones, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería de mantener el bienestar óptimo del cliente y proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo a la situación de bienestar”⁽²⁸⁾.

Rosalinda Alfaro definía el proceso de enfermería, “como un método sistemático y organizado de administrar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Es organizado y sistemático porque consta de cinco etapas secuenciales e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación”⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾.

Esta misma autora en el 2011, se refiere al proceso de enfermero como la base del razonamiento clínico. El proceso enfermero es un modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de la toma de decisiones⁽³¹⁾.

El proceso enfermero es más que una guía para la planificación y documentación de los cuidados. Debe ser lo que guía el pensamiento de los enfermeros en su quehacer diario. El siguiente diagrama esquematiza el proceso enfermero en la práctica.



Figura 1-2 Esquema proceso de atención de enfermería.

En la actualidad, constituye el método de trabajo admitido internacionalmente para la prestación de cuidados, las referencias que se hacen en la actualidad a este método son varias: proceso de atención de enfermería, proceso de enfermería, proceso de cuidar.

En 1988 se publica la traducción castellana del libro de Rosalina Alfaro, *Aplicación del proceso de enfermería. Guía para la práctica*; a partir de esta publicación, en las escuelas de enfermería de nuestro país se empezó a incorporar como texto básico. El estudio del proceso de atención de enfermería se incorpora como un contenido importante en los planes de estudio de la diplomatura en enfermería⁽³²⁾.

A pesar de la importancia y del tiempo que lleva formando parte del currículum, y de los beneficios descritos sobre su utilización en la práctica clínica, sigue sin estar generalizado su uso en la actividad asistencial de las enfermeras en nuestro país. Las dificultades para su utilización son diversas y variables según los contextos⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾.

En los últimos años, son muchos los profesionales que manifiestan el uso del proceso enfermero en su quehacer cotidiano. Comparten la idea de que el éxito de la actividad enfermera debe medirse por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente y ello es posible con la utilización del proceso enfermero⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾.

Las estrategias más utilizadas en este momento para fomentar su utilización se relacionan con el uso de herramientas informáticas que faciliten el registro, existe un gran colectivo que promueve la utilización de programas informatizados de cuidados de enfermería tanto a nivel nacional como internacional⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾.

La etapa del diagnóstico es considerada como el eje central de todo el proceso, ya que se refiere al juicio clínico del que se van derivar los resultados e intervenciones de enfermería.

Según Marjory Gordon, sin un lenguaje diagnóstico, la práctica profesional se reduce a la descripción de los resultados generales y de las actividades empleadas en las intervenciones, sin tener en cuenta la individualidad de las personas y las respuestas humanas. Argumenta que debido a los cambios en

la asistencia sanitaria, en particular, la documentación de la historia clínica informatizada de los pacientes se precisa de diagnósticos de enfermería claros y concisos y de un manual de referencia práctico para confirmar los juicios diagnósticos⁽⁴⁴⁾.

El concepto de diagnóstico de enfermería ha tratado de ser enmarcado por diferentes teóricos de esta disciplina, Marjory Gordon lo define como *“los problemas de salud reales y potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas para tratar”*.

Para Carpenito *“es como una declaración que describe una respuesta humana (estado de salud real o potencial alterado) de un individuo/ grupo en los procesos vitales que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades, para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones”*⁽⁴⁵⁾.

La North American Nurses Diagnosis (NANDA) define el diagnóstico enfermero como *“un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones oportunas de enfermería para conseguir unos resultados de los que se considera responsable a la enfermera”*⁽⁴⁶⁾.

En la comunidad científica se afirma que una clasificación constituye la base de toda ciencia, supone el proceso básico de identificar los fenómenos permite describir y medir los distintos acontecimientos y hace posible la comunicación entre los investigadores y los profesionales clínicos. Todo sistema de clasificación trata de ordenar, agrupar y denominar en el mismo grupo y mediante el mismo término elementos que posean características comunes⁽⁴⁷⁾.

Con la finalidad de desarrollar un lenguaje común enfermero en todas las fases del proceso de enfermería se han ido construyendo diferentes clasificaciones o taxonomías.

La primera clasificación de terminología enfermera en la que se empezó a trabajar fue la de diagnósticos de enfermería. En el año 1973 en Estados Unidos, se formó el “Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de

Enfermería" (National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis) con el trabajo de este grupo se inicio la construcción de la taxonomía NANDA. En 1982, se decide ampliar el número de miembros y se abren las puertas a todas las enfermeras interesadas en formar parte de la asociación, y se constituye la NANDA⁽⁴⁸⁾.

Aunque han existido otras propuestas de clasificación como la de Campbell, Omaha, Gordon, ninguna de ellas ha tenido la difusión y la repercusión que ha tenido la NANDA⁽⁷⁾.

NANDA desarrollo un sistema conceptual para clasificar los diagnósticos de enfermería en una taxonomía. A partir del año 2000, la palabra NANDA se convierte en una marca registrada, NANDA Internacional® (NANDA-I), continuando con su principal objetivo: desarrollar y elaborar una taxonomía de diagnósticos enfermeros.

Los diagnósticos de NANDA-I están traducidos a 16 idiomas y se usan internacionalmente. Los diagnósticos incluidos en su clasificación son propuestos y revisados para su aceptación por enfermeras asistenciales, docentes e investigadoras de todo el mundo.

Los diagnósticos incluidos en de la taxonomía NANDA-I, son los más conocidos y difundidos a nivel internacional y constituyen un referente para la práctica enfermera en cualquier lugar del mundo.

En nuestro país es la taxonomía más utilizada, prueba de ello es la creación de asociaciones y grupos que colaboran con NANDA-I. Entre los más destacados están: la Asociación Española de Nomenclatura Taxonómica y Diagnóstica de Enfermería (AENTDE) y el Grupo de Referencia para los Diagnósticos Enfermeros (GREDE), ambos integrados en la NANDA.

En la misma línea de lograr un lenguaje común para las fases del proceso de atención de enfermería, se ha desarrollado la Nursing Interventions Classification (NIC). Esta taxonomía recoge una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Se define intervención como, cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente⁽⁴⁹⁾.

La Nursing Outcomes Classification (NOC), constituye una clasificación estandarizada de resultados de enfermería. El resultado se define como, el estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras⁽⁵⁰⁾.

En España, la relevancia de estas clasificaciones queda reflejada con la publicación del Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, con la que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema Nacional de Salud. En él se establece la obligatoriedad de emplear para el registro de la actividad enfermera, diagnósticos descritos en la clasificación NANDA-I, resultados esperados (NOC) e intervenciones (NIC).

La utilización de estas taxonomías en España se pone de manifiesto en la publicaciones referidas a experiencias clínicas⁽³⁹⁾⁽³⁸⁾⁽³⁷⁾ y también en su incorporación en los de programas informatizados de cuidados de enfermería.

En los países de la unión europea el proceso de atención de enfermería se utiliza de manera habitual para estructurar la documentación enfermera pero las terminologías estandarizadas no se utilizan en todos los países. De la terminología estandarizada de se utiliza en el 70% de los servicios, NANDA-I es la terminología más mencionada seguida de la NIC y NOC⁽⁵¹⁾.

1.1.4 Modelo de Virginia Henderson y su adopción en la práctica clínica

La corriente filosófica de integración hombre/entorno pertenece a la escuela de necesidades que según Meleis⁽¹⁶⁾, agrupa a teóricas de la enfermería que trataron de dar respuesta a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras?

Estas teóricas fueron pioneras en orientar los cuidados hacia la persona, hacia su respuesta frente a las situaciones de salud/enfermedad que viven y a como repercuten en su bienestar⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾. En sus investigaciones influyeron teorías de otras disciplinas como "Las etapas del desarrollo" de Erikson y "La terapia orientada hacia el cliente" de Carl Rogers.

Una de las teóricas más representativas de esta corriente fue Virginia Henderson, puede considerarse una de las primeras teóricas de la enfermería actual, sólo H. Pepau en 1952, publicó con anterioridad a ella⁽⁵⁴⁾.

Virginia Henderson nació en 1897 en de Kansas City, Missouri (EEUU) y murió en marzo de 1996. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington y se graduó en 1921, su trayectoria profesional se desarrollo en la actividad asistencial, la docencia y la investigación⁽⁵⁵⁾.

La evolución del pensamiento de Henderson estuvo marcada por su experiencia como enfermera de rehabilitación y el trabajo de Ida Orlando en relación con la conceptualización de la acción propia de la enfermera⁽⁵⁶⁾. Las aportaciones teóricas que le llevaron a la construcción del concepto de necesidad básica fueron: el concepto de necesidad del trabajo del antropólogo R. Linton; el trabajo del psicólogo E. Thorndike sobre el aprendizaje de las necesidades humanas; y el de A. Maslow, sobre la motivación de las necesidades humanas⁽⁵²⁾

Los motivos que llevaron a Henderson a buscar una definición de rol profesional de la enfermería fueron fundamentalmente tres:

- La revisión del libro de Berta Harmer "Principios y Practica de la enfermería" (Principles and practice of Nursing)
- La participación en el Consejo Nacional de Enfermería (National Nursing Council) en 1946 tenía como objetivo estudiar las necesidades de la sociedad en relación con la enfermería. "Nursing for the future."
- El estudio de las funciones de la enfermería que organiza la American Nurse Association (ANA) en el 1950⁽⁵⁵⁾.

Ninguna de las conclusiones o informes que se extrajeron de estos acontecimientos, coincidió con su concepción sobre las funciones de la enfermera. Henderson, persona inquieta, crítica y comprometida con su profesión, empezó a cuestionarse la naturaleza de los cuidados enfermeros y el papel de la enfermera, este trabajo de conceptualización concluyó con la publicación en 1955 de su definición de la función de la enfermería (*The nature of nursing*).

En 1961 esta definición fue aceptada y publicada por el CIE (Concejo Internacional de Enfermería) constituyó la cristalización de sus ideas, aún hoy en día sigue siendo la más universal para toda la enfermería.

Henderson describió la función de la enfermera como "Ser enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o no, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin la ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad, o el conocimiento necesarios. Y ha de hacer esto de manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾.

Este aspecto del trabajo de la enfermera, esta parte es su función, ella la inicia y controla, ya que es en lo que está especializada. Además, ayuda al paciente a seguir su plan terapéutico y como miembro del equipo, ayuda a otros miembros, como ellos a su vez le ayudan. Todos los miembros del equipo deben considerar a la persona (paciente) como la figura central y deben comprender que ante todo están *atendiéndole*".

Añadió en sus escritos "Este concepto de sustituto del paciente para que se sienta completo o independiente, cuando le falta la fuerza, voluntad o el conocimiento, puede parecer limitado, sin embargo cuando más se piensa en ello, más compleja parece ser la función de la enfermera. Si un hombre encuentra que tener buena salud es un objetivo difícil, más difícil es para una enfermera ayudarlo a alcanzarlo, ella debe, de algún modo, meterse en la piel de cada uno de los pacientes para poder saber qué es lo que necesitan" ⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁹⁾.

En 1988 es nombrada profesora Honoris causa por la Universidad de Barcelona., en su discurso de recepción dijo "Sigo definiendo a la enfermería como hace 50 o 60 años porque en mi opinión encaja en el modelo de atención sanitaria que tenemos".

El modelo de Virginia Henderson, junto con el de Dorotea E. Orem, son los más conocidos en España. En muchos centros asistenciales, la documentación relativa a los cuidados de enfermería se agrupa atendiendo a su definición de catorce necesidades básicas, aunque el desarrollo del conjunto de la documentación es variable, en general se utiliza sólo para organizar la valoración y agrupar los diagnósticos de enfermería.

El trabajo de Luis Rodrigo, Fernández Ferrín y Navarro Gómez, descrito en el libro "De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el

siglo XXI" muestra la interpretación de estas autoras sobre los principios básicos del modelo con el fin de transformarlos en definiciones operativas ⁽¹⁸⁾.

Muchos de los principales conceptos del modelo que describiremos a continuación se basan en estas interpretaciones. El motivo principal es que muchas de las definiciones que se contemplan en este texto fueron las que se utilizaron en la formación de las enfermeras del Complejo Hospitalario A Coruña durante sus cursos de formación previos a la implantación del programa informático de cuidados.

Los postulados sobre los que se basa el modelo son:

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades.
- La persona tiende a la independencia y se esfuerza en lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo (no está completa o independiente)

Los valores o asunciones filosóficas del modelo son:

- La enfermera tiene una función propia aunque comparta actividades con otros profesionales.
- Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
- La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede darle⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁹⁾⁽²⁷⁾⁽⁵⁷⁾.

Los conceptos nucleares del marco conceptual de Henderson que constituyen las definiciones de persona, salud, entorno y cuidados se fundamentan en los valores y postulados anteriores.

Persona. Es un todo complejo compuesto por 14 necesidades básicas. El concepto de necesidad no tiene un significado de carencia o problema sino de requisito esencial del ser humano para asegurar su bienestar e integridad como persona.

La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, y a la vez todas las necesidades están interrelacionadas entre sí.

Las 14 necesidades básicas⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁵⁸⁾ son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias
12. Ocuparse de algo para la realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para el desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.

Henderson construyó un significado de necesidad básica en el que destacó por un lado, su universalidad, son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y por otro, su especificidad, cada persona las manifiesta y satisface de distinta forma⁽⁵⁹⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾.

Este concepto de necesidad, además de ser un elemento integrador de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, fue un referente para explicar en qué consisten los cuidados.

En su concepción de las necesidades se reflejan valores humanísticos tales como la *unicidad* o idea global de la persona; *la individualidad*, el modo en que cada persona satisface sus necesidades es específica. *La búsqueda del desarrollo de su potencial como individuo*, cada persona de acuerdo con su percepción, situación y contexto trata de desarrollar al máximo su potencial y sus recurso para lograr la independencia. *La capacidad de actuar*, el ser humano posee en sí mismo un potencial que le permite actualizar sus características para vivir plenamente. *El significado que la persona da a su vida, a su responsabilidad y libertad*, el ser humano tiene la posibilidad de hacer elecciones responsables guiadas por sus propios valores⁽⁵²⁾⁽⁵⁷⁾.

Salud. Henderson interpretaba la salud como la capacidad de la persona/paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería o necesidades básicas. Tal como declaró "Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida"

Algunos de los supuestos relativos a la salud que cita en sus publicaciones son:

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es esencial para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios⁽⁵⁶⁾⁽¹⁸⁾.

De alguna forma equiparo independencia a salud. Algunas de las definiciones de Independencia, que se utilizan con más frecuencia nuestro entorno, son las siguientes:

- La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación⁽⁶⁰⁾.

- Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona⁽²⁷⁾.
- Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y situación de vida y salud⁽¹⁸⁾

La valoración de la independencia de la persona/paciente en sus catorce necesidades básicas constituye el pilar sobre el que se sustentan los cuidados. Con el resultado de esta valoración determinamos la independencia, o su antagonista, la dependencia, en los catorce componentes del cuidado.

Una de las críticas que se ha hecho de este modelo es que no es posible establecer niveles o grados de independencia que nos sirvan como baremo de referencia¹², por tanto es la enfermera (de acuerdo con su cultura, conocimientos y experiencia) y la persona/paciente (de acuerdo con su edad, sexo, etapas de desarrollo, situación de vida y salud y cultura) quienes determinan, en cada caso, si la persona ha alcanzado o no, el máximo desarrollo de su potencial para satisfacer sus 14 necesidades. Las manifestaciones de independencia serán conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer las necesidades básicas⁽¹⁸⁾.

La Independencia se configura, por tanto, como un significado presente en la relación enfermera persona/paciente, en el que intervienen múltiples y variadas dimensiones.

Si una persona es incapaz de alcanzar un nivel de satisfacción adecuado en sus necesidades se convierte en dependiente. La dependencia es el desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y futuro de acuerdo con su situación de vida. Al igual que sucede con la independencia, la determinación del grado de dependencia se establece entre la persona/paciente y el enfermero⁽¹⁸⁾. Puede darse un cierto grado de insatisfacción sin que exista dependencia. Las manifestaciones de dependencia son las conductas o indicadores de conductas inadecuadas, incorrectas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas.

Entorno. El entorno integra un conjunto de factores y condiciones externas, que influyen positiva o negativamente en la satisfacción de las necesidades básicas. Las condiciones del entorno son dinámicas, entre ellas están las relaciones con la familia y la comunidad⁽¹⁹⁾.

Este concepto es el que más ha evolucionado con el paso del tiempo, en sus escritos del año 1950, se refiere al entorno como si se tratara de algo estático, sin embargo, en sus escritos del año 1985 habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre las personas.

Cuidados. El concepto de cuidados está estrechamente relacionado con la definición de la función de la enfermera. Así, los cuidados consisten en suplir o ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas cuando ésta no puede hacerlo porque le falta la fuerza, la voluntad o los conocimientos. El objetivo de los cuidados es conservar o conducir a la persona hacia la independencia lo antes posible⁽¹⁹⁾.

Para lograr este objetivo la enfermera desenvuelve los cuidados básicos. Los cuidados básicos son un conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en el juicio profesional, y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas. Supliendo la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudándola a lograr la independencia (hacer con ella).

Para establecer los cuidados básicos las enfermeras deben identificar la causa u origen de la carencia de la persona para satisfacer sus necesidades básicas. Henderson denomina *fuentes de dificultad*, a la falta de conocimientos, de fuerza o voluntad de la persona para satisfacer las necesidades. La fuente de dificultad constituyen un elemento clave pues está relacionada con la planificación de los cuidados y también con el modo de suplencia o de intervención⁽⁶¹⁾⁽¹⁸⁾.

Falta de fuerza, se considera que existe falta de fuerza física cuando una persona careza de capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para hacer las actividades requeridas. La falta de fuerza psíquica se presenta cuando, una persona que conoce que hacer y cómo hacerlo, no utiliza este conocimiento en su comportamiento.

La falta de conocimientos supondrá un área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o desconoce cómo utilizarlos.

La falta de voluntad se refiere a la falta de compromiso, o al no mantenimiento de una conducta para realizar acciones adecuadas. La falta de voluntad no puede entenderse cuando una persona en el ejercicio de su derecho toma la decisión informada, de no seguir las conductas o comportamientos que se consideran adecuados para su situación.

Como describimos anteriormente, el modelo de Virginia Henderson es el más conocido en nuestro país, ya en el año 1999 era el modelo más referenciado en artículos de investigación en el contexto nacional. Desde entonces, se han iniciado muchos proyectos para la utilización o adopción de este modelo en la práctica clínica. La mayoría de los impulsores⁽¹⁸⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁶²⁾⁽¹⁹⁾⁽⁴¹⁾⁽⁶³⁾ de estos proyectos argumentan que las causas fundamentales para su elección son:

- Es uno de los modelos más conocidos, en gran parte porque su definición de la función de enfermería fue adoptada por el CIE, y también, porque sus conceptos de catorce necesidades básicas se ha adoptado en numerosos sistemas de registro de valoración de enfermería.
- Su definición de enfermería incluye el campo de actuación propio o autónomo de la enfermera y su papel de colaboración con otros profesionales. Este es un aspecto considerado importante pues coincide con el desarrollo habitual de la realidad asistencial de nuestro país.
- Es compatible con la utilización del proceso de atención de enfermería.

La adopción de un modelo en la práctica no es un proceso fácil, Teresa Luis⁽⁶⁴⁾ dice que el proceso de implementación se inicia con la decisión de comprometerse profesionalmente con el cambio y el segundo paso, es reconocer que la adopción de un marco teórico explícito conlleva una adaptación en la forma de pensar sobre la enfermería y las situaciones clínicas.

El éxito de la implantación de un modelo conceptual en la práctica no se consigue sólo con un cambio en la documentación y con cursos de formación. Se necesitan reformas en la organización de los servicios de enfermería, y sobre todo se necesita que trascorra suficiente tiempo para que la enfermera modifique su marco de referencia ya sea implícito y explícito.

No encontramos en la bibliografía resultados de cómo se ha desarrollado la adopción de un modelo conceptual en los proyectos iniciados en nuestro país y ni a nivel internacional.

La mayoría de los resultados encontrados hacen referencia a la visión que tienen los profesionales sobre los modelos⁽²²⁾ los beneficios y dificultades de las herramientas informáticas para aplicar las fases del proceso de atención de enfermería⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾.

1.2 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

“Suele pensarse que el fin de un milenio es un tiempo de cambio y aunque no siempre es así, el último si lo fue. En el último cuarto de siglo pasado, una revolución tecnológica, centrada en torno a la información, ha transformado nuestro modo de pensar, de producir, de consumir, de gestionar, de comunicar, de vivir, de morir, de hacer la guerra y el amor”⁽⁶⁵⁾. Los avances tecnológicos en el campo de las telecomunicaciones nos permiten acceder a la información de una forma rápida, cómoda y sencilla⁽⁶⁵⁾.

Lo que caracteriza la revolución tecnológica actual no es el carácter central del conocimiento y la información, sino la aplicación de ese conocimiento e información a aparatos de generación de conocimiento y procesamiento de la información/comunicación en un círculo de retroalimentación mutuo.

Las nuevas tecnologías de la información no son sólo herramientas que aplicar sino que son procesos a desarrollar, los creadores y los usuarios pueden convertirse en los mismos⁽⁶⁶⁾.

La tecnología de la información ha transformado el proceso de trabajo al introducir nuevas formas sociales y técnicas en la división del trabajo.

Las tecnologías de la información y comunicación pueden, a la vez, reemplazar el trabajo que puede ser codificado en una secuencia programable y realzar el trabajo que requiere análisis, decisión y capacidad de reprogramación en tiempo real, en un grado que sólo el cerebro humano puede dominar⁽⁶⁶⁾.

En la actualidad existe consenso al afirmar que las tecnologías de la información son fundamentales para las organizaciones en la sociedad post-moderna.

La tecnología de la información es muy importante para las organizaciones pues influye en factores organizacionales, humanos y técnicos. Cualquier organización puede aumentar sus beneficios, la competitividad y mejorar el clima interno de la organización. Un sistema de información es un elemento integrador y eficaz para promover la reestructuración de una organización.

No es posible separar la tecnología de la información del conocimiento y la interacción social. Esta interacción se basa en el proceso mutuo de acción entre la tecnología, la organización y las personas⁽⁶⁷⁾

El desarrollo de un sistema de información en una organización ha de tener en cuenta a los usuarios de esa tecnología. Muchas veces los profesionales que desarrollan el sistema desconocen los objetivos que los gestores y usuarios pretender alcanzar. Los usuarios también, tienen objetivos específicos para la implantación de un sistema y por tanto deberían formar parte de del proceso de desarrollo de ese sistema desde el inicio⁽⁶⁸⁾

La implantación de las tecnologías de la información y comunicación en el sector de la salud se ha incrementado en los últimos años por la demanda de información de todos los agentes de salud, la contención de costes que puede aportar la digitalización para una mejor gestión de los recursos y el nivel de exigencia de los ciudadanos en cuanto al acceso a la información⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾.

Las tecnologías de la información y comunicación permiten en los servicios de salud permiten, entre otras cosas, compartir información entre distintos centros y servicios, tanto a nivel local como autonómico o nacional. Incluso, se plantea la posibilidad de crear un marco europeo tal y como se recoge en la Estrategia de Lisboa⁽⁷¹⁾.

En el sector de la salud se han implantado una gran variedad de registros electrónicos: salud pública, gestión hospitalaria, continuidad asistencial, historia clínica y farmacológica, gestión de personal, de procesos.

Las enfermeras para su actividad asistencial utilizan fundamentalmente dos de estos registros: Historia clínica electrónica y sistemas de gestión de cuidados de enfermería.

1.2.1 Historia Clínica Electrónica y Gestión de cuidados de enfermería

Las personas, a lo largo de nuestra vida, generamos una gran cantidad de información de interés sanitario. La atención de un individuo en cualquier nivel asistencial produce información clínica, biológica, social, psicológica y administrativa que se registra en documentos. Este conjunto de datos

constituye la historia clínica. Su función principal es facilitar la atención al usuario, siendo ésta su razón de ser.

La historia clínica permite la continuidad en la atención y constituye el medio de comunicación entre los diferentes profesionales que atienden a esa persona. Es por ello que la historia clínica tiene que disponer de suficiente información para: identificar al usuario, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento y conocer los resultados finales. Todo acto realizado por el personal asistencial debe quedar registrado. Es un deber y un derecho del profesional registrar⁽⁷²⁾.

Por otra parte, las funciones de la historia clínica crecen a medida que la asistencia sanitaria evoluciona. La historia clínica es una herramienta de trabajo en otras áreas como son la investigación y la docencia; también es una fuente de datos estadísticos de morbilidad, mortalidad y utilización de recursos sanitarios, permite tareas de planificación y es utilizada como elemento probatorio en procedimientos judiciales⁽⁶⁹⁾

Ya en 1998⁽⁷³⁾, se hablaba de la incorporación de nuevas tecnologías en la actividad diaria, el registro de la historia clínica en papel ha quedado obsoleto como método para gestionar con eficacia la documentación clínica. Existen dificultades con la información escrita en papel que tienen que ver con la cantidad (se genera un elevado volumen de papel, difícil de almacenar, sin obviar los problemas ecológicos) y con la calidad (datos ilegibles, errores, omisiones); sin olvidar que las tareas de registro consumen mucho tiempo.

La informática ofrece enormes posibilidades respecto a la elaboración, almacenamiento, transmisión y recuperación de datos e información, resolviendo así las dificultades mencionadas con anterioridad.

En la actualidad la historia clínica se registra y almacena en formato electrónico. La forma más general de denominar los dispositivos electrónicos de historia clínica es el de Historia Clínica Electrónica (HCE). EL boletín oficial del estado define la HCE como *"el desarrollo e implantación de un sistema que permita registrar, de manera digital, toda la actividad clínico asistencial producida sobre un paciente."* (BOE nº 14, de 23 de diciembre de 2003).

Las ventajas de la HCE son, al menos, de tres tipos:

- *Ventajas para la institución:* La historia clínica en soporte magnético obliga a definir protocolos, normalizar terminologías y en definitiva a estructurar de manera muy precisa el sistema de información.
- *Ventajas para el usuario:* Toda la información importante de sus diferentes procesos consta en un solo documento y esto minimiza los errores⁽⁷⁴⁾ ⁽⁷⁵⁾. La informatización de la historia tiene la ventaja de la rapidez de acceso y la posibilidad de disponer de la información al mismo tiempo en distintos lugares o en distintos niveles de atención. Permite el acceso de los usuarios al conjunto de datos sobre su salud.
- *Ventajas para el personal asistencial:* Facilita la actividad asistencial por la inmediatez del acceso a la información, así como, por la capacidad de obtener resúmenes rápidos de la situación de un usuario. En el ámbito científico, ayudaría a obtener resúmenes elaborados de información, desde los aspectos que puedan interesar a la investigación científica ⁽⁷¹⁾⁽⁷⁶⁾⁽⁷⁷⁾⁽⁷⁸⁾⁽⁷⁹⁾.

En España todas las Comunidades Autónomas tienen sistemas de HCE en atención primaria, siendo inferior el nivel de implantación en atención especializada. Sin embargo, el acceso a esta información está restringido al ámbito de la Comunidad Autónoma y cuando el paciente debe ser atendido fuera de sus límites geográficos la información no está accesible.

Con la intención de resolver esta situación, en el año 2006 se decide abordar el Proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS)⁽⁷¹⁾

Los objetivos de este proyecto eran:

- Garantizar al ciudadano el acceso por vía telemática a los datos de salud propios o de sus representados.
- Garantizar a los profesionales sanitarios el acceso a los datos de salud generados en otra comunidad autónoma.
- Dotar al sistema nacional de salud de un sistema de acceso seguro que garantice al ciudadano la confidencialidad de sus datos de salud.

El sistema de HCDSNS ha de estar dotado de agilidad y sencillez en el acceso al servicio de ciudadanos y profesionales.

Los documentos electrónicos que se incluyen en esta historia se seleccionaron por contener datos relevantes como soporte de información para la atención sanitaria de un ciudadano que demanda asistencia puntualmente. Estos documentos son⁽⁷¹⁾:

Historia Clínica Resumida (HCR) denominada internacionalmente Patient Summary.

Informe de Atención Primaria

Informe Clínico de Urgencias

Informe Clínico de Alta

Informe Clínico de Consulta Externa de especialidades.

Informe de Cuidados de Enfermería

Informe de Resultados de Pruebas de laboratorio

Informe de Resultados de Pruebas de Imagen.

Informe de Resultados de Otras Pruebas Diagnósticas.

En Galicia el Decreto 29/2009, de 5 de febrero (DOG nº 34 de 18 de febrero) de 2009 regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica. Se desarrolló un sistema de historia clínica electrónica denominada IANUS.

Este sistema integra, en un único sistema de información, toda la documentación clínica generada en los diferentes niveles de prestación a lo largo de todo el proceso asistencial.

IANUS configura un modelo de historia clínica única que garantiza, la accesibilidad de toda la información clínica a los profesionales que desarrollan su actividad en el sistema sanitario público de Galicia. En el año 2013 se hace una modificación a este decreto (Doga nº 13. 7 de noviembre de 2013) para regular el acceso de los trabajadores sociales y los profesionales sanitarios de centros sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia.

El hecho de que todas las HCE incluyan el registro de los cuidados de enfermería representa un salto cualitativo importante a nivel profesional. Al registrar la actividad se visibiliza la labor de la enfermera y también el impacto de los cuidados en los pacientes.

En algún estudio se plantea que las enfermeras debido a la cantidad y relevancia de la información que gestionan deberían participar en el diseño del conocimiento que representa su actividad⁽⁸⁰⁾.

Uno de los retos de los sistemas de información clínica es la interoperabilidad semántica. Si la interoperabilidad técnica hace posible el intercambio de datos, la interoperabilidad semántica facilita la interpretación de su significado, su integración en los sistemas de destino con su información de contexto; es decir se trasmite conocimiento.

La interoperabilidad semántica debe servir para que los lenguajes encaminados a representar el contenido de los documentos, sean identificados e interpretados del mismo modo por los usuarios. Esto hace necesario la participación de los diferentes profesionales para configurar la información y el vocabulario necesario intentando que sea único y normalizado⁽⁷¹⁾.

Uno de los cometidos para establecer esta interoperabilidad semántica es establecer un conjunto mínimo básico de datos que deben reunir los informes clínicos. En enfermería se acordó (Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre) que ese conjunto mínimo de datos se identificasen mediante la taxonomía diagnóstica NANDA-I, la de resultados esperados (NOC) e intervenciones (NIC).

En este contexto las enfermeras han desarrollado herramientas que permitan la integración del proceso de enfermería en los sistemas informáticos de las organizaciones. Así, en las últimas décadas han aparecido en nuestro entorno diversas aplicaciones informáticas específicas para enfermería que se han incorporado a la HCE⁽⁴¹⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁸¹⁾.

El desarrollo de estas herramientas ha permitido integrar las distintas fases del proceso enfermero en una estructura lógica para la toma de decisión de los cuidados de enfermería⁽⁸²⁾.

El registro de los cuidados en la historia clínica electrónica es un elemento clave de la información clínica del paciente y es también, uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la enfermería⁽⁸³⁾.

Jordi Galimany ⁽⁸⁰⁾ en su revisión sobre las herramientas o dispositivos para el registro de los cuidados de enfermería en la HCE, concluye que estos dispositivos han de permitir a las enfermeras llevar a cabo las tareas de forma precisa y de manera eficaz y eficiente.

Es necesaria una estandarización de la información que se registra para facilitar el intercambio de información y la gestión posterior de la misma.

Los registros deben facilitar el acceso a la información de otros profesionales y entre distintos niveles de atención para facilitar la coordinación y mejorar la gestión del tiempo⁽⁸⁴⁾⁽⁸⁵⁾.

Los registros han de ser una herramienta de apoyo y soporte para compartir conocimientos e información⁽⁸⁶⁾.

1.2.2 Proceso de implementación de las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas de salud

Cuando en una organización se implementa una innovación tecnológica el éxito o rechazo de esa nueva herramienta va a depender del propio proceso de cambio y de cómo se gestione ese cambio.

Kurt Lewin⁽⁸⁷⁾⁽¹⁹⁾ estableció los conceptos básicos del proceso de cambio e introdujo dos ideas al respecto. La primera idea, afirma que lo que está pasando en cualquier punto en el tiempo es un equilibrio entre fuerzas impulsoras y limitadoras que actúan simultáneamente.

La segunda idea propuesta es que el proceso de cambio está constituido por tres etapas: descristalización, de transición y de recristalización.

- La primera etapa se inicia cuando la organización pone en cuestión su forma de hacer. Cuando el cambio es planificado esta etapa se presenta por las modificaciones externas.
- La segunda etapa tiene lugar cuando se comprende que es necesario modificar la forma de actuar y hacer.
- La tercera etapa se caracteriza por la estabilización e integración del cambio, cuando el cambio sea la forma habitual de trabajo en la organización.

La gestión del cambio, este concepto ha venido utilizándose, en los últimos años, para referirse a la gestión sobre el factor humano que implica la puesta en marcha de la implantación de las TIC en una organización. En el sector sanitario cobra especial relieve por las características propias del proceso asistencial⁽⁶⁹⁾.

Roman- Viñas al igual que otros autores⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾⁽⁸⁸⁾⁽⁸⁹⁾⁽⁹⁰⁾ describen los aspectos más importantes que deben considerarse en la gestión del cambio pues el éxito depende en gran medida de ellos.

La introducción de las TIC genera una revisión en las maneras de actuar que, en muchas ocasiones, generan un gran impacto en la organización.

Los impactos pueden clasificarse en:

- Estratégicos: se replantean las estrategias de las organizaciones
- Liderazgo: aparecen nuevos líderes a los que se debe potenciar para asegurar el éxito de los procesos de transformación.
- Estructura organizativa: se transforman las estructuras funcionales existentes para adaptarlas al nuevo enfoque.
- Organización del trabajo: la organización debe ser más participativa y flexible.
- Culturales: debe situar al paciente en el centro de la organización.
- Recursos Humanos: la retribución, la motivación y la capacitación deben estar orientadas al resultado final del proceso.

Todas las transformaciones generan barreras o resistencias que dificultan la posibilidad de cambio. Es importante gestionar adecuadamente las barreras para no aumentar la resistencia al cambio. Algunas de estas barreras son:

- Resistencias por parte de los profesionales.
- Falta de compromiso y liderazgo por parte de la dirección
- Oposición entre grupos de poder o mandos intermedio.
- Aspectos culturales
- Ausencia de equipos multidisciplinares que dirijan el cambio
- Limitaciones en infraestructuras, sistemas o recursos

Al igual que existen barreras se pueden identificar algunos factores que facilitan el éxito de la gestión del cambio.

- Involucrar a los receptores del cambio en la definición de los nuevos procesos, mediante el entendimiento, el consenso y el compromiso. La formación asociada al proceso de cambio debe adecuarse a las necesidades específicas de cada miembro en función de su rol.
- Conseguir el soporte activo y consistente de los impulsores y agentes del cambio. Es fundamental que los directivos declaren explícitamente su compromiso con el cambio.
- Configurar un equipo dedicado a la gestión del cambio.

- Mantener una comunicación continua. Deben establecerse estrategias de comunicación que permitan generar consenso por canales implícitos distintos a los jerárquicos.
- Planificar de forma estructurada las iniciativas y el seguimiento del programa de cambio.

1.2.3 Proceso de génesis e implantación del programa informático de cuidados GACELA

En 1996 la dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario Juan Canalejo (hoy Xerencia de Xestión Integrada A Coruña), con la intención de continuar y mejorar la incorporación de los modelos de enfermería en la práctica clínica y en la implantación del proceso de atención de enfermería como método de trabajo, decide valorar la implantación de un sistema de registro de cuidados de enfermería. Hasta ese momento, este proceso se había iniciado con el cambio de la historia de enfermería que seguía las fases del proceso de atención de enfermería pero su utilización no estaba normalizada.

En ese año, una empresa comercial presentó a la dirección un software que permitía seguir algunas de las etapas del proceso de atención de enfermería. Tras su demostración se concluyó que su funcionamiento era poco operativo.

En el año 1997, la misma empresa comercial ofreció a la Dirección un software, GACELA (Gestión Asistencial Cuidados Enfermería Línea Abierta) que permitía seguir las etapas del proceso de atención de enfermería, incluyendo diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración (modelo bifocal)

Se decidió probarlo en dos unidades de enfermería de adultos (área médica y quirúrgica) tras pactarlo con las enfermeras de las unidades. Las pruebas en las dos unidades demuestran que el funcionamiento del programa es adecuado, por lo que la Dirección de Enfermería decide plantear a la Gerencia y al SERGAS (Servicio Galego de Saúde) la posibilidad de implantarlo en todas las unidades de enfermería del complejo hospitalario. El SERGAS y la Gerencia del hospital aprueban la propuesta.

La primera decisión a tomar, antes de la implantación del programa, era valorar que modelo conceptual de enfermería se adoptaba como marco

teórico, de ello iba a depender el posterior desarrollo del contenido del programa.

Se decide adoptar el modelo conceptual de Virginia Henderson como filosofía de cuidados de enfermería. Era conocido por los profesionales de enfermería, además era el modelo que había adoptado la Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo (ahora Escola Universitaria de Enfermaría A Coruña) ⁽⁹¹⁾.

En ese año, el SERGAS establece como una de las líneas estratégicas para enfermería la implantación y desarrollo de la planificación de cuidados en todos sus centros asistenciales hospitalarios mediante el programa GACELA.

En este contexto la Dirección de Enfermería decidió en noviembre de 1997, centrar sus objetivos en poner en marcha el desarrollo y aplicación de un programa informático para dispensar cuidados de enfermería, según la orientación del modelo de Virginia Henderson.

Los objetivos que se plantearon fueron:

- Orientar los cuidados desde la filosofía de Virginia Henderson.
- Aplicar las distintas fases el proceso de atención de enfermería.
- Usar la taxonomía de NANDA (hoy taxonomía NANDA- I.) para describir los problemas de enfermería.
- Documentar todo el trabajo que realizan las enfermeras para poder evaluar los resultados derivados de su actividad en los pacientes y evaluar la calidad y la práctica profesional.
- Facilitar la comunicación y el intercambio de información entre profesionales y niveles asistenciales para asegurar la continuidad de cuidados.
- Facilitar la investigación en enfermería.

1.2.3.1 Descripción del programa

Entre noviembre de 1997 y abril de 1998 se realiza la validación de la base de conocimientos que ofrecía la aplicación adaptándola a las necesidades de los hospitales.

Para este proceso se creó, en primer lugar, un Grupo de Validación de la base de conocimientos, constituido por 24 enfermeras que realizaron la primera validación. Posteriormente, se amplía la participación a 60 enfermeras que trabajaron en 6 grupos durante dos meses. El objetivo en esta fase era llegar a un consenso sobre el contenido de la base de conocimientos a partir de la primera validación.

La base de conocimiento resultante de este consenso comprendía:

- 50 diagnósticos de enfermería reales con definición y 56 de riesgo. (Anexo I).
- 382 signos y síntomas relevantes
- 370 factores de relación
- 582 objetivos
- 980 actividades o acciones con definición, tiempos, horarios de ejecución y todos los datos necesarios para las diferentes actividades que realiza la enfermera.

En este periodo de tiempo se creó la Comisión de Cuidados de Enfermería del Complejo Hospitalario. En ella estaba representada la Dirección de Enfermería (subdirectoras, supervisora del área de calidad, supervisora de formación, responsable del programa GACELA) la Escuela Universitaria de Enfermería (una profesora enfermera) y enfermeras de diferentes unidades médico-quirúrgicas de adultos e infantiles. Sus funciones eran:

- Analizar la adopción del modelo en las distintas unidades
- Definir la estructura de los planes de cuidados
- Adaptarlos planes de cuidados elaborados en las unidades de hospitalización a la estructura y modelo propuestos.

- Validar los planes de cuidados elaborados en las unidades de hospitalización del Complejo.
- Definir y obtener indicadores que permitan medir y valorar la calidad de los cuidados de enfermería.
- Valorar el sistema de implantación.
- Colaborar en los programas de formación para su puesta en marcha.
- Diseñar y promover los registros de enfermería necesarios para su puesta en marcha
- Colaborar y liderar la puesta en marcha de la informatización de los cuidados.
- Analizar las dificultades encontradas en las diferentes unidades y proponer medidas

Al finalizar este proceso, el programa GACELA contenía una base de datos con los elementos necesarios para el desarrollo de la actividad enfermera:

- Los diagnósticos de enfermería considerados el foco de acción de la enfermería.
- Las acciones que enfermería realiza para prevenir o resolver problemas
- Los resultados que la actividad enfermera produce con sus intervenciones.

En el Módulo Asistencial de Enfermería el programa ofrece distintas rutas de trabajo para la planificación de cuidados. Las opciones que ofrece son:

- Plan de cuidados con valoración individualizada

Esta opción sigue las fases del proceso la atención de enfermería. El siguiente diagrama representa secuencialmente el árbol de decisiones que la enfermera realiza.



Figura 1-3 Árbol de decisiones para la planificación de cuidados.

- Plan de cuidados estandarizado

Elaborados por las enfermeras de las distintas unidades, en esta opción la enfermera comprueba si el paciente se ajusta al plan establecido y lo adapta suprimiendo o añadiendo diagnósticos, objetivos o acciones.

- Plan de cuidados directo

Esta ruta está indicada solamente para situaciones de urgencia cuando no se pueda realizar todo el proceso. En esta opción se seleccionan acciones que se realizan y confirman. El aplicativo, además del núcleo central, contiene varios programas auxiliares que tratan de facilitar tareas u objetivos

- **Módulos de gestión.** Permite a la supervisora de la unidad, saber cuánta demanda de enfermería hay a largo del día, hacer una mejor distribución del trabajo y conocer cómo se programaron los cuidados. Permite, a la dirección de enfermería, conocer las cargas de trabajo, las necesidades de personal y el nivel de consumo de material en todas las unidades de enfermería.
- **Conexión con farmacia hospitalaria.** Con esta conexión se recibe en la unidad la medicación de cada usuario, los horarios y las recomendaciones.

- **Conexión con cocina.** Permite gestionar desde la unidad todas las variables de las dietas.
- **Conexión con la historia médica.** Está previsto que este programa se integre en el conjunto del sistema informático con el resto de la historia clínica dentro de las normas de confidencialidad establecidas.
- **Conexión con otros programas.** Lavandería, almacén de material fungible, equipamiento (de gran utilidad para el trabajo diario).

Para facilitar la lectura y comprensión del contenido del programa se muestran a continuación algunas de las imágenes de las pantallas con la secuencia real del programa GACELA. A la vez se explica en contenido de cada una de las imágenes.



Figura 1-4 GACELA: página de inicio

En la pantalla de inicio se muestran los diferentes perfiles de acceso a la aplicación: enfermera, supervisora.

La pantalla siguiente es la que aparece al inicio de la sesión. En ella se visualiza la ocupación de la unidad. Los iconos que representan a personas nos informan del sexo de los pacientes y los cuadrados y sus colores nos indican la dependencia de las actividades de enfermería (azul menos, rojo más)

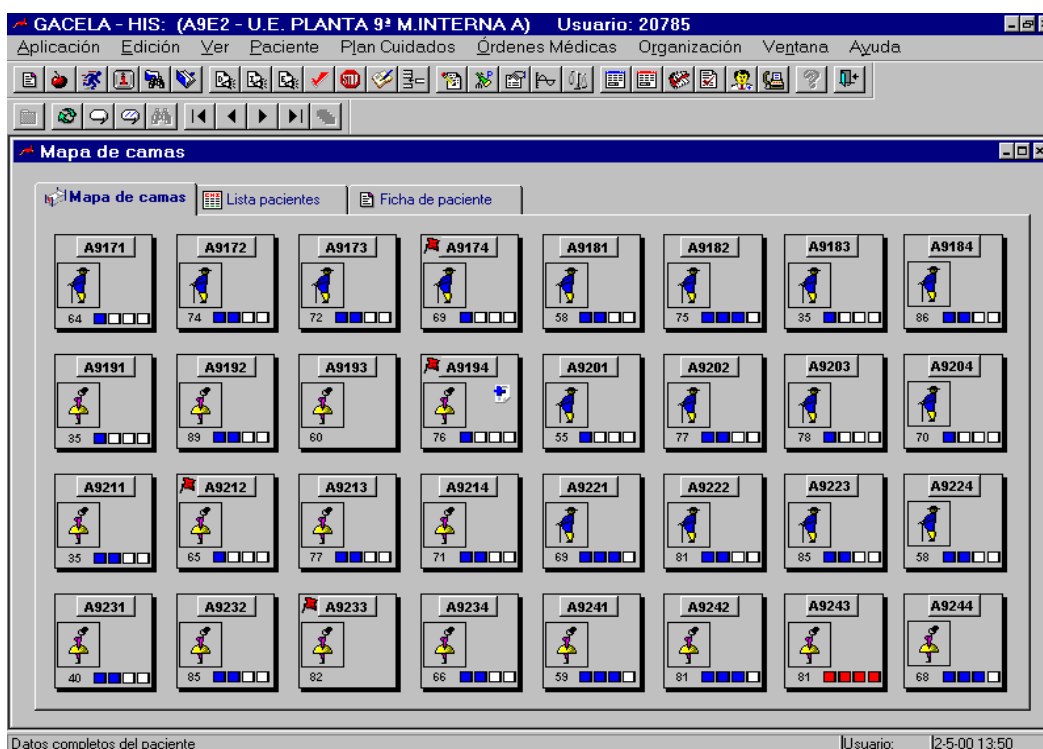


Figura 1-5 GACELA: ocupación de la unidad y datos de los pacientes.

Para iniciar el registro de la valoración de las 14 necesidades básicas de V. Henderson aparece la siguiente pantalla.



Figura 1-6 GACELA: representación de las 14 necesidades básicas.

El programa contiene un conjunto de signos y síntomas en cada una de las 14 necesidades básicas. Cada uno de estos signos o síntomas se ponderó en una escala de 1 a 10 en relación con uno o más diagnósticos de enfermería. Esta ponderación es básica pues la suma de 10 en los signos y síntomas asociados

a un diagnóstico de enfermería hace que este aparezca como posible problema para su selección.

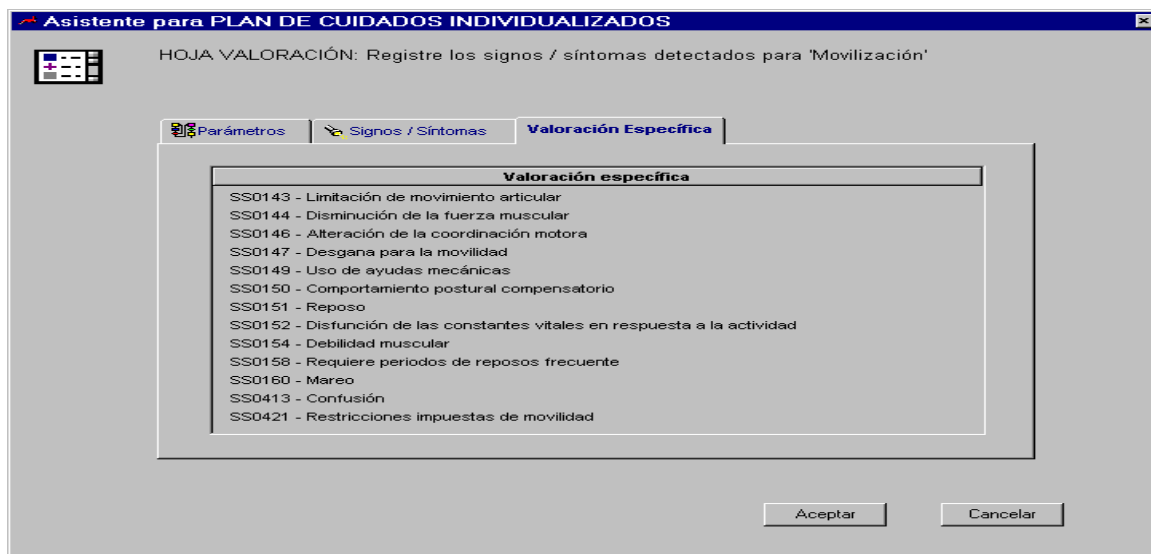


Figura 1-7 GACELA: selección de signos y síntomas.

El diagnóstico de enfermería se definió como "juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera detecta, valida y trata de forma independiente".

Cada etiqueta diagnóstica se completa con los factores etiológicos o factores de relación. La selección de los diagnósticos que contiene el programa se realizó en base a la prevalencia según la experiencia clínica de las enfermeras participantes en el proceso de validación.

La siguiente pantalla nos informa como aparecen los diagnósticos de enfermería seleccionados y como se realiza la selección de los factores de relación.

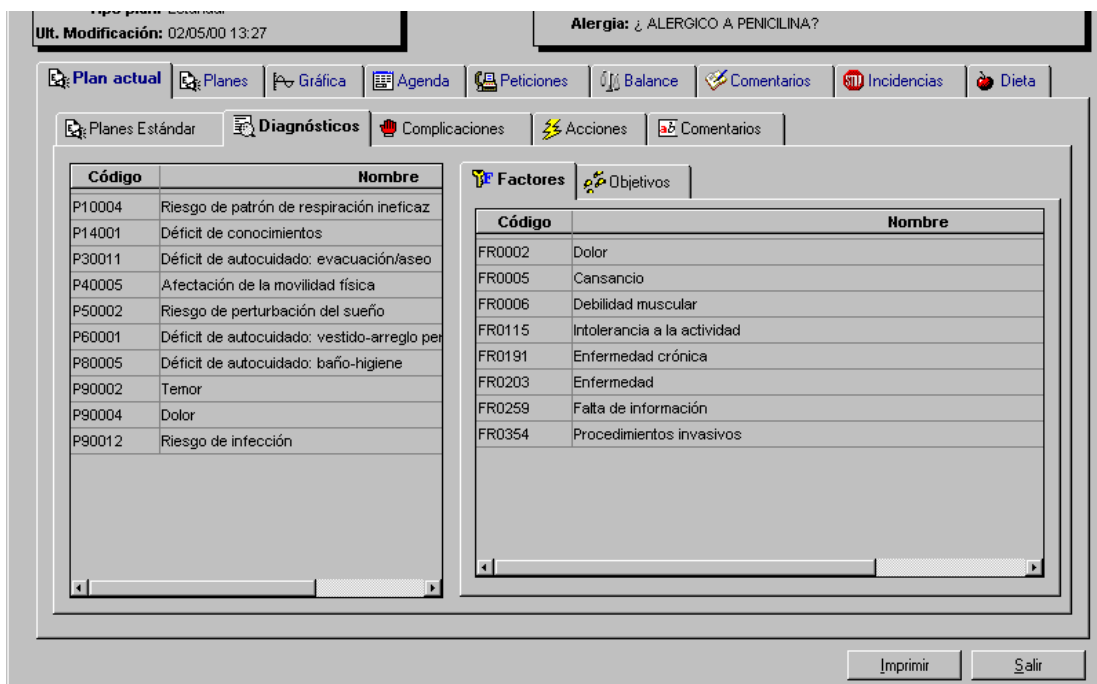


Figura 1-8 GACELA: diagnósticos de enfermería y factores de relación.

El sistema contiene un listado de objetivos que hacen referencia a los “cambios medibles como consecuencia de las actividades de enfermería”.

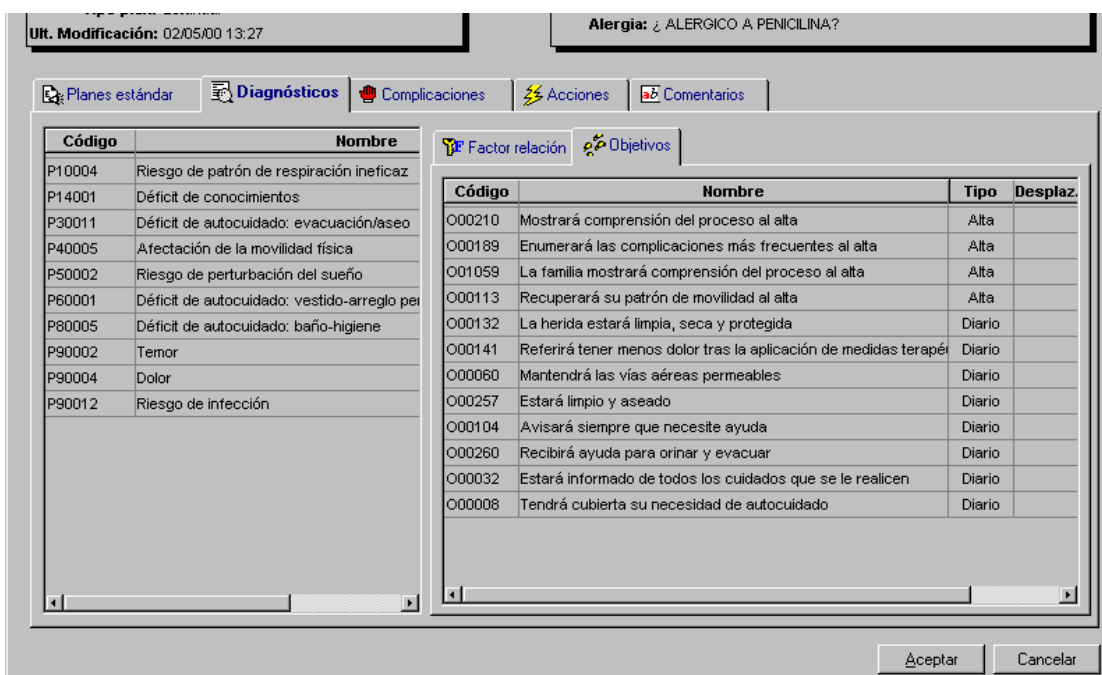


Figura 1-9 GACELA: selección de objetivos.

Las acciones se han definido como “conjunto de actos físicos y/o verbales y/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por cualquier miembro del equipo. Para facilitar la organización del cuidado se incorpora un patrón de frecuencia y pauta horaria de ejecución.

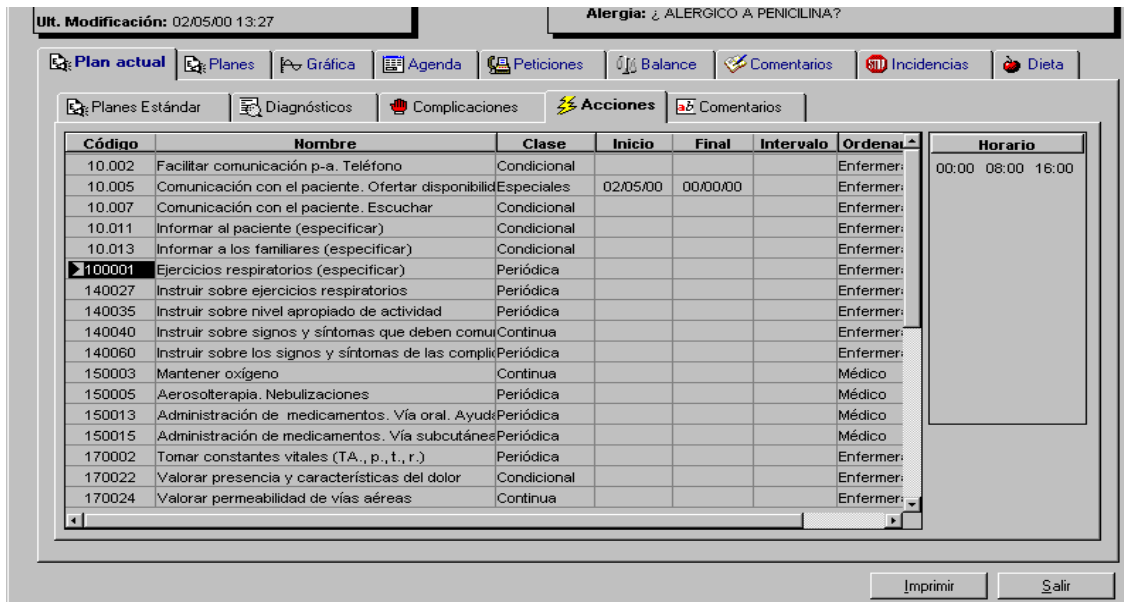


Figura 1-10 GACELA: selección de acciones.

GACELA relaciona los signos y síntomas observados, muestra las inferencias obtenidas de estos signos (diagnósticos de enfermería compatibles) relaciona las causas (factores de relación) predice los resultados y ofrece las intervenciones (acciones de enfermería) que se derivan tanto de la etiqueta diagnóstica como de la causa identificada.

Para poder incorporar todas las intervenciones que realiza la enfermera en el proceso asistencial, el sistema incorporó un conjunto de complicaciones potenciales, para abordar los problemas de coloración con otros profesionales. Estas acciones se relacionan con pruebas diagnósticas, tratamientos y control de la enfermedad, están prescritas por otro profesional, habitualmente el médico ⁽³¹⁾.

La siguiente pantalla nos muestra algunas de estas complicaciones potenciales.

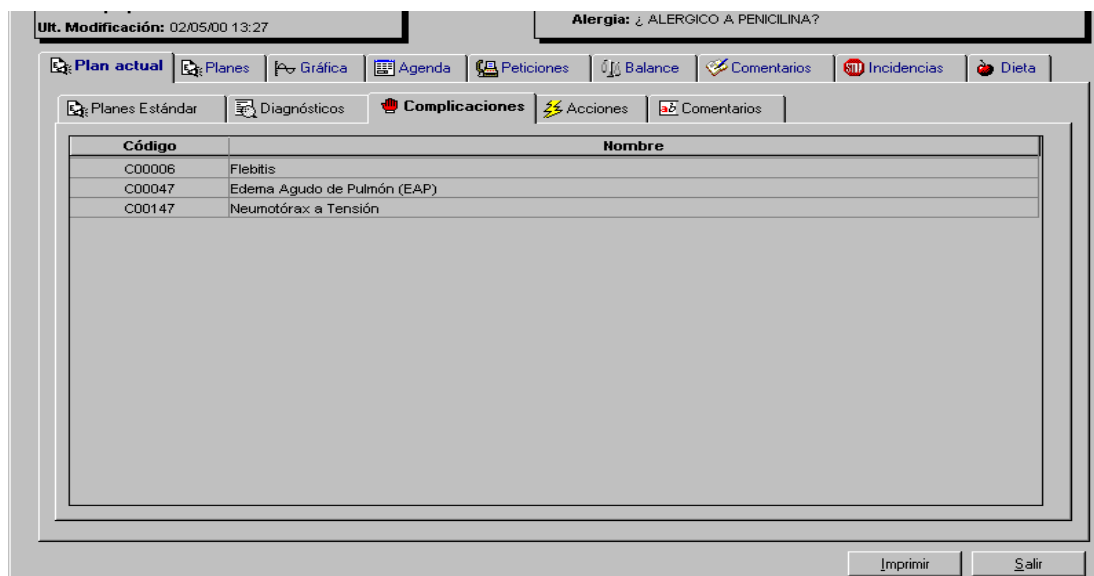


Figura 1-11 GACELA: vista de potenciales complicaciones.

En este apartado de planificación se incorporó el manual de procedimientos del complejo hospitalario. El sistema proporciona formatos para la organización y ejecución de los cuidados. Al seleccionar un paciente, se elabora un informe con las acciones a realizar por hora del día y categoría profesional para su confirmación. Las hojas de evaluación de los pacientes reflejan el progreso, constatando el cumplimiento de los objetivos, seleccionando acciones-respuestas y reflejando los cambios. Así mismo, el informe de alta recopila y resume la historia clínica de enfermería con la evolución y evaluación del paciente.

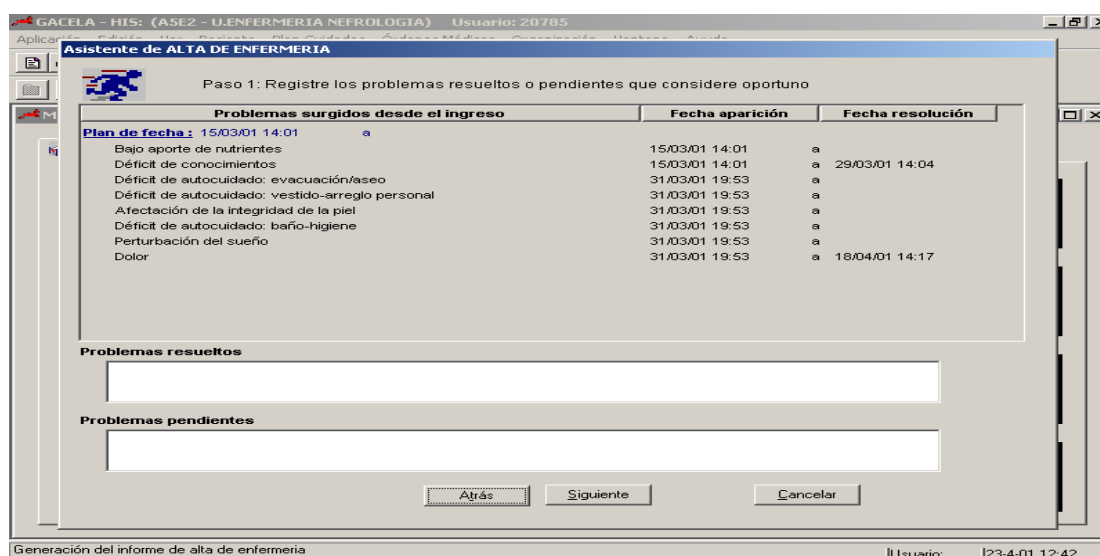


Figura 1-12 GACELA: informe de alta.

El sistema incorpora, además, otros aspectos de recogida de datos como balance de líquidos, gráfica de constantes o pase de visita.

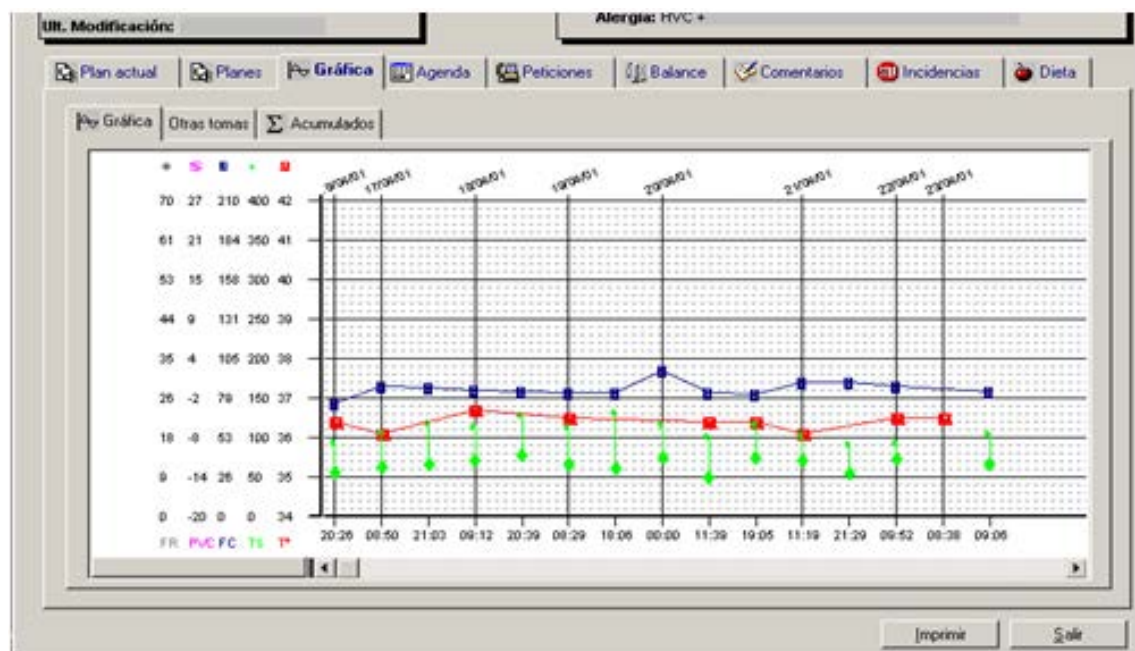


Figura 1-13 GACELA: gráfica de constantes.

1.2.3.2 Fase de implantación

En mayo de 1998, se comienza con el periodo de formación e implantación en las dos primeras unidades de enfermería (medicina interna A y lactantes).

El periodo de formación de cuatro semanas se dedicaba a contenidos sobre: revisión de la filosofía de Henderson y teoría sobre el proceso enfermero, sesiones prácticas de planes de cuidados, entrenamiento en informática y uso del programa GACELA.

Al comienzo de la implantación en una unidad, se contaba durante las primeras semanas con el apoyo presencial de una de las enfermeras responsables de la implantación que posteriormente solo funcionaban a demanda.

Para el hardware se optó por dos PC fijos en el control de enfermería con una impresora, después se añadió un PC portátil. El registro en papel se retiraba de forma inmediata a la implantación.

Se siguió este mismo proceso en las 40 unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario. Aproximadamente 1000 enfermeras estuvieron implicadas en este cambio para la prestación de cuidados. La formación se realizaba a todo el personal de nueva incorporación tanto con contrato temporal como fijo.

Desde mayo de 1998 hasta noviembre del 2000, se implantó en 33 unidades y en el año 2001 se completó la implantación en todo el Complejo Hospitalario.

El proceso de implantación se realizó intentando establecer las medidas necesarias para evitar las consecuencias no deseadas relacionadas con implantación y utilización de los registros de salud electrónicos⁽⁹²⁾.

La Dirección de Enfermería tuvo en cuenta los cambios en la forma de trabajo y planificó, desde el inicio, medidas para minimizar los obstáculos:

Participó en el proceso de construcción e implementación (Grupo de validación, Comisión de cuidados de enfermería)

Promovió que enfermeras de todas las áreas estuviesen representadas en la toma de decisiones sobre el sistema (Grupo de validación, Comisión, elaboración de planes de cuidados) y apoyó la formación y el trabajo en equipo (periodo de formación).

Creo las figuras de enfermeras responsables para solventar dudas y proporcionar apoyo durante el proceso de aprendizaje e implantación.

Estableció mecanismos para que las enfermeras pudieran comunicar sus dificultades o propuestas de cambio (enfermeros responsables, miembros de la comisión).

La decisión de desarrollo y aplicación de un programa informático de cuidados de enfermería supuso un gran esfuerzo institucional ya que era el único hospital en España de esta magnitud que tenía un desarrollo informático en enfermería.

A nivel institucional formó parte de un cambio estratégico con consecuencias previsibles importantes, tanto desde el punto de vista de la calidad como de la satisfacción de los usuarios.

El desarrollo de la implantación el programa GACELA, no se realizó de la misma forma en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia. En los otros hospitales la implantación del programa se liderada desde la Consellería de Sanidade. El jefe de Servicio de Enfermería de Atención Primaria y Especializada de la Consellería de Sanidade (SERGAS) y la Dirección de Enfermería de cada hospital eran los responsables del proceso. Los resultados dependieron mucho de la implicación de la Dirección de cada Centro.

2. JUSTIFICACIÓN

En Galicia a finales de la década de los 90 se inició una demanda de formación en modelos teóricos y en el proceso de atención de enfermería. A la vez, en la mayoría de los hospitales se modificaron los registros de la historia de enfermería; la valoración se empezó a registrar atendiendo a las catorce necesidades básicas del modelo de V. Henderson y se incorporaron los diagnósticos de enfermería para dar nombre a los problemas de los pacientes.

Desde el inicio de mi trayectoria docente me interesé por esta área formativa, conocer las fuentes teóricas y metodológicas sobre las que se sustenta la actividad enfermera, por lo que acudí y participé en cursos, foros y congresos relacionados.

Posteriormente acudí como docente a cursos en centros hospitalarios en los cuales se realizaban sesiones con las enfermeras que nos permitían conocer sus opiniones, sus expectativas, sus rechazos con respecto las teorías de enfermería y al proceso de atención de enfermería.

En muchos de estos encuentros con las enfermeras, durante los cursos de formación, se expresaba que el proceso de atención de enfermería era una pérdida de tiempo o un esfuerzo innecesario. La mayoría de las enfermeras daban menos importancia al registro que a las acciones que realizaban, percibían que existía una gran diferencia entre lo que hacían y lo que registraban.

En los años siguientes a la implantación de programa informático de cuidados (GACELA), en las reuniones se discutían temas relacionados con la adecuación de determinados diagnósticos de enfermería, de resultados de enfermería, lo que era esencial o importante en el trabajo diario, la finalidad de los cuidados de enfermería, los cambios en sus relaciones con los enfermos, con otros profesionales.

Teníamos la percepción de que se había producido un cambio importante en la forma en que las enfermeras desenvolvían su actividad, por lo que nos preguntamos ¿Qué cambios en la práctica asistencial de las enfermeras en el hospital se habían producido? ¡Parecía necesario explorarlos!

Por otra parte, la orientación filosófica del modelo de Virginia Henderson estaba presente. Sabemos que toda acción profesional se basa en unas

nociones teóricas previas que la determinan. Las enfermeras construyen e interpretan su mundo social y actúan en base a una serie de preconcepciones más o menos abstractas acerca de lo que de ellas se espera, de la naturaleza de los problemas que resuelven y de las acciones que deben realizar⁽¹⁷⁾.

Para que un modelo llegue a influir o a modificar la práctica tiene que influir en las estructuras mentales a través de las cuales las enfermeras asignan un sentido a su actividad y este proceso requiere de tiempo para que la enfermera cambie su marco de referencia.

Como afirma Medina: " *Una teoría de enfermería debe describir, interpretar y tratar de ofrecer elementos para la comprensión, no de una enfermería imaginaria sino de la práctica virtuosa y experta de la Enfermería tal cual es realizada hoy en día*" ⁽¹⁷⁾

Después de haber transcurrido un período largo de tiempo desde la adopción del modelo nos pareció importante conocer la relación entre los postulados teóricos del modelo y los que determinan las acciones de la enfermera.

Nos preguntamos, ¿De qué manera se relaciona la práctica asistencial con el modelo de Virginia Henderson? ¿Cómo se ha modificado la práctica después de la adopción del modelo de Virginia Henderson?

No encontramos en la revisión bibliográfica artículos que respondiesen a esta cuestión y esto aumentó nuestro interés por estudiar el tema.

Con respecto a los sistemas informáticos de cuidados, consideramos que los sistemas no son algo rígido sino que influyen o involucran a las persona, a la estructura y a los procesos que se desarrollan alrededor del sistema.

La tecnología no es sólo una herramienta mecánica sino que es también, un conjunto de conductas y cogniciones propias de la acción humana⁽⁹³⁾. Los sistemas de información de cuidados tienen potencial para modificar las formas en la que se desarrolla la asistencia, para mejorar la recogida y el uso de los datos y pueden mejorar el costo- efectividad y la calidad de los cuidados⁽⁶⁷⁾.

El proceso de implementación y el posterior uso de una nueva tecnología en una organización es un proceso dinámico, variable en el tiempo y con distintas percepciones entre los agentes implicados⁽⁹³⁾.

Las preguntas que nos planteamos con respecto al sistema informático son ¿Cómo se ha modificado la práctica con la utilización GACELA? ¿Cómo han experimentado las enfermeras su trayectoria desde el inicio de la implantación hasta su normalización? Nos interesa investigar esa trayectoria desde dos dimensiones la temporal y la interactiva.

En la revisión bibliográfica relativa a estas cuestiones encontramos respuestas relacionadas con la evaluación del contenido de los programas⁽⁴⁰⁾⁽⁹⁴⁾⁽⁹⁵⁾ y los beneficios y las dificultades de estos sistemas⁽⁸³⁾⁽⁸⁶⁾⁽⁹⁶⁾⁽⁹⁷⁾⁽⁹⁸⁾. Ninguno de los artículos revisados se refería a la trayectoria vivida por las enfermeras con el cambio tecnológico en su actividad asistencial.

La cuestión básica que guía esta investigación es ¿Cuáles son los cambios (implícitos o explícitos) que experimentan las enfermeras en su actividad asistencial después de la utilización del sistema informático de cuidados (GACELA) con la orientación filosófica de Virginia Henderson para proporcionar cuidados?

La escasas publicaciones, el tratar un tema no explorado antes en nuestro entorno hospitalario y el hecho de que incluya tres campos de interés de la investigadora principal a lo largo de su carrera profesional (modelo conceptual de Virginia Henderson, proceso de atención de enfermería y las tecnologías de la información y la comunicación) justifican la realización de este trabajo de investigación para explorar y comprender la trayectoria vivida por las enfermeras.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender los cambios en la práctica asistencial de las enfermeras y enfermeros tras la adopción del modelo de Virginia Henderson y la utilización de un sistema informático de cuidados (GACELA).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y analizar el significado de los conceptos nucleares del modelo de Virginia Henderson y su relación con la actividad asistencial.
- Describir y analizar el proceso de cambio experimentado por las enfermeras y enfermeros desde la implantación del sistema informático de cuidados hasta el momento actual.

4. METODOLOGÍA

4.1 MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

4.1.1 Paradigmas de investigación

El conocimiento de la realidad consiste en aproximarse a ella, mostrarla y desvelarla para mejorarla⁽⁹⁹⁾

Para investigar la realidad es preciso habilitar métodos y técnicas que faciliten la producción de conocimiento sea de tipo: biológico, físico, geográfico, social, etc. Lo que es indudable es que la complejidad de la realidad exige que los métodos y técnicas empleados en la indagación de la naturaleza se adapten a las diferentes características de los diversos elementos que componen su totalidad.

Los criterios que orientan la elección de los métodos y técnicas se derivan de cuestiones tales como: ¿qué tipo de conocimiento se pretende obtener?, ¿se pretende implicar al individuo en el proceso o debe permanecer al margen?, ¿se persigue la comprensión de la situación por parte del investigado?, ¿el proceso y producto de la investigación, es tan importante para el investigador como para el investigado?⁽¹⁰⁰⁾.

En función de las respuestas a esas cuestiones podemos situarnos en perseguir la objetividad, la réplica de los resultados y la generalización de leyes, o perseguir el holismo, la comprensión, la participación o interpretación del significado de los procesos. El agrupamiento en uno de estos supuestos acerca de la realidad y del modo de investigarla se ha denominado paradigma.

A partir del libro, *La estructura de las Revoluciones Científicas*, de Tomas Khun las consideraciones sobre paradigma han tenido una gran repercusión en las investigaciones sociales. Define paradigma como la imagen básica del objeto de una ciencia, el paradigma define los problemas que deben estudiarse y qué reglas han de seguirse para interpretar las respuestas que se obtienen; considera a los paradigmas «como realizaciones científicas universalmente reconocidas que proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica durante un cierto tiempo»⁽¹⁰¹⁾⁽¹⁰²⁾. Con el paradigma se diferencia una comunidad científica de otra, ya que comparten por consenso teorías, métodos y los criterios para enjuiciar la

validez de las soluciones propuestas. Un paradigma significa una cosmovisión del mundo compartida por una comunidad científica.

Kuhn utiliza el término paradigma con dos finalidades: es aquello que une a una comunidad científica y es una referencia que aglutina modelos de problemas y soluciones compartidos por una rama particular de la ciencia. Una de las críticas a esta acepción estriba en su circularidad, ya que, en primer lugar, se utiliza el paradigma para designar a una comunidad de científicos y posteriormente, estos la utilizan para definir un paradigma⁽¹⁰⁰⁾.

Maritza Montero expone que la noción de paradigma, tanto en el uso común como en el científico, es variada, y poco definida. Dice, es cierto que hay un cierto consenso en usar el concepto como modelo o ejemplo fundamental de alguna categoría de objetos. Las discusiones sobre el significado científico de paradigma, después de la publicación de la obra de Kuhn, reflejan que la ciencia forma parte de la vida de los hombres y con el concepto de paradigma ocurre lo mismo que con otros conceptos, su uso cotidiano no demuestra que sean adecuados científicamente pero demuestran que son útiles a la sociedad. La noción de paradigma usada en las ciencias es confusa y polisémica pero a la vez su uso es extenso y popular⁽¹⁰²⁾.

Montero define paradigma como "un modelo o modo de conocer que incluye tanto una concepción del individuo o sujeto cognoscente como una concepción del mundo en el que vive y de las relaciones entre ambos. Esto supone un conjunto sistemático de ideas y de prácticas que rigen las interpretaciones acerca de la actividad humana, de sus productos, de su génesis y de sus efectos sobre las personas y sobre la sociedad, señalando modos preferentes de hacer para conocerlos⁽¹⁰²⁾.

Guba y Lincoln definen paradigma como "un conjunto básico de creencias que guía la acción, tanto de la vida cotidiana como la acción relacionada con la investigación científica⁽¹⁰³⁾⁽¹⁰⁴⁾. Dicen que tanto los paradigmas pasados como los emergentes, pueden ser caracterizados por la forma en que dan respuesta a tres preguntas básicas: referente a la ontología, la epistemología y metodología.

- Supuesto ontológico. Cuál es la creencia que mantiene el investigador con respecto a la naturaleza y la forma de la realidad a investigar.
- Supuesto epistemológico. El modelo de relación entre el investigador y lo investigado, la forma en que se adquiere el conocimiento. El investigador puede partir del supuesto de que el conocimiento es objetivo y para estudiar esta objetividad emplea los métodos y procedimientos propios de las ciencias naturales, o por el contrario, puede considerar que el conocimiento es subjetivo, individual, irrepetible y en consecuencia establecer una relación estrecha con el objeto investigado.
- Supuesto metodológico. El modo en que podemos obtener los conocimientos de dicha realidad. Los métodos y técnicas de investigación utilizados por el investigador dependen de los supuestos ontológicos y epistemológicos.

Los paradigmas tienden a clasificarse según las tradiciones intelectuales en el campo de la investigación⁽¹⁰⁴⁾. Existen diversas clasificaciones de los paradigmas aunque dos de ellos aparecen en cualquier clasificación: el positivista y el interpretativo, producto de su posición diferenciadora con respecto a su ontología, epistemología y metodología.

A partir de la teoría crítica de Habermas, se crea el llamado paradigma sociocrítico, cuyos puntos de contacto con el interpretativo hacen que muchos autores lo consideren unido a este⁽⁹⁹⁾.

De manera más reciente se plantea la existencia de otros paradigmas como el emergente, caracterizado por unir los tres anteriores y buscar la síntesis entre lo cuantitativo y lo cualitativo.

Carmen de la Cuesta manifiesta que es evidente que en la práctica los paradigmas no se han ido superando y remplazando unos a otros, sino que todos ellos coexisten y fundamentan una gran variedad de metodologías y de estrategias de investigación.

En las ciencias sociales prevalecen tres tradiciones intelectuales o paradigmas a las que han atribuido históricamente denominaciones muy variadas:

- Paradigma positivista: se califica de cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático gerencial y científico-tecnológico.
- Paradigma interpretativo: se considera como interpretativo simbólico, cualitativo, naturalista, humanista y fenomenológico.
- Paradigma crítico o socio-crítico: se concibe como comprometido, naturalista y ecológico.

Paradigma positivista

El paradigma positivista, surgió en el siglo XIX con Emile Durkheim y August Comte. Tiene como fundamento filosófico el positivismo y se crea para estudiar los fenómenos en el campo de las ciencias naturales⁽⁹⁹⁾.

Los rasgos característicos o supuestos básicos de la investigación positivista según Usher y Bryant (citados por Rico y⁽¹⁰⁵⁾) serían:

- La existencia de una realidad exterior e independiente de los individuos.
- El conocimiento de la realidad puede lograrse de un modo empírico mediante métodos y procedimientos adecuados, libres de enjuiciamientos de valor para ganar el conocimiento por la razón.
- El conocimiento es objetivo y medible, cuantifica los fenómenos observables que son susceptibles de análisis matemáticos y control experimental.
- Las condiciones para la obtención del conocimiento se centran esencialmente en el control de sesgos y en la comprobación numérica de los valores para reflejar la realidad.

La metodología adoptada sigue el modelo hipotético-deductivo, categoriza los fenómenos en variables «dependientes» e «independientes» entre las que se establecen las relaciones estadísticas, dirigiéndose el enfoque hacia las relaciones de causa-efecto.

La finalidad de las investigaciones es descubrir las leyes que permitan explicar, predecir y controlar los fenómenos para producir generalizaciones

teóricas que contribuyan al enriquecimiento de un conocimiento de carácter universal.

Paradigma interpretativo

El paradigma interpretativo emerge como alternativa al paradigma positivista, en las disciplinas de ámbito social existen problemáticas, cuestiones y restricciones que no se pueden explicar ni comprender en toda su extensión desde la metodología cuantitativa.

Este paradigma tiene sus antecedentes históricos en la fenomenología, el interaccionismo simbólico interpretativo, la etnografía, la antropología, etc. Varias perspectivas y corrientes han contribuido a su desarrollo, sus presupuestos coinciden en lo que se ha llamado paradigma hermenéutico, interpretativo-simbólico o fenomenológico.

Quizás, la razón por la que existe una variedad de términos para denominar a este paradigma es su base epistemológica construccionista. Los seres humanos no descubren el conocimiento sino que lo construyen. Elaboramos conceptos, modelos y esquemas para dar sentido a la experiencia y constantemente comprobamos y modificamos estas construcciones a la luz de nuevas experiencias. Por tanto, existe una ineludible dimensión histórica y sociocultural en esta construcción.

Los paradigmas, como ya hemos expresado, representan una manera global de concebir la realidad, y por consiguiente, de abordarla científicamente pero dentro de ellos existen diferentes enfoques. En el interpretativo, estos son: la fenomenología hermenéutica, la etnografía, el interaccionismo simbólico y la etnometodología. Cada ciencia social de acuerdo a su especificidad privilegiará uno u otro enfoque⁽⁹⁹⁾. Las diferentes orientaciones teóricas que se incluyen en el paradigma interpretativo constituyen, a su vez, un modelo con pautas específicas para el desarrollo del trabajo empírico.

Según Krause, los rasgos característicos o supuestos básicos de la investigación del paradigma interpretativo son⁽¹⁰⁶⁾:

La realidad es múltiple, intangible y holística depende de los significados que las personas le atribuyen. Es decir, lo que la gente hace o dice es producto de

cómo define su mundo, de este modo se habla una realidad social "construida" a través de estos significados. Se acepta que la realidad cambia constantemente y en su construcción interviene el contexto social, histórico y temporal.

En este paradigma la tarea del investigador científico es estudiar el proceso de interpretación que los actores sociales hacen de su "realidad", es decir, deberá investigar el modo en que se le asigna significado a las cosas. Esto implica estudiarlo desde el punto de vista de las personas y enfatizar el proceso de comprensión ("verstehen") de parte del investigador.

En el nivel epistemológico, este paradigma enfatiza la subjetividad y la interdependencia sujeto/sujeto como investigado, así como el contexto de obtención de los datos.

Metodológicamente, no supone un investigador ajeno a la realidad estudiada sino, al contrario, un investigador inmerso en ella para poder comprender su significado. De este modo, se entiende la afirmación de Vasilachis de Gialdino ⁽¹⁰⁷⁾ quien señala que "el científico social no puede acceder a una realidad simbólicamente estructurada sólo a través de la observación; deberá, hasta cierto punto, pertenecer al mundo estudiado (o compenetrarse con él) para poder "interpretarlo", porque "los significados sólo pueden ser descubiertos desde dentro" Esto implica sumergirse en aquello que se desea estudiar y utilizar la comunicación como herramienta para acceder a los significados, es decir, estamos hablando de una metodología que podríamos definir como interpretativa-participante.

La finalidad de la investigación es comprender, descubrir e interpretar la realidad próxima en su especificidad, considerando que los postulados teóricos resultantes, habitualmente patrones de causalidad, procesos o relaciones son válidos en un espacio y tiempo determinados.

Paradigma sociocrítico

Este paradigma es introducido por la Escuela de Frankfurt en busca de una alternativa al positivista e interpretativo, se formó a partir de los años veinte del siglo pasado por pensadores como: Horkheimer, Marcuse, Adorno, Habermas, Giroux, Car y Kemmis, Freire.

Este paradigma, a diferencia de los anteriores, introduce la ideología de forma explícita; trata de desenmascarar la ideología y la experiencia del presente, y en consecuencia tiende a lograr una conciencia emancipadora, sustenta que el conocimiento es una vía de liberación del hombre. Entiende que la investigación no se limita a la descripción e interpretación, sino que debe fijar su atención en su carácter emancipador y transformador.

La investigación sociocrítica parte de una concepción social y científica, holística, pluralista e igualitaria. Exige del investigador una constante reflexión acción, implica un proceso de participación y colaboración desde la auto-reflexión crítica en la acción.

En la investigación sociocrítica se distinguen tres formas básicas: la investigación-acción, la investigación colaborativa y la investigación participativa.

Escudero (referenciado por Ricoy⁽¹⁰⁵⁾) considera que los presupuestos más característicos del paradigma sociocrítico son los siguientes:

- Visión holística y dialéctica de la realidad. La realidad no es aséptica ni neutral y en ella influyen las condiciones ideológicas, económicas, culturales, etc. que la rodean, influenciándola de modo positivo y negativo. Para el paradigma crítico la realidad es dinámica, evolutiva e interactiva.
- Asume una visión democrática del conocimiento. Todos los sujetos participantes en la investigación son participantes activos comprometidos que comparten responsabilidades y decisiones.
- La investigación trata de plantearse y generarse en la práctica y desde ella, partiendo de la contextualización de ésta y contando con los problemas, las necesidades e intereses de los participantes.
- Apuesta por el compromiso y la transformación social de la realidad desde la liberación y emancipación de los implicados.

Se aspira desde el paradigma crítico a la unión entre la teoría y la práctica, usando la primera como fundamentación y guía de la segunda, con una interacción mutua.

Los sujetos mantienen un diálogo bidireccional continuo y plural, reflexionando individual y colectivamente en busca de su propia identidad. Los sujetos crean su realidad, se sitúan en ella y desde ella son seres capaces de transformarla como sujetos creativos crítico-reflexivos.

4.1.2 Perspectiva del interaccionismo simbólico

Buscábamos una forma de investigación que nos permitiese comprender los significados que conducen el comportamiento de las enfermeras en relación con los nuevos elementos que configuran su actividad asistencial.

Desde esta perspectiva del estudio, el interaccionismo simbólico nos permite cumplir con el objetivo de la investigación ya que pone énfasis en investigar el significado que los actores sociales dan a las personas y símbolos que conforman su realidad social⁽¹⁰⁸⁾.

El interaccionismo simbólico “es una corriente del pensamiento que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación”, su origen se encuentra en la segunda escuela de Chicago y se basa, fundamentalmente, en el pensamiento de George Herbert Mead y en las obras de Thomas y Park. La influencia filosófica que Mead ejerció en diversas ciencias sociales radica en su teoría del conductismo social, en ella expone de forma general y abstracta el comportamiento social humano y el papel del lenguaje en la organización de ese comportamiento. Como reformista social estaba convencido de la posibilidad de aplicar el conocimiento científico a la mejora de las condiciones sociales⁽¹⁰⁹⁾.

En 1937, Blumer acuñó el término “interaccionismo simbólico” caracterizado por la metodología cualitativa y que sirve de referencia para la clasificación de todos los que se denominan interaccionistas simbólicos, estos pueden definirse por su grado de acuerdo o desacuerdo respecto de ella⁽¹¹⁰⁾⁽¹¹¹⁾.

Hay tres características destacadas de la perspectiva de Blumer⁽¹⁰⁸⁾ y sus seguidores que son:

- El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él. Las cosas se refieren a todo aquello que una persona es capaz de percibir en su mundo: objetos físicos, otras

personas, categorías de seres humano (amigos, compañeros), instituciones (hospital, escuela), ideas (independencia, honradez), actividades ajenas (órdenes, peticiones) y todo tipo de situaciones de la vida cotidiana.

Para el interaccionismo simbólico el significado que las cosas encierran para el ser humano constituye un elemento central en sí mismo, en relación con otros posicionamientos que restan importancia al significado en beneficio de los factores que supuestamente motivan la conducta. Los seres humanos vivimos en un ambiente simbólico (abstracciones mentales con significado) y tenemos la habilidad de aprender, recordar y comunicar simbólicamente.

- El significado de las cosas surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con los otros. El significado es un producto social, una creación que emana de y a través de las distintas formas en que las personas actúan hacia otra en relación con una cosa social. Los actos de los demás producen el efecto de definirle la cosa a una persona.

Los juicios de valor son definiciones aprendidas de atracción o rechazo hacia algo, o bien, creencias sobre el valor e importancia de diferentes fenómenos. Estos procesos mentales, como el contenido de los símbolos, se aprenden de aquellos individuos con quienes interactuamos. La capacidad que los seres humanos tienen de aprender símbolos nuevos y de evaluarlos es casi infinita.

- Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que se va encontrando. Este proceso de interpretación tiene dos etapas claramente diferenciadas. En la primera, la persona se indica a sí mismo cuáles son las cosas hacia las que encamina sus actos, se señala las cosas que tienen significado, y en segundo lugar y como resultado de este proceso, la interpretación se convierte en manipulación de significados, la persona selecciona, verifica, elimina, reagrupa y transforma los significados a tenor de la situación en la que se halla inmerso y de la dirección de su acto. Los seres humanos deciden lo que

hacer y lo que no a partir de los símbolos que han aprendido en interacción con otros y de sus creencias sobre la importancia de estos significados.

El hombre es tanto actor como reactor. El ser humano no se limita simplemente a responder a estímulos del ambiente externo, lo que es y lo que sirve como estímulo no siempre será lo mismo sino que dependerá de la actividad en la que se compromete el organismo humano en cada momento: Lo exterior se convertirá en estímulo cuando sirve para asociar impulsos con satisfacciones. Además, los seres humanos no responden al ambiente tal y como es físicamente, sino tal y como se percibe a través de procesos simbólicos.

Estas características nos sirven para diferenciar esta perspectiva teórica de otras, para el interaccionismo simbólico el comportamiento está asociado al significado de las ideas en la mente, pero este significado es compartido, en esencia, con las otras personas con las que se interactúa.

El interaccionismo simbólico está cimentado en una serie de ideas básicas que representan el modo en el que contempla el comportamiento y la sociedad humana.

- Naturaleza de la vida en las sociedades y grupos.

Considera que los grupos humanos están formados por individuos comprometidos en la acción. Las personas a lo largo de nuestra vida realizamos muchas actividades, bien de relación con los demás o individuales pero siempre las realizamos en función de las circunstancias en las que tenemos que actuar.

Los grupos o sociedades humanas existen fundamentalmente en acción. Esto se observa en los dos conceptos predominantes sobre la sociedad: el de la cultura y el de la estructura social. La cultura, entendida como costumbre, tradición, valores, significados, reglas..., se deriva de lo que las personas hacen. Así mismo, la estructura social, en cualquiera de sus aspectos, como el que representan la posición social, el status, la función, la autoridad, se refiere al tipo de relaciones derivadas del modo en el que las personas actúan recíprocamente.

- Naturaleza de la interacción social

Una sociedad se compone de individuos que entablan una interacción con los demás, esta interacción es un proceso que forma el comportamiento humano. Las actividades de los demás intervienen como factores en la formación del propio comportamiento; los actos de los demás se incluyen en la decisión de una persona con respecto a lo que va a hacer, y puede verificarla, modificarla o impedirle. Todo individuo ha de lograr que su línea de acción encaje de alguna manera en las actividades de los demás.

Esta sentencia procede de la obra de Mead que señala dos formas de interacción social: "conversación de gestos" y "empleo de símbolos significativos". La primera tiene lugar cuando una persona responde directamente a un acto sin interpretarlo, como en las respuestas reflejas. La segunda implica la interpretación del acto; la forma característica de interacción es a nivel simbólico, puesto que las personas tratan de comprender el significado de los actos ajenos.

Otro aspecto importante es que las partes implicadas en la interacción tienen que asumir necesariamente el papel de cada uno de los individuos involucrados; la mutua asunción de papeles es condición *sine qua non* para que la comunicación y la interacción sean eficaces. En virtud de la interacción simbólica, la vida de todo grupo humano constituye necesariamente un proceso de formación.

Las personas no nacen dentro de vacíos sociales, puesto que la sociedad en que viven ya existe antes de su nacimiento. La sociedad no es una serie de scripts o reglas que se memorizan sino un contexto dinámico en el que ocurre el aprendizaje, y en el cual ese aprendizaje podrá responder de muchas maneras ante lo que se encuentra.

El interaccionismo simbólico pone de relieve la armonía entre el hombre y la sociedad. Los individuos aprenden una cultura y se convierten así en sociedad. Las personas experimentan tensión cuando encuentran incongruencias y conflictos en su interacción.

- Naturaleza de los objetos.

Los mundos que existen para los seres humanos se componen de objetos que son producto de la interacción simbólica. Un objeto es todo aquello que puede

ser indicado, señalado o al que puede hacerse referencia. Los objetos pueden agruparse en tres categorías: físicos como silla, camas; sociales como enfermeras, enfermos, médicos y abstractos como, principios éticos, doctrinas filosofías, ideas.

El significado de los objetos emana fundamentalmente del modo en que éstos han sido definidos por aquellos con quienes actúa. Esto permite extraer dos conclusiones, el entorno en que se desenvuelven los seres humanos se compone exclusivamente de aquellos objetos que estos identifican y conocen; la otra conclusión es que los objetos y su significado son creaciones sociales, surgen y se forman con la definición e interpretación que tiene lugar en la interacción social. Un mismo objeto puede tener distintos significados ya que este emana de la definición hecha en una interacción y contexto, así el significado de "*enfermería*" es distinto para una enfermera que para un deportista.

- El ser humano considerado como organismo agente.

El interaccionismo simbólico concibe al ser humano como alguien que es capaz de responder a nivel simbólico y hacer indicaciones a los otros y además, interpretar las indicaciones que los otros formulan, esto lo puede hacer porque posee un *self* (un sí mismo). La capacidad de la persona para formularse indicaciones significa que el individuo se halla ante un mundo que debe interpretar para poder actuar.

"Los seres humanos, a diferencia de otras formas de vida, son capaces de pensar de manera suficientemente compleja como para distinguir entre una variedad de objetos. Las personas son reflexivas y en su introspección crean, gradualmente, una definición del *self*. El *self* es un proceso de concienciación y definición del propio sí mismo y como tal, siempre es cambiante y dinámico. Se distinguen diferentes partes en el proceso de percepción del *self*, una distinción se basa en el *self* físico, referido al cuerpo y a sus múltiples propiedades, y el *self* social, referido a lo que uno es con relación a la sociedad, a subunidades de sociedad y a personas especialmente próximas.

Otra distinción es la que se basa en el «yo» y el «mí». El yo se refiere a aquellas partes del sí mismo que son impredecibles, espontáneas y únicas para una persona. El mí incluye los roles sociales que le corresponde

desempeñar y es la parte del self que los otros conocen de uno mismo, y además, la parte en la que se basarán para aprender o descubrir su propio conocimiento de la realidad.

El hecho de que el mí se aprenda en interacción con otros significa que está determinado por las relaciones sociales. Sin embargo, el yo y el mí, no son simples objetos estáticos del self, sino parte de un proceso fluido y cambiante, que no es simple, ni va en un solo sentido, ni nunca llega a ser completo. El interaccionismo simbólico, pues, incluye un cierto determinismo social, pero supone también que parte del comportamiento humano es de carácter indeterminado⁽¹¹²⁾.

- La naturaleza de la acción humana.

La capacidad de la persona para autoformularse indicaciones confiere a la acción humana un carácter distintivo. Significa que el individuo se halla ante un mundo que debe interpretar para poder actuar y no ante un entorno frente al que responde en virtud de su propia organización.

La actividad del ser humano consiste en afrontar múltiples situaciones ante las que se ve obligado a actuar, y que su acción se forja en función de lo que percibe, del modo en que lo enjuicia e interpreta y del tipo de líneas de acción planificadas para realizar.

Esta perspectiva es igualmente válida para aquellas actividades conjuntas o colectivas en las que intervienen una serie de individuos. El comportamiento de grupos, organizaciones, instituciones se compone de individuos que hacen que sus líneas de acción encajen y se adopten recíprocamente, la colectividad elabora una línea de acción interpretando lo que sucede en su campo de actividad. El proceso interpretativo se desarrolla a través de la formulación recíproca de indicadores entre quienes intervienen en el mismo acto o acción, y no sólo a través de las que cada individuo se dirige a sí mismo.

- Interconexión de la acción.

La vida de los grupos humanos se basa y depende de la adaptación recíproca de las líneas de acción de los miembros del grupo. La articulación de estas líneas constituye la acción conjunta, es decir la organización comunitaria del comportamiento basada en los actos de los diferentes miembros. La acción

conjunta de una colectividad constituye la concatenación de los actos de los individuos que la componen y por ello ha de experimentar un proceso de formación (designación e interpretación), los individuos que participan en la acción conjunta siguen teniendo que orientar sus actos mediante la formación y utilización de los significados.

En la mayoría de las situaciones, los individuos cuentan de antemano con un profundo conocimiento del modo en que han de comportarse y como se comportaran los demás; comparten significados comunes y preestablecidos de lo que se espera de cada participante en una acción determinada y en consecuencia orientan su conducta de acuerdo a dichos significados.

Todo tipo de acción conjunta, ya sea nueva o consolidada, surge de un historial de acciones previas de los participantes. Las personas en la formación de una nueva acción conjunta siempre aportan a la misma el mundo de los objetos, el conjunto de significados y los esquemas de interpretación que antes poseían. La acción conjunta no sólo representa una vinculación horizontal, de las actividades de los individuos participantes, sino una conexión vertical con la acción precedente.

Como afirma Gil Lacruz y Charmaz⁽¹¹³⁾⁽¹¹²⁾, estos presupuestos teóricos del interaccionismo simbólico requerían un enfoque metodológico que fuera coherente con su concepción de ser humano.

Si la realidad social se construye, a través de los significados surgidos de la experiencia de las personas y de la interacción entre ellas, para comprender esa realidad será necesario utilizar una metodología que contemple las propias declaraciones de los actores en la realización de sus actos. La metodología cualitativa de investigación social se presenta como el enfoque metodológico más adecuado para esos propósitos.

El interaccionismo simbólico busca significados en la interacción de los individuos y los grupos, en los símbolos utilizados y en cómo los cambios de símbolos cambian el comportamiento de las personas. Sus métodos de investigación preferentes son cualitativos, extrayendo el significado de símbolos, contenidos y palabras en los mismos escenarios en que acontecen las interacciones de la vida social

El estudio empírico se dirige a analizar los datos a partir de las propias palabras de los sujetos. Esta forma de abordar la investigación implica un modo de desarrollar conceptos basado en las verbalizaciones de los sujetos, sin partir de catálogos de respuestas, e intentando comprender a las personas dentro de su marco de referencia, de ahí que se recojan sus respuestas literales.

En la investigación social cualitativa la perspectiva de las personas implicadas tiene un valor fundamental, pues es lo que permitirá una comprensión profunda de aquello investigado

El interaccionismo simbólico, algunos autores como Guba y Lincoln⁽¹⁰³⁾ lo sitúan en el paradigma constructivista y otros atendiendo a su evolución histórica en el paradigma interpretativo⁽¹¹⁴⁾⁽¹¹⁵⁾.

El interaccionismo simbólico en el nivel ontológico, entiende que la realidad del mundo existe en la experiencia humana, la realidad es construida local y específicamente (sin interpretación no hay realidad). La tarea del investigador científico es estudiar el proceso de interpretación que los actores sociales hacen de su "realidad", es decir, deberá investigar el modo en que se le asigna significado a las cosas. Al nivel epistemológico, enfatiza la subjetividad, los hallazgos son obras producidas, interpretación; la comprensión se sitúa en un contexto o ambiente. Metodológicamente se supone al investigador inmerso en la realidad estudiada a fin de que pueda comprender su significado, esto implica sumergirse en aquello que se desea estudiar y utilizar la comunicación como herramienta para acceder a los significados.

4.1.3 Teoría fundamentada (Grounded Theory)

Las presuposiciones del interaccionismo simbólico que subyacen en la teoría fundamentada son el escenario para examinar un proceso para identificar fases y etapas en la experiencia de los participantes

La teoría fundamentada surge cuando Strauss y Glaser sociólogos de la Universidad de California, estudian las interacciones que se producen en el interior de un hospital entre el personal del hospital, los propios enfermos y sus familiares, relacionando acciones individuales y estructura social. En este trabajo fusionaron métodos aparentemente tan diferentes como el interaccionismo de Strauss y el empirismo cuantitativo y la construcción de teoría de Glaser. El procedimiento metodológico utilizado en este estudio lo presentaron en *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research (1967)* con este libro aparece la *Grounded theory* como método de análisis sociológico⁽¹¹⁶⁾.

Estos autores describen la teoría fundamentada como un estilo de análisis cualitativo que incluye distintas características como: el muestreo teórico, el análisis sistemático, la comparación constante de los datos y lo que denominan *paradigma de codificación* (relación entre las estructuras y los procesos para situar los fenómenos en el contexto donde se manifiestan).

El objetivo de este método es construir o generar teoría a partir de los datos recogidos en contextos naturales. Estos dos principios son los que hacen diferente esta aproximación metodológica de otras; la generación de teoría, frente a la contrastación o confirmación de la misma y la teoría en proceso.

La generación de teoría requiere, tanto del pensamiento inductivo (derivar conceptos, sus propiedades y dimensiones), como deductivo (cuando se plantean hipótesis sobre las relaciones entre conceptos)⁽¹¹⁷⁾. Así mismo, la generación de teoría implica un proceso de investigación, que se inicia con la formulación de preguntas de investigación y objetivos, y finaliza cuando se alcanza un nivel suficiente de abstracción que permite el desarrollo conceptual de la teoría.

Para la generación de teoría es necesaria una continua articulación de tres operaciones básicas, recogida, codificación y análisis de los datos, esta

articulación debe hacerse tan conjunta y simultánea como sea posible. Como se observa, el proceso de transformación de los datos, es algo que identifica este método como *trabajo en proceso*, mientras el trabajo en otras aproximaciones metodológicas es conocido como *trabajo en producto*⁽¹¹⁷⁾⁽¹¹⁴⁾.

Podemos decir que se trata de un proceso de investigación analítico, continuo e interactivo, que conforme avanza va obteniendo los distintos tipos de códigos y categorías, que paulatinamente van conformándose hasta alcanzar el grado de abstracción necesario para el logro de una teoría formal.

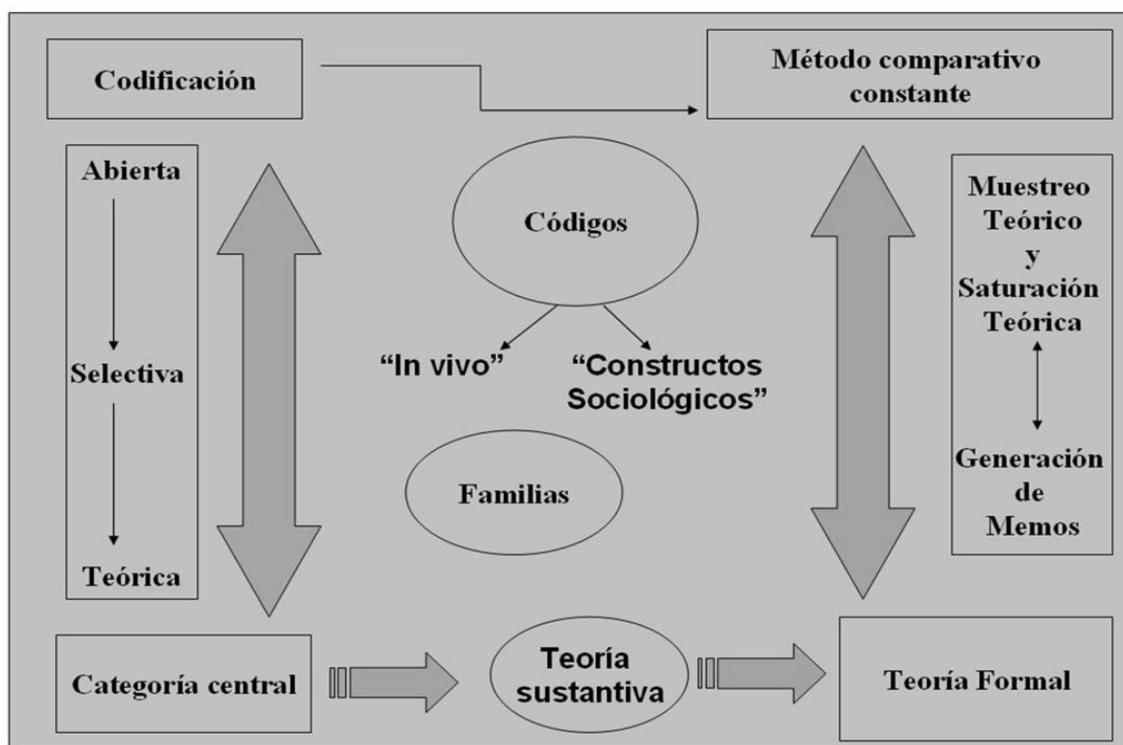


Figura 4-1 Relación entre los procesos del análisis de la teoría fundamentada.
Fuente: Carrero, Soriano, Trinidad

“Dos son las dimensiones que propone Virginia Carrero para una mejor comprensión de esta aproximación: dimensión estructural u horizontal y dimensión procesual-relacional o vertical⁽¹¹⁸⁾. La primera, comprende todos los elementos que poseen un carácter estático y que van obteniéndose conforme la investigación avanza (tipos de códigos conceptuales, tipos de codificación, tipos de categorías y tipos de teoría emergente). La segunda, da cuenta del movimiento cíclico y recurrente propio de este proceso de investigación y que permite las relaciones entre los diversos elementos mencionados anteriormente (el muestreo teórico, el método de análisis comparativo

constante, la saturación teórica, la clasificación teórica, la escritura teórica)
(93).

Algunos de sus conceptos básicos nos permiten entender mejor este análisis cualitativo:

Fenómeno. Es una idea central, un objeto, un acontecimiento o acción que se identifica como significativo para los datos.

Sensibilidad teórica. Tener sensibilidad significa ser capaz de penetrar y dar significado a los acontecimientos y sucesos que muestran los datos. Es la capacidad de tener *insights* (ideas, perspicacia) o de reconocerlas y comprenderlas en los datos. La experiencia de los investigadores puede aumentar la sensibilidad, si usamos de manera sistemática y consciente nuestra experiencia profesional y el bagaje que traemos, nos volvemos sensibles a los significados sin forzar nuestras explicaciones sobre los datos. Esta sensibilidad nos permitirá crear una atmósfera teórica, con la que seleccionar los datos indicativos de las categorías para poder desarrollarlas y relacionarlas.

Es imprescindible durante el proceso mantener un equilibrio entre objetividad y sensibilidad, que permita tener confianza en que los hallazgos son razonables en relación con el problema estudiado y a la vez podamos ser creativos y descubrir nuevas categorías.

El modelo de paradigma de codificación.⁽¹¹⁷⁾ La recogida y análisis de los datos de un fenómeno, entendido este como el concepto que representa la idea central de los datos, tiene su estructura en los siguientes elementos:

- Condiciones

Son el conjunto de acontecimientos o sucesos que crean situaciones, asuntos y problemas propios de un fenómeno, explican de alguna forma por qué y cómo las personas o grupos responden de cierta manera. Las condiciones tienen múltiples propiedades y suelen denominarse tratando de seleccionar algunas de las relaciones entre las condiciones y sus posteriores relaciones con las acciones /intervenciones.

Las *condiciones causales* suelen representar conjuntos de acontecimientos que influyen sobre los fenómenos.

Las *condiciones intervinientes* son las que mitigan o de alguna manera alteran el impacto de las condiciones causales sobre el fenómeno.

Las *condiciones contextuales* son el conjunto de condiciones específicas que se entrecruzan en las dimensiones en un tiempo y lugar que originan las circunstancias o problemas a los cuales responden las personas por medio de la acción/interacción.

- Acciones/ interacciones

Se refieren a las tácticas estrategias o rutinas o el cómo maneja la gente situaciones, problemas y asunto que encuentra, evolucionan en el tiempo a medida que las personas definen o dan significado a las situaciones. Son actos deliberados o ejecutados a propósito para resolver un problema. Las rutinas son formas habituales de responder a las sucesos de la vida cotidiana, en las organizaciones adoptan forma de reglas, reglamentos, procedimientos. Las acciones /interacciones de personas que actúan en grupo pueden o no estar coordinadas.

- Consecuencias

Siempre que hay acción/interacción, o falta de ella, con respecto a un asunto o problema o situación hay consecuencias. Trazar estas consecuencias y explicar cómo modifican o afectan a los fenómenos proporciona explicaciones complejas. Las consecuencias tienen dimensiones que nos permitirán captar lo máximo posible durante el análisis, pueden ser inmediatas, acumulativas, visibles sólo para algunas personas, previstas, duraderas.

4.1.4 Relación entre interaccionismo simbólico, teoría fundamentada y objetivo del estudio.

En este apartado intentaremos establecer una conexión entre los diferentes conceptos y posición paradigmática del interaccionismo simbólico, la teoría fundamentada como método y el objetivo de nuestro estudio.

Para poder cumplir con los objetivos del estudio hemos optado por el paradigma interpretativo desde la perspectiva del interaccionismo simbólico.

El interaccionismo como expusimos con anterioridad se sitúa en el paradigma interpretativo. Después de valorar el conjunto de creencias y las respuestas a

las preguntas básicas que hace el paradigma interpretativo, consideramos que nuestras creencias, patrones y directrices sobre qué es y cómo se desarrolla nuestra investigación puede integrarse dentro de este paradigma.

A nivel ontológico consideramos la realidad como dinámica, construida en un proceso de interacción en continua transformación. Consideramos el carácter activo, único y social de los sujetos investigados, en este caso, de las enfermeras.

A nivel epistemológico, asumimos tanto la vía inductiva como la deductiva; partimos de las construcciones simbólicas hechas por las palabras que nos aportan los datos y, a la vez, de las perspectivas teóricas que se integran con los datos para generar un nuevo conocimiento.

A nivel metodológico, la investigación se caracteriza por su carácter emergente, construyéndose a medida que se avanza en el proceso, a través del cual comprendemos los distintos significados y acciones de las enfermeras en el contexto hospitalario. Como técnica utiliza la entrevista como herramienta de comunicación para acceder a los significados, considerando la capacidad que tienen los actores involucrados, investigador y persona investigada, para influirse mutuamente.

Tras analizar la perspectiva, las características, ideas básicas y donde se enmarca el del interaccionismo simbólico, entendemos existe una amplia conexión entre sus conceptos y la finalidad de nuestro estudio.

El objetivo de este estudio se enmarca dentro de sus cuatro conceptos centrales:

- La gente actúa en función del significado que los objetos tienen en su mundo. Si queremos comprender los actos de las enfermeras es preciso que veamos los objetos como ellas los ven.
- En la vida en grupo las personas señalan líneas de acción a los demás e interpretan las indicaciones que los otros les hacen. En la interacción social (con otras enfermeras, pacientes y profesionales), las enfermeras elaboran sus líneas de comportamiento teniendo en cuenta las líneas de acción de las personas con las que entablan relación.

- Los actos sociales, tanto individuales como colectivos, surgen de un proceso en el que la persona advierte, interpreta y enjuicia las situaciones con las que tropiezan. Las actividades que realizan las enfermeras son el fruto de la interpretación de las actividades reciprocas con los individuos que conforman el hospital.
- La compleja concatenación de los actos que configuran las instituciones, la división del trabajo y las redes de interdependencia no constituyen algo estático sino dinámico. La actividad de las enfermeras está en función del significado que atribuyen al tipo de situación en que la acción conjunta se produce. De ello depende que las formas recurrentes y estables de acción conjunta se desarrollen siempre de la misma forma; cualquier cambio que modifique la forma de definir e interpretar, modificará lo que hacen las enfermeras.
- Por otro lado, hay que tener en cuenta que toda acción conjunta está temporalmente vinculada la acción conjunta que la precede. Las indicaciones e interpretaciones, mediante las cuales las enfermeras forman y/o mantienen sus relaciones, son un bagaje de su pasado ⁽¹⁰⁸⁾.

Al hacer el análisis desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, trabajaremos con los símbolos significativos que las enfermeras enfatizan en sus discursos, profundizando en su experiencia e intentando entender el valor individual de cada una. Esto nos va a permitir ver los objetos como ellas los ven, interpretarlos y determinar patrones entre los datos recogidos que permitan finalmente conceptualizar lo que fue descubierto⁽¹⁰⁸⁾.

El interaccionismo simbólico es el marco teórico que nos permite descubrir como la utilización de un sistema informatizado de cuidados con la orientación filosófica de Virginia Henderson, es vivida por las enfermeras en el hospital y comprender los significados que construyen e interpretan en su mundo social acerca del sentido de su actividad, de la naturaleza de los problemas que resuelven y de las acciones que deben realizar.

La teoría fundamentada como método y producto de la investigación contiene herramientas que nos permiten estudiar cómo determinados procesos pueden convertirse en prácticas institucionalizadas. Comprender como las personas definen sus situaciones y actúan en función de ellas nos permite objetivar la

presencia de conflictos, cambios reales o potenciales y sus respuestas en sus mundos sociales específicos; el énfasis en la acción y el proceso nos permiten comprender el éxito o fracaso de una acción conjunta en su secuencia y en el tiempo⁽¹⁰⁹⁾.

Al reflexionar sobre estos aspectos hemos llegado a la conclusión de que la estrategia más apropiada para el desarrollo de este estudio es la Teoría Fundamentada (Grounded Theory).

La teoría fundamentada procura investigar los procesos en los lugares en los cuales se están produciendo los fenómenos y nos ofrece otros dos aspectos que consideramos importantes: el desarrollo de la investigación nos permite visualizar la transformación de los datos y la evolución del fenómeno en el tiempo, permitiéndonos al finalizar el proceso fundamentar el cambio en la práctica asistencial de las enfermeras en el periodo de tiempo que abarca el estudio.

Con el proceso de análisis de la teoría fundamentada, buscamos entender o descubrir cómo se modificó la práctica asistencial de las enfermeras después de la adopción del modelo de Virginia Henderson y de la implementación de un sistema de cuidados informatizado.

4.2 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.2.1 Diseño y tipo de estudio

En esta investigación optamos por una metodología cualitativa, ya que no se parte de hipótesis cerradas para ser comprobadas sino de preguntas y objetivos abiertos que tienen como finalidad orientar el estudio para una mejor comprensión del fenómeno investigado.

En los estudios cualitativos el diseño es flexible, abierto y cambiante. Su objetivo principal es interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁹⁾⁽¹²⁰⁾.

Como la pregunta de investigación se refiere a un proceso en el que se experimentan cambios en el tiempo y tiene diferentes fases se planteó un estudio exploratorio-interpretativo desde la perspectiva de la Teoría Fundamentada⁽¹⁰⁴⁾.

Los principios básicos del diseño de una investigación cualitativa son: la flexibilidad, la circularidad del proceso y la reflexividad permanente del investigador⁽¹²¹⁾⁽¹²²⁾.

- La flexibilidad se refiere a que el diseño es abierto, cambiante y flexible, las preguntas de investigación y los objetivos son inconcretos y se van concretando a lo largo del proceso. La reflexión sobre lo que va aconteciendo es lo que permite recoger e introducir lo inesperado en la investigación, concretar las preguntas y controlar el proceso y completar el diseño. La investigación está proyectada pero permanece abierta a incorporar lo que emerge, lo inesperado, aspectos que pueden matizar y reorientar partes del diseño proyectado⁽¹²²⁾.
- La circularidad se refiere a que la realización de cada fase puede modificar la anterior y la siguiente en un proceso de interrelación circular durante todo el estudio⁽¹²²⁾⁽¹²³⁾.
- La reflexividad se puede definir como un pensamiento cuidadoso, un autoconocimiento consciente que permite analizar y evaluar la influencia de las respuestas subjetivas, la dinámica intersubjetiva y el proceso de la investigación⁽¹²³⁾.

4.2.2 Proceso de estudio

El proceso de investigación se ha desarrollado en dos cortes temporales, uno en el año 2004 y otro en el 2016, pretendíamos estudiar los cambios en la práctica asistencial de las enfermeras desde el inicio del proceso de implantación del programa de cuidados de enfermería hasta su normalización, integrándolos en el contexto y en la evolución histórica de los mismos.

En cada uno de los periodos se han desarrollado cuatro fases sucesivas: Preparación del trabajo de campo, obtención de datos de manera recurrente con el análisis, conceptualización y comunicación de los resultados. En la siguiente figura se describen las fases con las principales actividades realizadas en cada una de las fases.

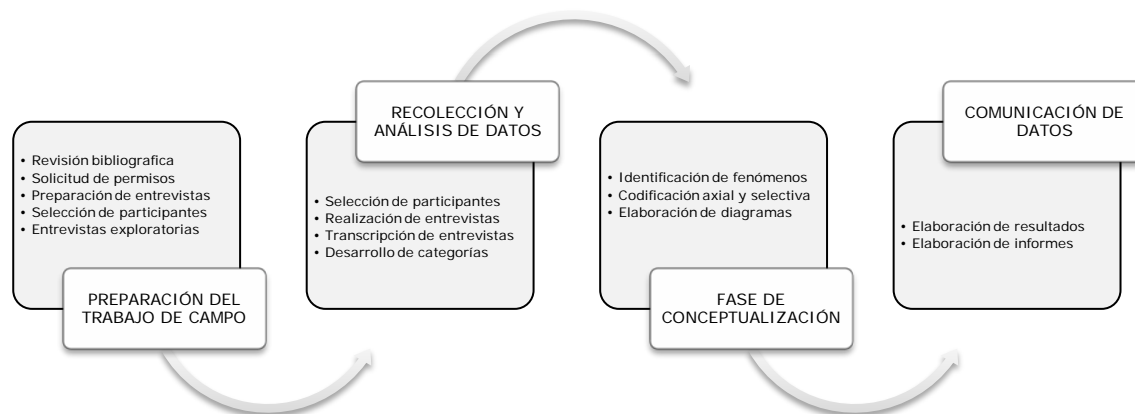


Figura 4-2 Fases del proceso de investigación.

4.2.2.1 Ámbito del estudio

El estudio fue realizado en la Xerencia de Xestión Integrada A Coruña, de ella dependen, entre otros servicios asistenciales, cuatro hospitales: Hospital A Coruña, Hospital Teresa Herrera, Hospital Marítimo de Oza y Hospital Abente y Lago.

Un total de 507 enfermeras trabajan en las 43 unidades de hospitalización que utilizan el programa informático de cuidados (GACELA) y contienen 1.230 camas. (Según los datos facilitados por la Dirección de Procesos de enfermería y el Staff de Gerencia, en febrero de 2017)

4.2.2.2 Participantes

Los participantes en el estudio fueron enfermeras y enfermeros del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña que manifestaron utilizar el aplicativo informático GACELA y utilizar, o haber adoptado, el modelo de Virginia Henderson en su práctica asistencial.

Criterios de inclusión de participantes:

Enfermeras que trabajaban en las unidades de enfermería con más de 3 años de experiencia asistencial tras haber adoptado el modelo y utilizado el programa Gacela.

El criterio de exclusión fue:

Enfermeras que no firmaron el consentimiento informado.

Para proporcionar una mayor visión del proceso y ganar riqueza en los datos, se incluyó personal de enfermería perteneciente a diferentes áreas del hospital. Así mismo, se buscó variabilidad en las características de los participantes, de forma que reflejaran la amplitud del fenómeno estudiado para ello se seleccionaron participantes con funciones y responsabilidades diferentes dentro del departamento de enfermería:

- Responsables de unidad o supervisoras, tenían una visión general de las actividades de enfermería en las unidades y valoraban los informes de actividad de las diferentes enfermeras.
- Responsables del proceso de implantación y de formación, este puesto se había creado para facilitar el proceso de implantación entre las enfermeras, tenían una visión general de las diferentes unidades de hospitalización al tener que colaborar en todas. Conocían todo el contenido y aspectos técnicos del sistema y compartían los objetivos de la dirección de enfermería.
- Enfermeras de las unidades de hospitalización de adultos y niños de los diferentes hospitales.

El número de enfermeros que iba a participar en el estudio no se estableció previamente, sino que se utilizó el muestreo teórico según la evolución del proceso. Este tipo de muestreo se basa en los conceptos que emergen del

análisis y que parecen ser pertinentes para la teoría que se esté construyendo. El propósito del muestreo teórico es maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para determinar cómo varía una categoría en cuanto a sus propiedades y dimensiones; las personas y los lugares simplemente proporcionan los medios para obtener estos datos⁽¹¹⁷⁾. De esta forma al recoger, codificar y analizar los datos estamos en condiciones de decidir si es necesario o no recoger más datos para alcanzar la saturación teórica.

En este caso, la saturación teórica en el estudio año 2004 se consiguió, después de haber realizado la entrevista nº 11 y en el estudio año 2016 después de la entrevista nº 10, en ambos casos se realizaron dos entrevistas más para asegurar la consistencia de los datos.

4.2.2.3 Recogida de datos

La técnica que se utilizó para la obtención de datos fue la entrevista, esta técnica se articula como el principal dispositivo para comprender a los seres humanos; la entrevista es por definición el método de interacción básico y nosotros centramos el estudio en la interacción social.

En una entrevista el conocimiento se construye a partir de la interacción entre el entrevistador y el entrevistado, el entrevistado trasmite su conocimiento y para ello procesa y elabora las respuesta. Con la entrevista se mejora el conocimiento a través de una interacción conversacional cara a cara⁽¹²⁴⁾.

Se ha elegido la modalidad de entrevista semiestructurada porque permite formular preguntas en relación con los temas centrales del estudio y a la vez acceder a las experiencias e interpretaciones de la persona entrevistada.

Lo que diferencia de este tipo de entrevista de otra es que:

- Los entrevistados han estado expuestos a una situación concreta.
- El entrevistador ha estudiado y analizado previamente dicha situación.
- El guion de la entrevista se ha elaborado a partir del análisis.
- La entrevista se centra en las experiencias subjetivas de las personas expuestas a la situación⁽¹²¹⁾.

Para la realización de las entrevistas se elaboró un guión que contenía 6 preguntas relacionadas con los objetivos del estudio, esto nos permitió conducir la entrevista hacia las cuestiones específicas de la investigación.

En el estudio año 2004, las preguntas se relacionaron con las siguientes temas: una sobre el proceso de implantación del programa GACELA, una sobre el proceso de atención de enfermería, dos sobre el modelo de Virginia Henderson y dos sobre los cambios en la actividad asistencial. (Anexo II).

En el estudio año 2016, las preguntas se relacionaron con los siguientes temas: una sobre el proceso de implantación del programa GACELA, una sobre el programa informático de cuidados, una sobre el modelo de Virginia Henderson, tres sobre los cambios en la actividad asistencial, una opcional, para los participantes en el año 2004 sobre los resultados de esa fase. (Anexo II).

Para el procedimiento de selección de los participantes se realizó, en primer lugar, una sesión informativa en las unidades de enfermería. En ellas, se explicó el objetivo del estudio y se informó de que podrían ser seleccionadas si estaban de acuerdo en participar. Se contó con la colaboración de las supervisoras de las diferentes unidades para posteriormente contactar o reclutar los participantes. Antes de cada entrevista se mantuvo un contacto individual preliminar, por teléfono o en la unidad, en el que se le volvía a explicar en qué consistía su participación y el objetivo; si la enfermera estaba de acuerdo en colaborar se acordaba el día, la hora y el lugar de reunión.

Las entrevistas duraron aproximadamente una hora y se registraron mediante grabación de audio. Se realizaron en espacios privados para evitar interrupciones y asegurar privacidad. La mayoría tuvieron lugar en espacios del hospital, generalmente en la misma unidad; otras, en espacios de la Escuela Universitaria de Enfermería A Coruña.

Antes del inicio de la entrevista se les daba toda la información con respecto al estudio y se acordaba el idioma en que se desarrollaría la conversación (gallego o castellano). Se solicitó autorización para utilizar la información registrada, la firma del consentimiento informado y la cumplimentación de una ficha con las siguientes variables:

- Socio-demográficas: edad, sexo.
- Relacionadas con la actividad asistencial: unidad de hospitalización y cargo (enfermera, supervisora, otros).
- *Nivel de formación*: ATS con/sin curso de nivelación, DUE. Graduados en enfermería. Otros.
- Nivel de conocimiento y/o de adopción percibida en relación al Modelo de Virginia Henderson: bajo, alto, medio. (Sólo para los participantes de 2016).
- Años de experiencia asistencial.
- Años de experiencia asistencial con el aplicativo GACELA.

Esta primera interacción con la enfermera entrevistada permitió establecer un clima de confianza, ante cualquier expresión de duda se aclaraba que la participación debía ser espontánea. Se ha intentado no condicionar a la persona y dejar libertad en la forma de expresión.

Después de cada entrevista, hemos tomado algunas notas de campo, fundamentalmente sobre la comunicación verbal, las resistencias o dificultades para hablar de algún aspecto. Habitualmente, al finalizar la entrevista permanecíamos en el lugar unos minutos de charla informal, en algunas ocasiones, la enfermera planteaba cuestiones o manifestaba opiniones y reflexiones que le surgían, cuando se consideraban importantes, se incluían en las notas de campo con su autorización.

En el Anexo III se describe el cronograma de recogida y análisis de los datos.

Durante el proceso de recogida de datos se mantuvo una reunión con la Exjefa del Servicio de Enfermería de Atención Primaria y Especializada de la Conselleria de Sanidade (SERGAS), y con la Exdirectora de Enfermería del Complejo Hospitalario. En ella, se les informo sobre el interés y objetivos de la investigación y se recabó información sobre el proceso de génesis, los objetivos y el proceso de implantación del programa GACELA.

4.2.2.4 Análisis de los datos.

El análisis de los datos, se realizó a lo largo de todo el proceso de investigación.

Se inició con la transcripción completa de todas las entrevistas. En ese momento se anonimizaron asignando un código numérico a cada una de las entrevistas.

Las transcripciones las realizó la investigadora principal, excepto cinco entrevistas de las realizadas en el estudio año 2016 que fueron transcritas por una persona ajena a la investigación.

Una vez realizada la transcripción se realizó una revisión minuciosa del texto con el audio de la grabación comparando el habla con el texto, línea por línea. Se establecieron códigos para las pausas (...menos de 5 segundos, más de 5 segundos se especificaba), las risas (indicar entre paréntesis), para las palabras que no se entienden (especificar entre paréntesis). Con esta revisión comprobábamos que el texto relataba fielmente el discurso de los entrevistados y coincidió o contenía lo recogido en las notas de campo.

Corregido el texto, se inició el proceso de análisis de cada una de las entrevistas comenzando el proceso de codificación con la identificación de las unidades de análisis, se fueron identificando uno a uno los códigos, que se escribían en la margen derecha de los datos identificados. Posteriormente, se analizaron y se separaron por afinidad o semejanza, si representaban alguna relación o complemento de ideas, esto nos permitió detectar códigos con el mismo significado y reducir su número, con ello se establecieron las primeras categorías.

Todas las unidades de análisis fueron identificadas con códigos de dos caracteres numéricos (12[7]) para preservar el anonimato del entrevistado y facilitar la búsqueda en el documento, por si era necesario, para un posterior análisis.

Después la conclusión de cada entrevista, se transcribió editada en Word y se imprimió

La codificación se realizó manualmente y los códigos se anotaron en el margen derecho de la página. Esta etapa es denominada por Strauss y Corbin⁽¹¹⁷⁾ como codificación abierta y tiene lugar durante todo el tiempo que dura la recogida de datos, pero sus características varían dependiendo de la evolución del proceso.

A continuación, separamos las unidades de análisis, nombrando cada idea, acción y estrategia de un modo que pudiesen representar los fenómenos o ideas centrales de los datos identificados. Estos primeros conceptos se compararon entre sí, intentando responder a la pregunta ¿qué significa esto? La respuesta nos permitió organizar los datos para que fenómenos similares recibiesen la misma identificación.

Durante esta fase se realizaron notas de código (memorandos) y anotaciones que nos sirvieron para sugerir algunas categorías.

La etapa siguiente consistió en la categorización, estos autores afirman que cuando los conceptos comienzan a acumularse se debe iniciar el proceso de agruparlos o categorizarlos bajo términos más abstractos, o sea, en categorías. Sostienen que cuando se define una categoría, es más fácil recordarla, pensar en ella y desarrollarla según los términos de sus propiedades y dimensiones.

La siguiente tabla representa un ejemplo de agrupación de código y categoría.

| Unidad de análisis | Códigos | Categoría |
|---|--|--|
| <p>11[1] <i>"Yo creo que el cuidado lo desarrollo con algunas dificultades, dificultades de infraestructura, el hospital es un medio hostil para la persona que ya le limita mucho a la hora de expresar cosas sencillas o básicas".</i></p> <p>10[10] <i>"Yo creo que el hospital está demasiado masificado, no se pude cuidar bien.</i></p> | <p>La estructura del hospital dificulta la prestación de cuidados.</p> | <p>Detectando las dificultades para modificar la práctica.</p> |
| <p>11[1] <i>También estamos siempre corriendo y eso no favorece el poder hablar y luego quién prioriza que es lo importante casi nunca podemos ser nosotras".</i></p> <p>12[7] <i>"El cuidado que tiene que ver con la parte más humana y más psicológica del otro es un cuidado fundamental y la hay que hacer pero lleva tiempo y las enfermeras siempre tenemos prisa, es verdad que hay mucha sobrecarga, así no se puede hacer bien"</i></p> <p>10[10] <i>"Yo creo que el hospital está demasiado masificado, no se pude cuidar bien, por ejemplo para enseñarle pues no te lleva los cinco minutos que tú puedes dedicarle a ese paciente,"</i></p> | <p>La sobrecarga dificulta la prestación de cuidados</p> | |

Tabla 1 Ejemplo de agrupación de código y categoría.

El proceso de categorización no fue fácil pues, en ocasiones fue difícil, encontrar un enunciado que representase los distintos códigos agrupados y reflejase el significado o la experiencia de los participantes.

El siguiente paso fue el de codificación axial, para Strauss y Corbin⁽¹¹⁷⁾ este proceso consiste en relacionar las categorías con sus subcategorías para añadirles profundidad y estructura. Para realizar este proceso nos hemos ayudado del paradigma de codificación, esta herramienta nos ha permitido descubrir la manera en que se relacionan las categorías.

Como hemos expuesto con anterioridad, los componentes básicos de este paradigma son: las condiciones, las acciones/interacciones y las consecuencias⁽¹¹⁶⁾⁽¹¹⁷⁾.

Las condiciones forman la estructura o circunstancias en las que se produce el fenómeno. Para identificarlas preguntamos ¿por qué?, ¿dónde? y ¿cuándo?

Las acciones/interacciones son respuestas de individuos o grupos (en nuestro caso las enfermeras) sobre un asunto, problema o suceso. Para identificarlas preguntamos ¿quiénes? y ¿cómo?

Las consecuencias son los efectos de las acciones. Para identificarlas preguntamos ¿qué resultados, éxitos, decepciones tienen las enfermeras con esas acciones/interacciones?

La última fase de codificación se denomina codificación selectiva. Con ella, se pretende integrar y refinar las categorías. Se trabajó la profundidad y consistencia de la categoría para conseguir su saturación teórica, es decir, que ya no pudieran emerger propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis.

La realización de este proceso permitió la reducción de categorías por medio de la comparación y organización de los datos, y la definición de otras más amplias y densas.

El paso siguiente fue identificar la categoría central. Con este término nos referimos a aquella categoría que permite por su centralidad, explicar y dar sentido a todos los datos y sus relaciones, es decir, debe estar relacionada con

las categorías y sus propiedades, y debe repetirse con relativa frecuencia en los datos⁽¹¹⁸⁾.

Según Strauss y Corbin⁽¹¹⁷⁾, la categoría central es el hilo conductor que coloca y mantiene juntos todos los componentes de la teoría. En nuestro caso hace explícita la experiencia que han vivido las enfermeras al realizar su actividad asistencial utilizando un sistema informático de registro de cuidados con la orientación filosófica de Virginia Henderson.

Al finalizar este paso se procedió a inter-relacionar los fenómenos con las categorías que mostrasen la sensibilidad teórica para comprender el significado de la experiencia de las enfermeras como un todo, y poder, así, desarrollar un modelo representativo de esa experiencia.

El fenómeno fue analizado desde la perspectiva del paradigma de codificación, como una forma de agrupar las categorías y facilitar el análisis de los datos. Buscábamos entender cuáles eran las condiciones en las que se desenvolvía el fenómeno, las respuestas estratégicas o rutinarias realizadas por las enfermeras y los efectos de sus acciones/interacciones.

4.2.3 Relación con los participantes y la reflexividad.

Blumer⁽¹⁰⁸⁾ sostiene que para el buen desarrollo de una investigación es preciso que el investigador tenga la habilidad de colocarse en la posición del otro, de asumir el papel del otro, de aproximarse a las personas, observar su problemas, dialogar con ellas y ver como se relacionan.

La investigadora principal tuvo contacto previo con el tema de estudio y el contexto organizacional donde se desarrolla la acción desde diferentes instituciones y en diferentes posiciones dentro de la organización.

A finales de los 90, muchos centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma demandaban formación en modelos conceptuales de enfermería. La investigadora principal fue docente de esta formación en distintos hospitales, desde 1998 hasta 2002, actividad que le permitió establecer contacto con enfermeras de distintos hospitales.

La metodología de los cursos era fundamentalmente interactiva y esto propiciaba el intercambio de opiniones con los participantes. El no pertenecer

al hospital en el que se impartía el curso propiciaba una conversación fluida, estos contactos permitieron escuchar sus opiniones, sus resistencias y sus expectativas. Estos encuentros permitieron, a la vez, conocer como se desarrollaba el proceso de enfermería en los hospitales.

Cuando el Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (hoy Xerencia de Xestión Integrada A Coruña) decidió poner en marcha el proceso de sistematización de los cuidados, la investigadora principal se incorporó como miembro de la Escuela Universitaria de Enfermería, al Grupo de Validación para la elaboración de la base de conocimientos del programa. Después, pasó a formar parte de la Comisión de Cuidados.

La posición que ocupaba la investigadora principal se consideró fundamental para el desarrollo adecuado de la investigación. Por un lado, el ser miembro de la comisión le permitía tener una visión próxima de la actividad de las enfermeras; y por otro, el no ser miembro de la institución le permitía tener cierta distancia que favorecía la objetividad.

La investigadora principal partía de la idea de que desarrollar los cuidados desde una determinada orientación filosófica modifica la práctica asistencial, pero también compartía la creencia de que los cambios no se producían de manera inmediata.

La otra idea de partida era que un sistema informático de cuidados no es solo un instrumento estático, sino que es algo que influye en la estructura y organización de las instituciones, y en los procesos y relaciones de las personas que las componen.

Pensamos que estas ideas de partida no han influido en el desarrollo de la investigación; buscábamos “comprender los cambios”, foco que nos permitió estar abiertos a las palabras y reacciones de nuestros participantes en el estudio. Los datos, las relaciones analíticas y las interpretaciones que surgieron fueron fundamentados en la realidad empírica en la que están inmersas las enfermeras.

4.2.4 Rigor metodológico.

Para garantizar el nivel de rigor adecuado con suficiente credibilidad y validez del estudio se han realizado algunas estrategias como someter todo el proceso de codificación a un contraste de ideas o revisión con la directora, la tutora y otros dos investigadores para reducir los posibles sesgos que tendría un solo investigador en el análisis.

Hemos examinado nuestra posición como investigadoras, intentando comparar lo que creíamos ver con lo que veíamos en las dimensiones o propiedades de los datos. También, se ha puesto especial cuidado en la realización de las entrevistas para evitar que nuestra percepción y perspectiva empañase la de los participantes.

Durante todo el proceso hemos intentado ver a los participantes de forma holística y ser sensibles a los efectos que podíamos causar sobre los ellos, hemos intentado interactuar durante las entrevistas de un modo natural y no intrusivo. Intentamos apartar nuestras propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

Además se han utilizado, tanto en la recogida de datos como en el análisis, los siguientes criterios que deben apoyar y fundamentar los estudios cualitativos⁽¹²⁵⁾:

- La credibilidad. Se refiere al valor "de verdad" de los hallazgos, que el investigador ha establecido por medio de la participación de los informantes. Consideramos que nuestros datos reflejan la verdad tal y como la conocen, la experimentan o la sienten las enfermeras estudiadas; consideramos que nuestros hallazgos son verosímiles para nuestros participantes. En alguno de los casos, hemos comprobado que la enfermera se siente reflejada en los resultados expuestos.
- La posibilidad de confirmación. Significa obtener corroboraciones directas y a menudo repetidas de lo que el investigador ha escuchado, visto o experimentado con respecto al fenómeno estudiado. Aunque no se ha realizado con todos los participantes, en algunos casos, se ha expuesto a la enfermera los resultados del análisis realizado para su corroboración.

- El significado del contexto. Este criterio se centra en la contextualización de ideas, experiencias y se apoya en la importancia de las interpretaciones y de la comprensión de las acciones, la comunicación, y otras actividades que adquieren significado para los informantes en el contexto en el que las viven. Consideramos que nuestros datos son comprensibles para las enfermeras participantes que reflejan los elementos significativos que se desarrollan en su ambiente de trabajo en el hospital, su proceso de interpretación y las líneas de acción de su trabajo asistencial diario.
- Los patrones recurrentes. Para el proceso de análisis hemos utilizado las experiencias, las expresiones, los acontecimientos o las actividades que se repiten en los diálogos mantenidos con las enfermeras y que reflejan sus patrones identificables de comportamiento o de acciones.
- La saturación. Significa que el investigador ha hecho una exploración exhaustiva del fenómeno, de ahí la duplicidad o redundancia de ideas, experiencias, comportamientos, que indican que no se obtiene más información. Las últimas entrevistas de ambos estudios no aportaron nueva información a los fenómenos identificados.
- La posibilidad de transferencia. Se refiere a si un hallazgo particular de un estudio se puede transferir a otro contexto o situación similar y sigue preservando su significado, su interpretación. Pensamos que los hallazgos de este estudio pueden contribuir a comprender los cambios que en la práctica asistencial producen los sistemas de información de cuidados.

4.2.5 Consideraciones éticas.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña- Ferrol (Anexo VI) y autorizado por la Dirección de Procesos de Enfermería de la Xerencia de Xestión Integrada A Coruña.

Las cuestiones éticas son fundamentales en cualquier estudio de investigación y como argumenta Gastaldo y McKeever⁽¹⁰²⁾, sería ingenuo seguir tomando todo estudio cualitativo como intrínsecamente ético, el carácter cualitativo no garantiza su propiedad ética.

Durante el proyecto hemos intentado mantener una perspectiva ética, tanto desde el punto de vista de la aceptación de la persona respetando sus valores y derechos, como de su consideración de elemento imprescindible para la producción del conocimiento⁽¹⁰²⁾. El desarrollo de las entrevistas se ha basado en una relación de confianza, hemos intentado mostrarnos como personas amables, interesadas en escuchar, alguien con quien se puede compartir información de carácter privado; pero ese vínculo finaliza al terminar la entrevista.

Hemos garantizado el anonimato de los participantes. Su participación fue voluntaria y hemos preservado la confidencialidad de los datos durante todo el proceso mediante la asignación de un código para cada entrevista. Las grabaciones y las transcripciones se han custodiado en un lugar seguro.

Antes de iniciar la entrevista, cada participante leyó la hoja de información y firmó el documento de consentimiento informado. (Anexo IV y V, respectivamente.)

5. RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DEL AÑO 2004

En este apartado se describen los resultados obtenidos a través de las entrevistas de las enfermeras y su interpretación mediante el proceso de análisis de la teoría fundamentada: unidades de análisis, identificación de códigos, identificación y agrupación de categorías emergentes, hasta alcanzar la integración de todas las categorías en la determinación de la categoría central.

Este proceso de análisis de los datos recopilados nos va a permitir comprender la vivencia de las enfermeras y los cambios en su práctica asistencial originados por la implantación de un sistema informático de cuidados de enfermería (GACELA), desde la orientación filosófica de Virginia Henderson.

Analizamos el proceso de cambio desde una perspectiva longitudinal, teniendo en cuenta su carácter interactivo y dinámico y considerando la existencia de distintas percepciones entre las enfermeras a lo largo del tiempo.

A continuación se describen los datos obtenidos en el primer corte realizado en el año 2004.

Se realizaron un total de 15 entrevistas con una duración de entre 45 y 60 minutos.

En la siguiente tabla se describen los participantes en las entrevistas y la actividad que realizaban:

| | Cargo/lugar de la actividad asistencial | Edad | Formación | Años de experiencia asistencial | Años con GACELA |
|------------|---|-------------|-----------------------------|--|------------------------|
| E1 | Supervisora unidad de hospitalización adultos área médica | 49 | ATS/Diplomada en enfermería | 28 | 4 |
| E2 | Enfermera unidad de hospitalización infantil | 50 | ATS/Diplomada en enfermería | 29 | 6 |
| E3 | Supervisora unidad de hospitalización infantil | 55 | ATS/Diplomada en enfermería | 35 | 6 |
| E4 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica | 46 | Diplomada en enfermería | 6 | 4 |
| E5 | Enfermero responsable implantación | 48 | ATS/Diplomado en enfermería | 25 | 6 |
| E6 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica | 29 | Diplomada en enfermería | 7 | 3 |
| E7 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica | 30 | Diplomada en enfermería | 8 | 3 |
| E8 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica | 36 | Diplomada en enfermería | 12 | 5 |
| E9 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área quirúrgica | 34 | Diplomada en enfermería | 12 | 4 |
| E10 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica | 41 | Diplomada en enfermería | 17 | 5 |
| E11 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área quirúrgica | 44 | Diplomada en enfermería | 24 | 5 |
| E12 | Enfermera responsable implantación | 51 | ATS/Diplomada en enfermería | 30 | 7 |
| E13 | Enfermero unidad de hospitalización adultos área médica | 43 | Diplomado en enfermería | 12 | 3 |
| E14 | Supervisora unidad de hospitalización adultos área quirúrgica | 50 | ATS/Diplomada en enfermería | 28 | 3 |
| E15 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área quirúrgica | 30 | Diplomada en enfermería | 7 | 4 |

Tabla 2 Características de los participantes en las entrevistas de la anualidad 2004

Durante el proceso de análisis identificamos dos ideas centrales o fenómenos interrelacionados entre sí y con la singularidad necesaria para determinar las categorías o conceptos que representan cada uno de ellos. Estos fenómenos fueron:

“Intentando adaptar la práctica asistencial al nuevo marco conceptual y al sistema informático de cuidados”.

“Experimentando las dificultades para proporcionar cuidados desde la orientación filosófica de V. Henderson”.

Expondremos los fenómenos por separado, identificando sus categorías y subcategorías. Las categorías se agruparan atendiendo al paradigma de codificación en función de su relación con las condiciones, estrategias y consecuencias del proceso en el que se desarrolla la actividad asistencial de las enfermeras.

Posteriormente, integraremos estos fenómenos en una categoría central, **“Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el modelo modifica la práctica habitual”** que permitirá explicar y exponer la variación en los significados y comportamientos de las enfermeras participantes en el estudio.

5.1.1 Fenómeno “Intentando adaptar la práctica asistencial al nuevo marco conceptual y al sistema informático de cuidados”

Este fenómeno hace referencia a la situación vivida por las enfermeras con la puesta en marcha de la informatización de su actividad asistencial. El reto más importante de la informatización era, conseguir un cambio conceptual del trabajo que realizan las enfermeras y el uso de una aplicación informática de cuidados (GACELA). Esta aplicación abarca el campo específico del conocimiento enfermero, sirve de orientación en la toma de decisiones clínicas y administrativas y facilita la personalización del cuidado desde la orientación filosófica de Virginia Henderson.

Se pasó de un conocimiento teórico del proceso de atención de enfermería y de la taxonomía NANDA-I a su aplicación en la práctica. Además, cuando la informática se introduce en una unidad, la enfermera se ve obligada a

familiarizarse con una nueva herramienta que va a cambiar irremediabilmente el paisaje habitual del control de enfermería.

Las categorías identificadas en este fenómeno reflejan las vivencias y el esfuerzo desarrollado por las enfermeras durante este proceso de adaptación y cambio

5.1.1.1 Condiciones

Comenzaremos por las categorías que representan las condiciones que desencadenan el fenómeno, nos explican el por qué y el cómo las enfermeras responden al problema. En la siguiente figura se muestran a modo de esquema estas categorías agrupadas en causales, contextuales e intervinientes.

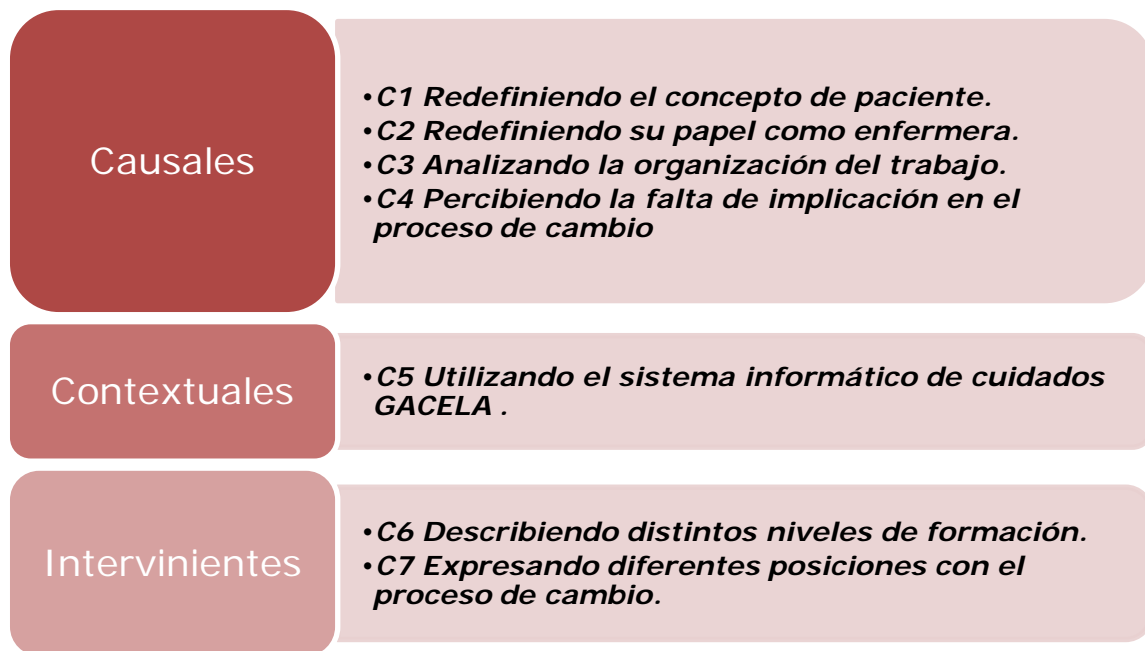


Figura 5-1 Condiciones del fenómeno "Intentando adaptar la práctica asistencial al nuevo marco conceptual y al sistema informático de cuidados".

5.1.1.1.1 Condiciones causales

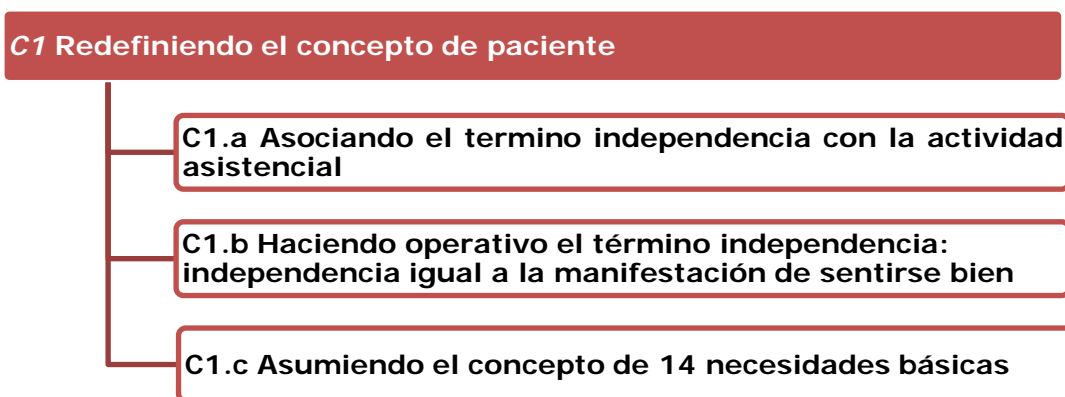
Estas categorías son consideradas causales porque las enfermeras están implicadas en un proceso de cambio que les obliga a participar en una nueva acción conjunta, que implica dotar de significado para la acción a nuevos objetos. Este proceso tiene dos vínculos: uno horizontal, la acción de los participantes en esas acciones, y otro vertical que guarda relación con la acción conjunta previa.

En los relatos podemos observar como las enfermeras construyen e interpretan los significados relacionando sus concepciones pasadas con las nuevas.

C1 Redefiniendo el concepto de paciente

Esta categoría aparece como uno de los factores que permite comprender el proceso de adaptación a un nuevo marco conceptual. Al redefinir el concepto de paciente, las enfermeras incorporan las asunciones científicas o postulados del modelo de Virginia Henderson referidas al concepto de persona. Estas asunciones, reflejan una visión integral del ser humano y son básicamente tres: *La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas, La persona quiere la independencia y se esfuerza en conseguirla, Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo* ⁽¹⁸⁾.

En esta categoría se descubrieron tres subcategorías con las que las enfermeras procuran adaptar la orientación filosófica del modelo a su práctica.



C1.a Asociando el término independencia con la actividad asistencial

Para todas las enfermeras entrevistadas existe relación entre la independencia/dependencia de una persona y los cuidados de enfermería que se le proporcionan ya que sus actividades de cuidado están dirigidas a ayudar a las personas en aquellos aspectos en los que sean dependientes. Algunas de las enfermeras comentaron:

10[9] *"Hombre, por supuesto que tendrá que haber relación entre la Independencia/ dependencia de alguien y los cuidados de enfermería"*

12[3] *“Yo creo que hay una relación directa porque nosotros intervenimos sobre aquello que el paciente no es todavía capaz de hacer, de asumir, de elaborar o de trabajar, por lo tanto, trabajamos sobre lo que supone dependencia para él.”*

Todas atribuían al término independencia un significado diferente según lo utilizaran en la práctica asistencial o en otros aspectos de su vida; en el contexto hospitalario para ellas, independencia, tomaba un significado que hacía referencia a aspectos relativos a la salud/ enfermedad:

4[4] *“Porque yo en la calle, pues cuando hablas de Independencia no estoy pensando en que respire bien, en que elimine bien, en lo que sabe, no estoy pensando en lo mismo”*

5[9] *“No, no, yo creo que no, de hecho cuando utilizo Independencia en mi profesión estoy hablando de salud de un individuo. Entonces pienso que no, que no lo utilizamos de la misma forma”*

C1.b Haciendo operativo el término independencia: independencia igual a la manifestación de sentirse bien

A casi todas las enfermeras les fue imposible dar una definición exacta de la Independencia. Esta falta de precisión se debió a que opinaban que la Independencia es algo personal y subjetivo. Sin embargo, cuando la relacionaron con su actividad definieron la *independencia* como la manifestación del paciente de **“Sentirse bien”**. Esta expresión la han relacionado con los aspectos en los que tratan de ayudar a sus pacientes, entienden que son los necesarios para que el paciente alcance la independencia. Algunos de sus párrafos fueron:

3[4] *“Pues que ella se sienta bien. Yo creo que la independencia es verdaderamente, el tú sentirte bien. Lo que yo pueda sentir no es lo mismo que para la otra persona, de alguna forma es, que ella manifieste que se siente bien”*

4[15] *"Para mí, sentirse bien es tener un poco de paz interior, un equilibrio en tu cabeza, es un camino que la gente tiene que buscar. A ver, no quiere decir que una persona no necesite nada, independencia para mí supone que una persona a pesar de tener problemas puede tener un equilibrio."*

2[17] *"Creo que es bastante personal el tema de la Independencia porque según las personas lo viven de una manera o de otra. Que se sienta bien, que sepa aceptar el problema para seguir viviendo o avanzando, si tiene una enfermedad crónica con una enfermedad crónica, si tiene una enfermedad aguda para superar el momento y para seguir, y las enfermeras tenemos que ayudarlo, educando, transmitiendo, haciéndole ver, escuchándola."*

11[4] *"Por independencia entiendo, yo lo acoto aquí al hospital, que la persona asuma el control de su situación, esto es lo que lo va a hacer independiente, y yo creo, que ahí yo tengo mucho que ver porque para asumir ese proceso necesitas ayuda"*

9[5] *"Como en el hospital todas las personas tienen una enfermedad, creo que un paciente es independiente, cuando se siente bien, cuando ha superado o aceptado la enfermedad y es capaz de estar en armonía consigo, con su entorno, con todo lo de su vida. Creo, que esto depende de cada uno y de lo que sea capaz dentro de sus limitaciones"*

Al analizar en profundidad, el contenido de los discursos de las enfermeras se pudo apreciar que manifiestan una serie de aspectos o condiciones que consideraban necesarios para que las personas puedan "Sentirse bien".

Estos aspectos o condiciones hacen referencia al bienestar físico, psíquico, social, espiritual y cultural de los individuos.

Para facilitar su exposición en el texto se optó por incluir estos aspectos o condiciones dentro de los distintos componentes de la vida de una persona: físico, psíquico, social, espiritual y cultural.

Componente físico

- Tener cubiertas sus necesidades fisiológicas.
- No es sinónimo de autonomía .
- Participación en actividades de autocuidado.
- No se relaciona siempre con un problema fisiopatológico.

Componente psíquico

- Aceptación de lo que le está pasando.
- Adaptación a su nueva situación.
- Conocer sus limitaciones y recursos personales.
- Manejar y decidir su situación.
- Satisfecho con la vida que lleva.

Componente social

- Sentirse bien con los demás.
- Poder trabajar.
- Tener relaciones sociales.
- Conocer y manejar los recursos externos

Componente espiritual

- Vivir según sus valores y creencias.

Tabla 5-2 Aspectos o condiciones necesarios para “Sentirse bien”.

Componente físico

Las entrevistadas manifestaron que para que una persona pueda “sentirse bien” ha de presentar manifestaciones de bienestar físico. Estas manifestaciones son las que se expresan a continuación:

“Tener cubiertas sus necesidades fisiológicas” (respirar, comer, eliminar, moverse, descansar, regular la temperatura, higiene, no tener dolor). Las enfermeras han relacionado el que una persona tenga estas necesidades satisfechas con la percepción de ser independiente. Algunas de sus citas son:

4[4] *"Cuando es capaz de cubrir sus necesidades las cubre él, que respire bien, que elimine bien, que camina sin dificultad, que va al baño, que es capaz de cortar los alimentos y llevarlos a la boca yo creo que es independiente"*

6[7] *"Que entre otras cosas tenga las necesidades fisiológicas cubiertas, que sea independiente para el aseo, el baño, comer, respirar, eliminar..."*

"No es sinónimo de autonomía". Las enfermeras manifestaron que no siempre es necesario que el paciente sea autónomo para que se sienta independiente, argumentaban que dependiendo de la situación de salud y de la historia de vida de cada persona, un paciente podía sentirse independiente aunque no fuera capaz él sólo de satisfacer sus necesidades.

1[3] *"Para mí independencia es, que él se sienta mejor sabiendo que es útil para poder hacer esas tareas que tiene que hacer, aunque tenga que tener una persona de apoyo para él. También una persona puede ser totalmente autónoma y ser dependiente"*.

13[4] *"Que aunque tenga que ayudarlo en lo que es la actividad física que él sea independiente en el conocimiento"*.

6[9] *"Yo creo que lo medimos un poco según sus capacidades, este puede o no puede, pero luego él pues no tiene porque estar de acuerdo, puede tener otra visión de sí mismo. Cuando ves una persona en una silla de ruedas, y de entrada, lo catalogas de dependiente y él se considera independiente porque puede hacer muchas cosas"*.

"Participación en actividades de autocuidados". Explicaban que para que un paciente se sintiera independiente cuando no puede hacer una actividad por el mismo, era necesario que, de alguna forma, participase en dicha actividad. Si no podía físicamente al menos debía poseer conocimientos o dirigir la actividad:

1[3] *"Que un paciente que tiene que hacer la diálisis en casa, es que colabore, y si no tiene posibilidad física, pues que él dirija al cuidador, que él sea independiente en el conocimiento."*

9[11] *"Algunos pacientes amputados necesitan la ayuda de su mujer para colocar la pierna, sobre todo al principio, pero yo considero que hay pacientes que son independientes, ellos se sienten independientes cuando"*

entienden sus nuevas limitaciones y colaboran en algo, por ejemplo encajándose la prótesis”.

“No se relaciona siempre con un problema fisiopatológico” Las enfermeras expresaron que el sentirse bien, es una condición que puede darse aunque la persona tenga un problema fisiopatológico concreto:

2[5] *“Una persona con una enfermedad puede sentirse independiente, hay enfermedades que a lo mejor necesitan puntualmente ayuda, pero hay personas que están enfermas y pueden estar bien, si lo asumen, si lo saben llevar”.*

11[6] *“Una patología entiendo que te supone carencias pero también que no te hace perder tu independencia”.*

10[7] *“Yo creo que una persona aunque este con una enfermedad puede ser independiente, si la controla, si sabe las limitaciones que tiene”.*

1[5] *“Estoy convencida de que una persona puede tener una enfermedad, y además por trabajar tantos años con crónicos, y sentirse mejor que una persona que fisiológicamente es sana”.*

Componente psíquico

Los entrevistados manifestaron que para que una persona pueda sentirse independiente, durante o después de su estancia hospitalaria, y dado que el padecimiento de una enfermedad modifica su realidad, estas personas han de presentar manifestaciones de bienestar psíquico.

Estas manifestaciones las han concretado en “Aceptación de lo que le está pasando”:

9[5] *“Cuando tienes superada la enfermedad y eso lleva tiempo. Para estar en armonía, primero tienes que aceptar lo que te está pasando, aceptar que estás enfermo, yo creo que una vez que lo aceptas puedes retomar tu vida”.*

2[17] *“Que se sienta independiente, que sepa aceptar aquello que se ha modificado para prepararse para ser independiente”.*

11[5] *“Primero que tenga conocimientos de lo que le está pasando y una aceptación de lo que le está pasando”.*

1[3] *"A ver, una persona con una enfermedad, como los que están aquí, que viven con la enfermedad, aceptan su nueva situación y toman el estatus de una persona que tiene una dificultad pero que puede vivir con esa dificultad".*

Algunas enfermeras consideraban que la aceptación no era suficiente sino que esa persona, además de aceptarlo, debía experimentar "Adaptación a su nueva situación" para sentirse independiente:

1[3] *"Si, adaptado a su nueva situación pero no con resignación, me ha tocado, sino que lo asume y haga su vida".*

10[7] *"Cuando psicológicamente acepta la situación y cuando está adaptada a las limitaciones que tiene".*

7[7] *"Pues eso una persona, imagínate: como un paciente que ingreso en la unidad con un brote de una esclerosis, pues él puede ser independiente porque se ha adaptado bien a su situación para conseguir valerse por sí mismo".*

Todas las enfermeras expresaron que para que una persona pudiese aceptar y adaptarse a la nueva situación debía "Conocer sus limitaciones y sus recursos personales". Entendían que era uno de los objetivos de sus actividades ya que sin ello era casi imposible que alguien pudiese ocuparse de sus cuidados:

1[2] *"La persona tiene que saber las limitaciones que tiene y lo que puede alcanzar, tiene que tener conocimiento de lo que tiene que hacer y cómo hacerlo".*

3[15] *"Para mí supone que una persona, aún a pesar de tener un problema, que conozca sus problemas y como solucionarlos, imagínate una madre pues se tiene que ir del hospital con el convencimiento de que va a poder hacer lo que necesita su hijo, de alguna forma, le hemos ayudado a ser independiente".*

11[5] *"Que tenga un conocimiento de lo que le está pasando, cuando digo un conocimiento es que sepa las dificultades que le genera y los recursos que posee, tanto desde el mismo como desde el exterior".*

Manifestaron que para sentirse independientes las personas han de tener capacidad para “Manejar y decidir su situación”:

11[5] *“Que conociendo sus recursos sea capaz de manejar y decidir esta situación de salud, pues con las limitaciones y déficits que puede tener, eso para mí sería necesario para sentirse independiente”*

10[11] *“La independencia tiene que ver con la capacidad que tiene la persona de decidir sobre su día a día, sobre su vida en su situación. Cuando digo capacidad, es que tienes esa capacidad y que la llevas a cabo”*

Casi todas las enfermeras concluyeron diciendo que para que una persona se sintiese bien tenía que manifestar sentirse “Satisfecho con la vida que lleva”. Algunos de los párrafos que lo expresan son:

1[6] *“Aquella que es capaz de realizar sus actividades diarias, su trabajo, su ocio, que está satisfecha con la vida que lleva. Está satisfecha con su vida y con su situación a su manera”.*

3[15] *“Sí, quiero decir que una persona, independientemente de que tenga algún problema, pueda sentirse satisfecha y en armonía haciendo ella lo que puede hacer”.*

2[5] *“Pues que se siente satisfecha, bien con ella misma y con los demás, que no demanda atención en ese sentido o que no lo manifieste. Puede expresarlo, que se siente satisfecha y bien”.*

Componente social

Cuando las enfermeras hablaban de la Independencia de una persona decían que sin la interrelación con los otros y con su entorno una persona no puede sentirse independiente.

“Sentirse bien con los demás” fue una característica comúnmente mencionada cuando definían a una persona independiente.

3[5] *“Cuando ella manifiesta que se siente bien con lo que tiene en su entorno, en su rol, su entorno, su hábitat, todo lo que rodea a esa persona.”*

2[5] *“Que se sienta bien con los demás.”*

7[5] *"Hombre, está claro que siempre necesitas a los demás para interrelacionar con los demás, tienes que sentirte bien con los demás con tu problema."*

9[5] *"Tú puedes aceptar que estás enfermo, pero tienes una vida profesional, una familia y tienes que integrarte en ella."*

"Poder trabajar". Tener capacidad para trabajar y para realizar sus actividades diarias fue, en la mayoría de los casos, relacionado con sentirse independiente, tal y como lo ilustran las siguientes citas:

1[6] *"La ocupación es importante, lo que puedan hacer después. Una mujer que tenemos ahora, estaba en casa y normalmente tiene más tareas y más parte en esas tareas, ahora le preocupa lo que pueda hacer."*

9[5] *"Tú puedes aceptar bien la enfermedad en el hospital, pero tienes una vida profesional y tienes que integrarse en ella, pero piensan que no van a poder trabajar en lo de antes, que van a tener que depender de la familia."*

El que las personas sean capaces de "Tener relaciones sociales" fue otra de las opiniones acerca de lo que consideraban importante para la persona.

9[6] *"Tener la prótesis, a lo mejor con la limitación de la muleta, para sentirte bien tienes que retomar tu vida e integrarse en su entorno."*

12[2] *"Desde mi punto de vista un lesionado medular que va en silla de ruedas, es independiente cuando sale del hospital y sabe autocuidarse, autosondarse, transferirse, cuidarse la piel, vigilarse ...cuando tiene capacidad para hacer una vida normal, salir, tener amigos, relacionarse."*

Finalmente, una enfermera manifestó que para que la persona pueda sentirse independiente necesita "Conocer y manejar los recursos externos".

11[5] *"Que tenga conocimientos de los recursos que posee, tanto de él mismo como del exterior, digo el medio sanitario, doméstico, familiar, el círculo de amistades, y haciendo valer estos recursos que sea capaz de manejar y decidir esta situación"*

Componente espiritual

Estuvo, así mismo, presente en los discursos de las enfermeras a la hora de definir el significado de Independencia. "Vivir según sus valores y creencias" fue, en la mayoría de los casos, manifestado como una condición indispensable para que una persona se pueda sentir independiente. Algunas de sus citas son:

3[4] *"No solamente que me pueda valer por mí misma, sino que pueda ser yo en mi forma de pensar, en mi forma de actuar, en todo lo que conlleva el ser persona, sin que haya nada que pueda impedírmelo, ni otras personas, ni ningún impedimento el que sea"*

12[2] *"Tendría que poder vivir según sus propias creencias y con el mundo"*

5[12] *"Necesitan vivir según sus valores y creencias para sentirse bien"*

C1.c Asumiendo el concepto de 14 necesidades básicas

Todas las entrevistadas manifestaron que, de los conceptos que incluye el modelo, el de necesidad básica era el más conocido y en el que se había hecho más hincapié en los cursos de formación.

Las enfermeras manifestaron que utilizaban para la valoración de los pacientes las 14 Necesidades Básicas descritas por Virginia Henderson. Entienden que permiten ver a la persona de una forma holística que engloba bien las necesidades de las personas:

6[4] *"Si, tengo en cuenta las 14 necesidades veo el todo de una persona."*

5[8] *"A mí las 14 necesidades, me sirven de guía de una manera eficaz, haciendo la valoración por las 14 necesidades, en principio, no debería escaparse nada".*

9[9] *"Yo creo que con las 14 necesidades puedo recoger todos los aspectos de una persona."*

12[3] *"En base, a lo que el paciente siente sobre lo que está pasando en las distintas necesidades básicas, pero en las catorce, quiero decir que*

tanto a nivel físico como a nivel social, de sentimientos, de elaboración de la situación o de duelo."

Expresan que las necesidades no son algo absoluto sino relativo, que la forma de satisfacerlas varía de una persona a otra; es algo individual y lo contemplan así:

12[10] *"Hay cosas que sí, por supuesto, son iguales para todos, pero después dependiendo de la persona tienes que adaptarte a la persona, tienes que individualizar. Hay cosas que funcionan para todos pero otras no te funcionan nada más que con uno."*

1[6] *"Yo creo que hay que valorarlas todas, pero no es lo mismo en uno que en otro."*

C2 Redefiniendo su papel como enfermera

Desde la concepción de Virginia Henderson, el rol profesional consiste en suplir la autonomía de la persona o ayudarla a lograr la independencia⁽¹⁸⁾. En los relatos de las enfermeras podemos observar como este elemento fundamental del modelo influye y modifica la concepción de su papel como enfermera en el hospital.

Desde el nacimiento de las instituciones hospitalarias en el siglo XVIII, la patología fue el objetivo de estudio perdiendo los enfermos su individualidad. Esta visión biologicista ha impregnado el quehacer de las disciplinas que interactúan en estas instituciones^{(126) (127)}.

La adopción del modelo y la utilización del proceso de atención de enfermería permiten establecer y delimitar el trabajo de enfermería, lo que significa trabajar en la formación de un pensamiento profesional propio, ampliando la manera de entenderse como profesional y de realizar su actividad.

3[11] *"Yo en el momento que descubrí que era trabajar con el modelo, con el proceso, de ver como valoras, puedes ver lo que identificas, lo que tú puedes hacer, y ver a la persona mucho más amplia.. Descubrí, me di cuenta, que tenía una faceta que cubrir que era mía y que toda la faceta mía del cuidado tenía una magnitud tremenda, muchísimo más grande que la otra de ayuda al médico."*

Las dos subcategorías que se describen a continuación, hacen referencia a la estructura conceptual sobre el cuidado. Entendido este, como la acción o intervención terapéutica autónoma de la enfermera que realiza de manera recíproca con quien necesita y quiere la ayuda para asegurar la satisfacción de las necesidades básicas.

C2 Redefiniendo su papel como enfermera

C2.a Considerando al paciente el núcleo central de la actividad

C2.b Reafirmando las ideas que poseía sobre el cuidado

C2.a Considerando al paciente el núcleo central de la actividad

A muchas de las enfermeras la adopción del modelo les permitió entender su actividad asistencial de distinta forma. A partir de ese momento, el paciente se convirtió en el núcleo central de su actividad; la ayuda en el tratamiento de la enfermedad dejó de ser el eje central.

Las enfermeras intentan realizar su práctica diaria proporcionando cuidados holísticos, entendiendo que el acto de cuidar debe realizarse con acciones centradas en el paciente a través de un trabajo vivo y conjunto^{(128) (127)(129)}.

Los comentarios de la mayoría de estas enfermeras hicieron referencia a que se empezó a trabajar con otros aspectos de la persona más allá de los físicos, como se observa en las siguientes citas:

2[2] *"Porque yo empecé siendo enfermera, pues bueno, ponía la medicación, le daba de comer. En aquel poco pensabas en lo que es la enfermedad para la persona, solo atendíamos lo relacionado con su fiebre, bajarle la fiebre, darle el antibiótico o hacer la cura como te mandaba el médico. En este momento, no es así desde que recibes al enfermo en la unidad observas una cantidad de cosas que antes no sabías ver. Ahora, me preocupa mucho como vive la persona la hospitalización, la enfermedad, esto cuando cambio mucho fue a partir de que empezamos a trabajar con el modelo de Virginia Henderson."*

10[1] *"A mí, yo creo que me ayuda muchas veces el modelo, es algo que tú tienes ahí y lo que dice, de alguna forma, te refuerza mucho tu posición, te reafirma en tu posición. El trabajar con el modelo te ayuda a no perder el norte, que realmente el problema es del paciente y todo tiene que girar alrededor del paciente."*

1[5] *"O sea que el enfermo se sienta un poco el protagonista del cuidado. Directamente el modelo, o la forma que tenemos de trabajar ayuda en esa línea."*

C2.b Reafirmando las ideas que poseía sobre el cuidado

Para muchas enfermeras, la adopción del modelo representó una reafirmación de su concepción del cuidado. Esto ha permitido a las enfermeras construir un conocimiento que les posibilita la visualización de su realidad *"lo que es"* y la percepción *"de lo que debería ser"* como profesional responsable del cuidado⁽¹³⁰⁾⁽¹³¹⁾⁽¹³²⁾.

5[1] *"Cuando hace 6 años pase aquí a enfermería, y me empezaron a hablar del modelo, del proceso, a mí todo me parecía lo mismo, y yo decía, vaya rollo que nos están metiendo, pero después cuando empecé a leer cosas, a pensar, me di cuenta, de que en realidad le estaban dando nombre a lo que yo había estado intentando siempre, a lo que siempre había buscado en la enfermería."*

1[8] *"Yo creo, que lo que leí sobre el modelo de Henderson, como concibe a la persona, la independencia, lo del entorno, se acercaba a lo que yo pensaba. Si creo que sí, yo primero tenía una concepción sobre la enfermería, sobre la aplicación de los cuidados y luego leí el modelo y yo me siento totalmente identificada dentro de ese modelo."*

3[10] *"Yo cuando leí sobre el modelo y cuando empezamos a trabajar con él, yo para mí, en ese momento, a mí se me abrió la mente, yo empecé a ser otra cosa, vamos a ver, empecé a ser lo que quería ser".*

1[5] *"Modifica un poco la filosofía de cuidar, muchas enfermeras que éramos ATS, que realmente fuimos formadas para realizar técnica, y yo creo la filosofía, en general, está cambiando... Antes, tú tomabas la TA a un paciente y era un mero dato que anotabas en la gráfica. En este*

momento, cuando una enfermera toma la TA a un paciente lo hace participe, le explica, le dice la importancia que tiene.”

C3 Analizando la organización del trabajo

Como hemos dicho antes, los hospitales son instituciones en las que la patología es el objetivo de estudio y la individualidad del paciente pierde importancia. Además, las instituciones hospitalarias son subsistemas sociales que cumplen la función de socializar a los individuos que las integran mediante normas establecidas y pautas, adaptándolos y engranándolos para que cumplan los roles establecidos. Estos subsistemas suelen ser rígidos y difíciles de modificar debido a la rápida adaptación de los individuos que los integran a sus normas de funcionamiento⁽¹³³⁾⁽¹²⁷⁾.

Cualquier cambio que se desee introducir, sólo será posible si la modificación parte de la propia institución⁽¹²⁸⁾. En el hospital en el que se desarrolla el estudio, desde la división de enfermería, se decide cambiar la visión y finalidad del trabajo de las enfermeras. Esto, hace que las enfermeras analicen el modo en que desarrollan las actividades y determinen la imposibilidad de continuar con la misma organización, es decir no pueden desarrollar su trabajo por tareas.

4[2] *“Antes podías trabajar con todos los pacientes por tareas, yo hago las curas, Tú los BM test, ahora no se puede.”*

11[3] *“Al parcelar la unidad por habitaciones, por ejemplo en este turno de tarde que estoy toda la semana, la única enfermera con la que van a contactar es conmigo, entonces en este sentido, es muy individual porque soy yo, no hay más, antes pues igual en el turno de mañana éramos tres porque dividíamos por tareas, tu hacías tu tarea, venía otra con una tarea diferente”.*

Sin embargo, otros aspectos del sistema organizativo del hospital que no son exclusivos de la actividad de la enfermera como el nivel de ocupación, la estancia media cada vez menor y las jerarquías de los distintos grupos profesionales siguen primando e interfiriendo en la posibilidad de dar cuidados centrados en las personas.

10[10] *"Yo creo que el hospital está demasiado masificado, no se puede cuidar bien, por ejemplo para enseñarle, pues no te lleva los cinco minutos que tú puedes dedicarle a ese paciente, pues necesitas no sé cuánto, y así el enfermo se va de alta y se va sin saber lo que necesita."*

3[1] *"Hay momentos en los que me veo un poco doblegada, yo veo que hay falta de diálogo con los médicos en algunas decisiones que podrían ser conjuntas y de alguna forma no hay participación. Hay personas que creen que están por encima de otras y a la hora del trabajo en vez de un equipo es como si fuese una jerarquía."*

C4 Percibiendo la falta de implicación en el proceso de cambio

A pesar de que la Dirección de Enfermería promovió que enfermeras de todas las áreas estuviesen representadas en la toma de decisiones sobre el programa (Grupo de validación, Comisión, elaboración de planes de cuidados) no consiguió que todas conociesen y se sintiesen participes del proceso de cambio.

5[2] *"primeras informaciones que me llegaron, yo empecé, ya empiezan con historias raras, esta gente no quiere más que trabajitos para ellos, que estarán diciendo con esto del proceso de atención de enfermería".*

14[1] *"Explicar no se nos explicó muy bien para que era, para que servía."*

15[1] *"Esto fue implantado o sea alguien dijo que había que hacer esto y se empezó a hacer y se empezó a funcionar."*

11[1] *"Yo opino que cambiaron sin explicarles a las enfermeras que se pretendía. Creo que hubo falta de información."*

5.1.1.1.2 Condiciones contextuales

Contextuales

• C5 Utilizando el sistema informático de cuidados GACELA

Teniendo en cuenta el *paradigma de codificación*, esta categoría la enmarcamos dentro de las condiciones contextuales ya que se refieren al conjunto de acontecimientos o sucesos que crean una situación ante la cual responden las personas. Explica fundamentalmente el por qué del fenómeno.

C5 Utilizando el sistema informático de cuidados GACELA

La idea de que sólo con el uso de una herramienta informática se podían utilizar, de manera sistemática, las fases del proceso de atención de enfermería fue la que motivo la implantación del programa informático de cuidados⁽⁶⁷⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁶²⁾.

GACELA obligaba a las enfermeras a registrar el resultado de sus valoraciones, el resultado de su razonamiento clínico (selección de DdE) y de su razonamiento terapéutico (selección de objetivos y actividades)⁽³¹⁾.

Esto se expresa en los siguientes relatos:

2[2] *"Esto cuando cambio mucho fue a partir de que empezamos a trabajar con el modelo de Virginia Henderson y con el programa informático."*

5[9] *"Ahora al informatizar esta todo lo que tenemos que registrar en el ordenador, la historia de enfermería, los comentarios evolutivos, antes no se pida hacer, cuando era a mano esto era imposible."*

10[5] *"Ahora, aquí está todo, los DdE, las acciones, los protocolos, cuando no sabes, también tiene un apartado para leer las dudas. Los médicos también leen en el pase de visita los comentarios evolutivos de los problemas de enfermería."*

13[6] *"En el programa está todo lo de enfermería, diagnósticos, objetivos, acciones, protocolos, ayuda para lo que hay que enseñar, imágenes."*

8[5] *"Aquí en el GACELA, están todas las fases del PAE, tu vas eligiendo en cada fase."*

5.1.1.1.3 Condiciones intervinientes

Intervinientes

- **C6 Describiendo distintos niveles de formación.**
- **C7 Expresando diferentes posiciones con el proceso de cambio.**

Estas categorías las hemos enmarcado dentro de las condiciones intervinientes porque consideramos que alteraran o modifican las condiciones causales del fenómeno. Nos ayudan a explicar el por qué algunas enfermeras perciben más o menos dificultades para adaptarse al proceso de cambio.

C6 Describiendo distintos niveles de formación

Trabajar bajo un nuevo marco de referencia implica un cambio de actitud y una visión de la actividad enfermera desde una nueva perspectiva. Durante mucho tiempo, las enfermeras han transmitido sus conocimientos por imitación, sin una conceptualización previa. La nueva forma de trabajo requiere que se conceptualicen los problemas que presenta el paciente, en la satisfacción de sus necesidades, y que se realice un mayor esfuerzo intelectual en la resolución de problemas. Para muchas enfermeras que eran capaces de identificar y resolver problemas o situaciones sin la necesidad de enunciarlas como diagnósticos de enfermería, esta necesidad de un nuevo aprendizaje puede ser una fuente de rechazo al cambio⁽⁵⁴⁾.

Con el fin de minimizar las dificultades relacionadas con la formación, durante el proceso de implantación, se realizaron cursos para todas las enfermeras⁽⁹⁵⁾⁽⁸⁶⁾. Esto se refleja en la siguiente cita:

12[9] *“Todos los cursos que se han hecho aquí, son muchos, porque se ha trabajado con cada una de las unidades, se les ha dado bibliografía sobre el modelo de Virginia Henderson, sobre el PAE. Seguramente a partir de ahora será más fácil, las alumnas que ya estudian esta parte nueva, bueno, que llevan estudiando. Estáis trabajando con modelo, tendrán como riqueza ahí metida en el subconsciente, en la metacognición, ésta que algún día les saldrá.”*

Los siguientes fragmentos reflejan los relatos de las enfermeras sobre ese proceso de formación. La formación se describe en algunos de los estudios revisados como imprescindible para cualquier proceso de cambio⁽¹³⁴⁾⁽¹³⁵⁾.

4[6] *“Cuando empezamos a trabajar con el modelo de Virginia Henderson y el GACELA, si nos prepararon, hemos asistido a cursos teórico- prácticos, íbamos haciendo la valoración de las necesidades, utilizando los DdE, fuimos pudiendo seleccionar lo que era útil para cada una de nosotros, para nuestra unidad”.*

5[3] *“Inmediatamente, cuando hicieron la implantación, nos dieron el curso de apoyo, me parece que fueron 2 o 3 semanas, pero lógicamente con eso no te llega, porque esto no te llega a nada, y a partir de este momento y de forma inmediata, pues empecé con toda la documentación que nos dieron, a coger libros.”*

Otras enfermeras expresaron los conocimientos previos que poseían.

4[10] *“Yo, yo sabía porque hacía poco que había estudiado y eso nos lo habíais enseñado en la carrera. Pero aparte, nos dieron cursos de formación, sobre todo para saber manejarnos con el programa.”*

6[4] *“Sí, yo los conocimientos de lo que son el modelo y del proceso yo los tengo de la escuela, al poco de llegar, me hicieron un cursillo para explicar un poco como funcionaba el GACELA”.*

Aproximadamente la mitad de las enfermeras entrevistadas manifestaron que los conocimientos que poseían sobre el modelo eran escasos. Argumentaban que la duración del curso era insuficiente. Otras dijeron que se había incidido más en aspectos relativos al proceso de atención de enfermería que en la reflexión sobre los conceptos relativos al modelo.

Algunas de sus citas fueron:

12[8] *“Porque no da tiempo, porque enseñar un modelo en una semana por más que sean 25 horas, no da. Hay una parte que las enfermeras hacen poco, que es el estudio después, porque fijate que todos los cursos que se han hecho aquí, son muchos, se les ha dado bibliografía sobre el modelo, sobre Virginia Henderson. Yo creo que falta tiempo de estudio y de reflexión, pero bueno poco a poco.”*

11[3] *“Yo creo, y además es una crítica que hice siempre, que se trabajó mucho, mucho más el proceso que el modelo. Yo personalmente, creo que el modelo es sustancial y fundamental en esta historia, y creo que se ha trabajado poco. El proceso es un instrumento que en la práctica lo vas a*

desarrollar, el modelo es una forma de trabajo en la que yo creo que se necesita mucha más discusión. Yo creo que el personal de enfermería de este hospital trabaja con el proceso y no con el modelo."

Muchos participantes expresaron dificultades en el uso del ordenador. Esta dificultad aparece, de forma generalizada, en los resultados de estudios sobre la implantación de cualquier sistema informático⁽⁹⁶⁾⁽⁹⁷⁾⁽¹³⁶⁾.

El ordenador ha sido un reto para una generación de enfermeras cuya formación no incluía el dominio de herramientas informáticas. Como sustituto del papel, el ordenador no desempeña un papel pasivo; la enfermera no sólo debe seleccionar los diferentes datos sino que debe registrar los problemas de los pacientes que le llegan siempre en forma de narraciones. Tener que describir y/o sintetizar la narración, condiciona y dificulta el registro en lo relativo a forma y contenido⁽¹¹⁹⁾⁽⁴⁰⁾⁽¹³⁴⁾.

8[2] *"La gente joven escribe más rápido, yo tengo que mirar el teclado, a muchas adaptarnos al ordenador nos supuso tanto como al contenido, el choque del principio fue tremendo, yo tenía un ordenador en casa que no tocaba para nada, hasta que aquí se puso el GACELA".*

9[1] *"Nos llevaba mucho tiempo escribir en el ordenador y tenías que cubrir muchas cosas".*

7[2] *"Yo nunca había cogido un ordenador, yo no hacía nada por ordenador, o sea no sabía ni escribir, ni nada, entonces fue terrible".*

C7 Expresando diferentes posiciones con el proceso de cambio

En los relatos de las enfermeras podemos observar posiciones contrarias en cuanto a sus deseos de cambio⁽²⁰⁾.

Las enfermeras que se manifestaron a favor, lo hicieron argumentando la necesidad de utilizar el proceso de atención de enfermería de manera sistemática.

En la mayoría de los casos, habían realizado intentos de documentar el proceso en papel y conocían en las dificultades. Algunas de sus expresiones fueron:

2[2] *"Nosotras empezamos a hacer planes de cuidados en papel y aquello era imposible, la única forma era con la ayuda de un programa, la idea me pareció muy buena."*

10[1] *"Yo siempre estuve a favor, se necesitaba tener registrados los cuidados, en ningún sitio constaban".*

5[1] *"Si queríamos utilizar el proceso de atención de enfermería teníamos que hacer algo, por eso me pareció bien"*

9[1] *"Se pueden utilizar los diagnósticos, los planes de cuidados que hemos programado nosotros, por eso estoy a favor "*

Por el contrario, hay enfermeras que muestran su rechazo al considerar que no es necesario modificar la perspectiva en la que sustentan su trabajo. Quizás, detrás de esta posición subyace lo que argumentó Benner: toda enfermera que pase a desarrollar funciones en un entorno o contexto desconocido retrocederá de la categoría de experto a principiante. Es obvio que a nadie le gusta volver a un nivel de competencia que exija nuevos conocimientos y modos de hacer. Esto podría explicar el rechazo al cambio de estos profesionales⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁴⁾.

8[1] *"Al principio estaba en contra de todo, las novedades ya sabes. Estábamos muy cómodas como estábamos, con lo que hacíamos y al, en principio contra, después con el tiempo te vas adaptando".*

9[1] *"Yo estaba en contra, a lo mejor por egoísmo, porque los cambios siempre te dan un poco de miedo, de respeto."*

11[1] *"No, yo no consideraba que el cambio fuese necesario, no era necesario porque, había muchas cosas antes del GACELA."*

5.1.1.2 Estrategias

Acción /
Interacción

- **E1. Definiendo la relación enfermera–paciente.**
- **E2. Adaptando el trabajo a la nueva forma de registro.**
- **E3. Cambiando la organización del trabajo.**
- **E4. Analizando las dificultades para aplicar el PAE.**
- **E5. Apreciando las ventajas de utilizar un sistema informático de cuidados**

Las categorías descritas en el esquema, las hemos incluido en el apartado de acciones/ interacciones porque nos indican lo que las enfermeras hacen y dicen en relación con el fenómeno; no sólo representan los actos sino también, las negociaciones, discusiones y revisiones que se dan a sí mismos y al grupo.

Las acciones evolucionan con el tiempo a medida que las personas definen y dan sentido a las situaciones⁽¹¹⁷⁾. Así, las unidades del hospital, con los profesionales que las integran, crean sus propios sistemas de acción en los que se incluye las acciones derivadas de las normas, protocolos y las que resultan de la interacción cotidiana con los pacientes⁽¹³⁷⁾.

E1. Definiendo la relación enfermera–paciente

La relación enfermera–paciente constituye una dimensión importante del cuidado sin la cual se compromete la propia esencia del mismo. Esta relación es definida como compleja y descrita como un proceso en el que influyen las historias de vida y las experiencias previas de la persona cuidada y la situación actual de salud, el contexto, las formas de expresividad y el saber hacer de la enfermera.

Esta dimensión relacional del cuidado fue descrita en diversos estudios teórico- filosóficos, en estudios sobre la percepción de los cuidadores y en estudios exploratorios sobre relación de ayuda⁽¹³⁸⁾⁽¹³⁹⁾⁽¹⁴⁰⁾.

En el discurso de nuestros participantes se manifiesta como una dimensión fundamental para conocer al otro y valorar sus necesidades de cuidados. Argumentan que la calidad en el conocimiento del otro se basa en el desarrollo de esta relación; aspectos como la proximidad, la confianza y la aceptación del otro han de estar presentes.

Todos los participantes reconocieron que la dimensión fundamental o esencial para establecer la independencia de una persona era la relación que se establecía entre la enfermera y el paciente. Consideraban que la determinación de la Independencia/dependencia de una persona se realiza de forma conjunta entre el paciente y la enfermera: el paciente expresando como se siente, manifestando como satisface sus necesidades o como quisiera satisfacerlas y la enfermera ayudándole a descubrir cómo le afecta su enfermedad y cuáles son sus capacidades para adaptarse a su nueva situación de salud. Algunas de sus citas son:

12[3] *"La enfermera con el paciente, nosotros le ayudamos, intentamos definir qué es eso que siente, pero en definitiva, quien dice si es capaz o si se siente así es el enfermo y no nosotros."*

9[6] *"Creo, que lo hacemos conjuntamente, porque el enfermo cuando te lo transmite a ti, y tú hablas con él, te das cuenta de que está buscando una solución a algo, está expresando sus demandas, sus miedos."*

5[7] *"Yo creo que los dos, pero prioritariamente el paciente, efectivamente, él me va dando unos datos, unas veces me va pidiendo ayuda directamente y me va diciendo claramente lo que necesita y habrá situaciones en las que lo vayamos descubriendo entre los dos, habrá cosas, situaciones, problemas que, a lo mejor, no ha llegado a descubrir el mismo, entonces colaboro yo para hacerle ver cosas de las que no se da cuenta."*

La relación con el paciente ha sido expresada como un proceso en el que el resultado final está directamente relacionado con la proximidad y la calidad de dicha relación, lo que a su vez influye en la recuperación del paciente. Algunas de sus frases son:

1[11] *"Para mí la base fundamental de la valoración y del cuidado es la relación."*

2[12] *"Dependiendo de la buena relación o mala relación que tengas, tú vas a saber interpretar al otro."*

9[10] *"Tienes que relacionarte, tienes que empatizar, yo creo que para diferenciar si es independiente o no, tienes que hablar y así poder decir sí o no."*

10[10] *"La relación que mantienes tú con una persona va a influir siempre en lo que el paciente recibe de ti y tú recibas del paciente. Si mantienes una buena relación la información que recibes es mucho mejor y el paciente lo va a recoger mucho mejor".*

8[14] *"La relación que mantengas con una persona influye muchísimo, en su forma de estar en el hospital, en como lo vive, en lo que puede llegar a hacer, en ser más dependiente en algo".*

En cuanto a las características de esta relación, manifiestan que la "interacción ha de ser profunda", y para que esto se dé, es necesario que en la relación haya intimidad, proximidad, confianza y aceptación del otro. Algunos relatos fueron:

3[2] *"Nos preocupa mucho en la valoración como vive la persona la hospitalización, la enfermedad, sus problemas familiares y entramos en una relación bastante íntima cuando abarcamos todos estos aspectos."*

2[8] *"Yo creo que tienes que estar próximo, no es cuestión de cercanía, sino de acercarte, hay cosas que tú no hablas con cualquiera y lo hablas con determinadas personas, entonces hay esa proximidad."*

Esta proximidad ha de expresarse día a día para hacer posible que el paciente nos desvele sus necesidades y limitaciones. Una de las enfermeras afirmó:

2[8] *"Para valorar la independencia/ dependencia de un paciente tienes que valorarlo de cerca y varias veces, esto no es sólo cuestión de un momento, esto es cada día y en cada momento, depende de ti."*

La aceptación del otro" y "la confianza" se manifiestan como muy interrelacionadas. Son un elemento importante en este proceso de relación ya que representan la receptividad y el entendimiento de la enfermera para con el paciente. Algunas de sus citas son:

2[9] *"El hecho de poder respetar a las personas, de aceptarlas, de poder escucharlas, de dejarlas hablar, esto es muy importante para la enfermera, si yo estoy en buena disposición de aceptar me cambia totalmente mi relación con los enfermos".*

12[9] *"Para el trabajo de enfermería tienes que escuchar y estar ahí al lado, y dar esa confianza que se necesita, si escuchas a alguien es porque estás con él".*

6[12] *"Los pacientes no se lo dicen a una persona con la que no tienen relación, a veces, te busca pues siente como confianza, y cuando se establece esa confianza te cuentan el problema, no le vale cualquiera para decirle el problema que tiene porque para decirlo necesita esa confianza."*

E2. Adaptando el trabajo a la nueva forma de registro

En el hospital, la forma más frecuente de transmisión de información entre las enfermeras es oral. Transmitir directamente, de una enfermera a la otra, la evolución del paciente (cambio de turno) se ha consolidado como una forma ágil y fácil de dar continuidad a los cuidados. Esta tradición puede considerarse, en parte, la responsable del anonimato institucional de las actividades de las enfermeras⁽¹³⁷⁾.

Entre los objetivos de la implantación del programa estaba la creación y documentación de una historia de enfermería que permitiese la visualización de la actividad enfermera. Pasar de lo oral a lo escrito, no es fácil; normalmente, se acompaña de resistencias.

Esta dualidad que expresan las enfermeras, entre los beneficios de dejar constancia de su trabajo y el tiempo que necesitan para ello, son una constante en los resultados de los estudios realizados sobre registros de la actividad enfermera, tanto en formato papel como electrónico⁽⁴⁰⁾⁽¹⁴¹⁾⁽¹⁴²⁾.

5[9] *"Trabajar con el GACELA puede generar tiempo e inversión, y no hablo de perder el tiempo, sino de ver qué tiempo y cómo se invierte. Yo hablo de esto, creo que las enfermeras tenemos que tener muy, muy en cuenta, el tiempo que invertidos en atención directa al paciente, y cuando invertimos en los registros siendo importantísimos."*

9[1] *"Nos llevaba mucho tiempo escribir, hay que cubrir muchas cosas en el programa, teníamos la sensación de que se perdía en la atención, entonces andabas todo el turno a carreras."*

1[11] *"Ahora que hablamos de la informática, del teclado, de registrar y registrar muchas cosas, pero el realmente importante es el paciente".*

6[11] *“Claro, el programa no te pide que escribas tú, no te da opción a que escribas. Te dice escoge de aquí, escoge de aquí, hay veces que te pasas la mañana buscando, a ver cuál es, este no, este no, no encuentro lo que quiero. Valoras y después buscas los signos y síntomas, tienes que buscar, y luego buscas los diagnósticos que tiene, al final aparece, hay veces que te cuesta, ahora ya me salen bastante rapidito pero al principio tarde mucho, para encontrar lo que buscaba, pero bueno.”*

10[2] *“GACELA, a mí me parece que está bien estructurado para programar el trabajo, pero que roba muchísimo tiempo, lo que es ponerte delante del ordenador y programar. Yo me pongo delante del ordenador, hoy llevo nueve pacientes y si quiero modificar los planes con la valoración que he hecho, te calculo que hora y media, y es hora y media que no estoy con los pacientes.”*

E3. Cambiando la organización del trabajo

Cuando se introduce un proceso de innovación en la actividad asistencial de las enfermeras se producen cambios y transformaciones que afectan a la organización de los servicios de enfermería y a todos sus componentes.

La percepción de que el paciente es el núcleo central de la actividad de las enfermeras, determinó la imposibilidad de continuar trabajando por tareas. Era necesario individualizar el cuidado y eso pasaba por la asignación de un número de pacientes por enfermera.

11[3] *“Al asumir el cuidados de un número de pacientes por habitación, los cuidados se pueden hacer, como muy individualizado, tienes escrito las acciones para el turno, le puedes explicar para que conozca que voy haciendo, lo que se prevé hacerle, se los voy presentando de forma que él lo entienda.”*

6[1] *“Nosotras ya no trabajábamos por tareas, ahora sería impensable, no se puede hacer el trabajo si no tienes pacientes a tu cargo”.*

El cambio no sólo modifica la forma de hacer de las enfermeras sino que implica nuevas responsabilidades en las supervisoras. Ellas, debido a la autoridad que sustentan, son las encargadas de promover la implicación y las responsables de la evaluación de la calidad de los cuidados⁽¹⁴³⁾.

1[1] *“Como supervisora tengo en este momento la responsabilidad liderar los cuidados. Lo que hago es planificar, dar las directrices, estar a disposición del personal, si puedo ayudarle en algo, si tienen alguna duda, sobre todo el personal de nueva incorporación. Valoro las planificaciones, si hay muchos o pocos planes individuales, las cargas de las enfermeras según las acciones planificadas.”*

3[2] *“Lo que soy como enfermera, soy responsable de los cuidados que hay que dispensar, en toda lo que supone esa palabra, tengo que organizar, dirigir, ver que se cumplan los planes de cuidados establecidos, que haya calidad en ellos, que haya una ética en ese cuidado, y bueno, pienso que soy la responsable primera y final de las personas que están a mi cargo”.*

Una reforma de estas características no se realiza sólo con la elaboración del contenido de un software, sino también con medidas que faciliten la incorporación progresiva de todos los profesionales a la nueva forma de hacer.

En este sentido, además de las acciones que se planificaron desde la dirección de enfermería como la participación, el apoyo a la formación y el apoyo en las unidades durante el proceso de implantación, las enfermeras utilizan sus propias estrategias, como el trabajo cooperativo y las reflexiones conjuntas (89)(144).

13[2] *“Menos mal que al principio estaba en la unidad alguien que nos ayudaba con las dudas.”*

5[13] *“A veces tenemos limitaciones, como yo no soy capaz, o no tengo suficientes conocimientos para trabajar un duelo, pero mira, tenemos ahí a Pepita, la compañera que se maneja fenomenal, bueno, pues vamos a pedirle que... No podemos abordarlo todo, pero bueno, si tienes unos conocimientos, unas habilidades que has adquirido puedes compartirlas y mejoramos todos.”*

6[15] *“Al principio es difícil, si no tenemos claros los conceptos entonces no nos entendemos, tendríamos que tener más comunicación entre nosotras sobre la forma de tratar un problema, qué diagnóstico. Si tú haces una cosa y yo hago otra, ya está, y eso para el cuidado del paciente, yo creo que es lo que hay que evitar.”*

7[1] *“A veces tengo que hablar con alguna compañera, pues me parece que puso acciones innecesarias, a veces eso es un problema, no estamos acostumbradas a debatir y a dar explicaciones, antes que no estaba escrito podías hacer como tu entendías que era mejor o no hacer algo”*

13[2] *“Menos mal que al principio estaba en la unidad alguien que nos ayudaba con las dudas”*

E4. Analizando las dificultades para aplicar el PAE

El proceso de atención de enfermería es un modelo de pensamiento crítico que engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de la toma de decisiones. El proceso enfermero es algo más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados; es lo que debe guiar nuestra actuación diaria para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados. En nuestro caso, el programa GACELA es un registro electrónico y de apoyo en la toma de decisiones, es decir, agiliza la toma de decisiones pero no puede suplir el pensamiento crítico de las enfermeras.

La mayoría de las enfermeras del hospital no utilizaban las fases del proceso de atención de enfermería, ni utilizaban la taxonomía NANDA-I. Esto implica la necesidad de nuevos conocimientos que posibiliten el retorno a su estatus de experto⁽¹⁴⁵⁾⁽¹³⁴⁾⁽¹⁴⁶⁾.

Los siguientes relatos hacen referencia a la sensación de inseguridad y a la necesidad de nuevos conocimientos para desarrollar su actividad asistencial.

2[13] *“Sabes que pasa, nos vimos obligadas a consultar muchas más cosas, a aprender más cosas, y a tener en cuenta más cosas, porque antes poníamos dos DdE muy fáciles pero no hacíamos esa valoración integral de la persona. Ahora, a veces, nos pasa, que ponemos muchas cosas, valoramos un montón de cosas, y a veces se puede cuestionar si existe o no existe.”*

3[7] *“Lo que pasa es que, a veces estamos pensando en algo que no tenemos claro, dudas si es DdE, si es factor de relación, o que no sabes muy bien el significado del DdE. Si no tenemos claro, si es Alteración de los procesos familiares o alteración del rol parental, porque no tenemos clara*

la definición y para ponerlos hay que saber la definición, esto es lo que nos lleva a confusión”.

3[10] *“Desde que empecé a utilizar el programa, me di cuenta de que esto es lo que podemos ser las enfermeras, porque te da a ti metodología, te da seguridad, te da saber, te permite abordar lo físico, lo social, psíquico. Pero, te das cuenta de que tienes muchas carencias, que hay que prepararse, que esto es una cosa continúa.”*

5[4] *“Yo creo, que poco a poco iré controlando la metodología, estuve comprando libros, pues aconsejado por compañeras, que bueno tienen un gran nivel o un nivel mediano de conocimientos enfermeros a nivel teórico. He ido comprando libros, he asistido a cursos, yo creo poco a poco.”*

6[17] *“Yo eso, lo veo muy teórico y muy difícil de aplicar, aunque lo tengamos ahí instaurado. Tú vas aplicarlo y vas diciendo necesita esto, lo otro y después a la hora de hacer el plan pues te ves muy limitada. Los DdE, así tan, tan, rimbombantes que no entiendes nada, tienes cantidad de acciones y dices donde meto yo lo de caminar con andador y tampoco me gusta lo de coger el libro, lo veo muy difícil.”*

7[10] *“Bueno al principio puedes cometer más errores y hacer peores valoraciones, pero bueno, por lo general, pues yo voy a valorar pues unos diagnósticos y unos objetivos y pongo unas acciones, voy a intentarlo hacer bien pero a veces no coincido con mi compañera”.*

8[6] *“Es que el Gacela lo que tiene, es que, a veces, tú estás segura de que tiene un diagnóstico, baja autoestima, y metes los signos y síntomas y no te sale y tienes que ir aumentando los signos y síntomas hasta que te aparece.”*

13[2] *“Porque luego, el programa informático te monta un plan tan inmenso, que se hace inoperativo, si tu empiezas a poner todos los objetivos, pues es impresionante, en este tipo de pacientes que estamos manejando”.*

E5. Apreciando las ventajas de utilizar un sistema informático de cuidados

Las manifestaciones de las ventajas expresadas por las enfermeras en relación con el programa informático de cuidados coinciden con las descritas en otros estudios⁽⁴⁰⁾⁽⁹¹⁾⁽⁴¹⁾ y con los objetivos propuestos desde la dirección de

enfermería como: aplicar las distintas fases el proceso de atención de enfermería, usar la taxonomía NANDA-I, documentar la actividad y facilitar la comunicación y el intercambio de información entre profesionales y niveles asistenciales para asegurar la continuidad de cuidados.

9[1] *“Estás leyendo en Gaceta, con lo cual para mí, ya es un logro, no sólo leer el comentario, sino lo que pensamos como enfermeras, cómo va el enfermo en lo que es nuestro”.*

15[6] *“Sin el programa es imposible hacer la planificación de todos los pacientes.”*

3[8] *“Antes en papel hacíamos un plan de cuidados con uno o dos diagnósticos de enfermería y no se escribía el seguimiento.”*

14[7] *“cuando apareció la historia de enfermería en papel mirábamos los diagnósticos de enfermería, y a veces los usábamos, pero no se hacía la planificación como ahora.”*

5[1] *“La actividad de enfermería está toda registrada, la podemos ver todas y en todos los turnos, si se traslada en otra unidad”.*

9[8] *“Al tener registros de los DdE, factores de relación y acciones podemos utilizar los datos para hacer trabajos, en nuestra unidad ya hicimos dos”.*

14[3] *“Cuando le damos el alta de enfermería y le explicamos el paciente puede ver lo que hacemos, además lo ven las compañeras de primaria.”*

5.1.1.3 Consecuencias

Consecuencias

- **CS1. Percibiendo el cambio como un mecanismo de revalorización y crecimiento profesional.**

Siempre que se produce una acción/interacción, esta tiene efectos sobre un determinado fenómeno, dentro del paradigma de codificación se denominan consecuencias, y pueden manifestar efectos positivos o negativos de las acción/interacción.

La categoría descrita representa el beneficio percibido por las enfermeras en relación con el cambio en su actividad asistencial.

CS1. Percibiendo el cambio como un mecanismo de revalorización y crecimiento profesional

Las enfermeras perciben como un beneficio el uso de un registro informático, ya que es un mecanismo de visibilidad de la acción profesional, una oportunidad para incorporar todo el proceso enfermero y sirve de ayuda para la investigación en enfermería⁽¹³⁷⁾⁽⁴⁰⁾.

9[1] *“Ya tenemos un control no sé cómo decirlo, más científico de lo que hacemos las enfermeras, ya está registrado, esto nos sirve para comunicarlo, para los trabajos que hacemos en congresos yo lo estoy utilizando, ya hicimos tres, con lo cual a mí como enfermera es importante.”*

4[6] *“Te sirve para verlo, para familiarizarte con las cosas, para reflexionar si realmente lo estás haciendo bien, cuando no sabes de ves obligado a consultar y eso pues te ayuda, a tener conocimientos y poder aplicarlos, a razonar más las cosas, a ser más exigente.”*

12[8] *“Si logramos la normalización de los lenguajes enfermeros lograremos un gran avance como profesión.”*

Una de las enfermeras más jóvenes que dijo conocer el modelo porque lo había estudiado en la carrera, manifestó que el trabajar con el modelo le había servido para aplicar los conocimientos teóricos que había aprendido y que esto era un elemento motivador para continuar aprendiendo y mejorando. Ella afirmó:

7[3] "Porque claro, lo de la carrera ya como que se te olvida, y bueno al trabajar con el modelo y aplicarlo con el Gacela es cuando lo recuerdas y puedes trabajar con ello. Porque a mí la verdad leer un libro o cosas porque sí no me motiva, pero algo que puedas aplicar tú en tu trabajo me motiva más. Yo me sentí más motivada para trabajar y porque te apetece pues tener más conocimientos para aplicarlos día a día."

En el siguiente diagrama se representan todas las categorías de este fenómeno agrupadas según el paradigma de codificación.

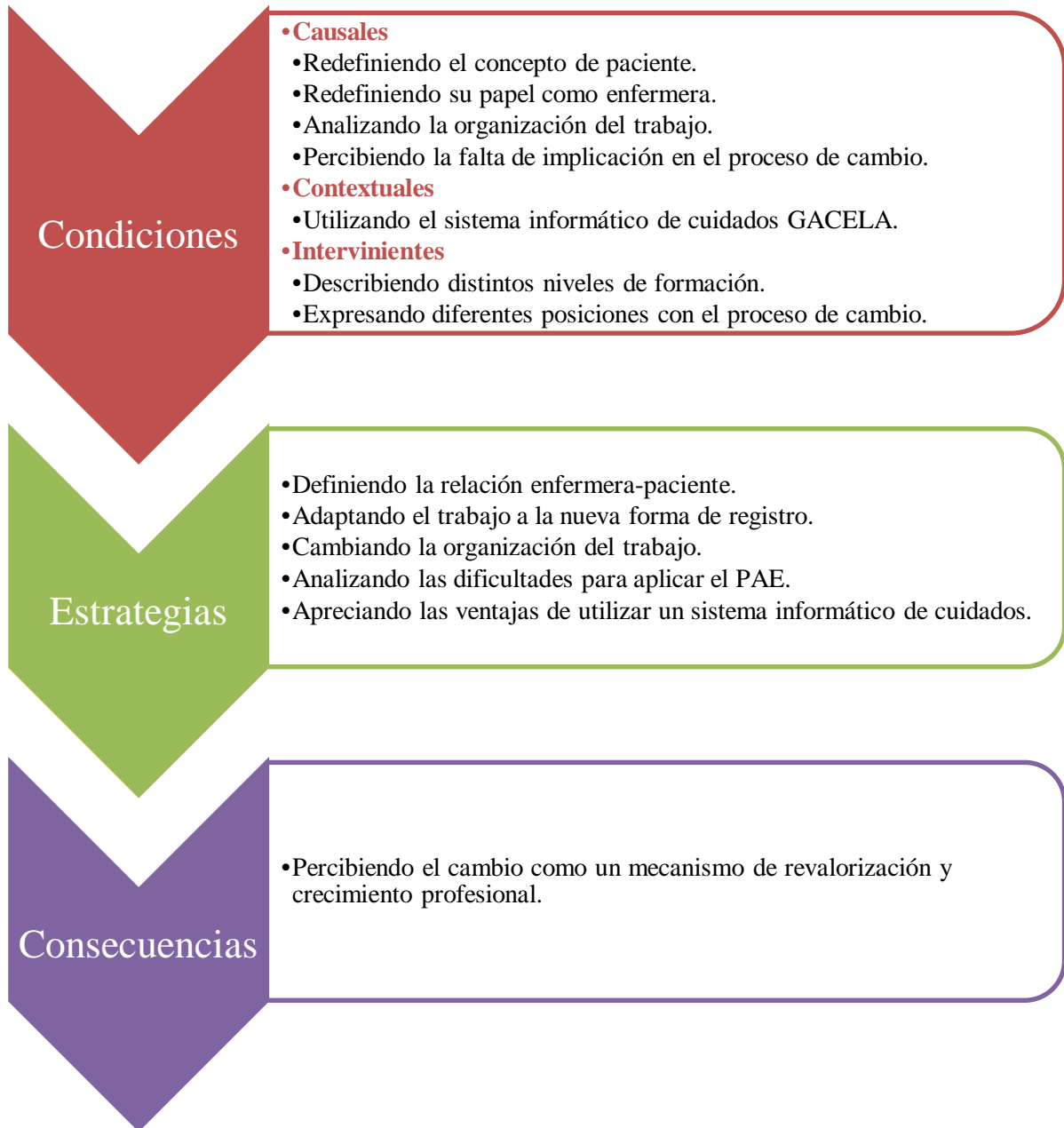


Figura 5-3 Categorías del fenómeno “Intentando adaptar la práctica asistencial al nuevo marco conceptual y al sistema informático de cuidados”.

5.1.2 Fenómeno “Experimentando las dificultades para proporcionar cuidados desde la orientación filosófica de V. Henderson”

Este fenómeno hace referencia a la situación vivida por las enfermeras al intentar suplir o ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades básicas, el objetivo de los cuidados según Virginia Henderson, es conservar y conducir a la persona hacia la independencia, es decir a la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales de orden biopsicosocial. Las enfermeras expresan dificultades para lograr ese objetivo relacionándolas con la orientación curativa y escasamente cuidadora de la estructura y organización del hospital y la distancia entre el profesional y el paciente. Esta distancia la sustentan, por un lado, en la forma de relación, que durante años se ha impuesto entre los pacientes y el personal del hospital, y por otro lado, en la falta de conocimientos y habilidades para poder cuidar⁽¹⁷⁾.

5.1.2.1 Condiciones

Las categorías que se describen a continuación representan las condiciones en las que se desencadena este fenómeno, nos indican el por qué y el cómo las enfermeras responden a las dificultades para suplir y/o ayudar a los pacientes a satisfacer sus 14 necesidades básicas.

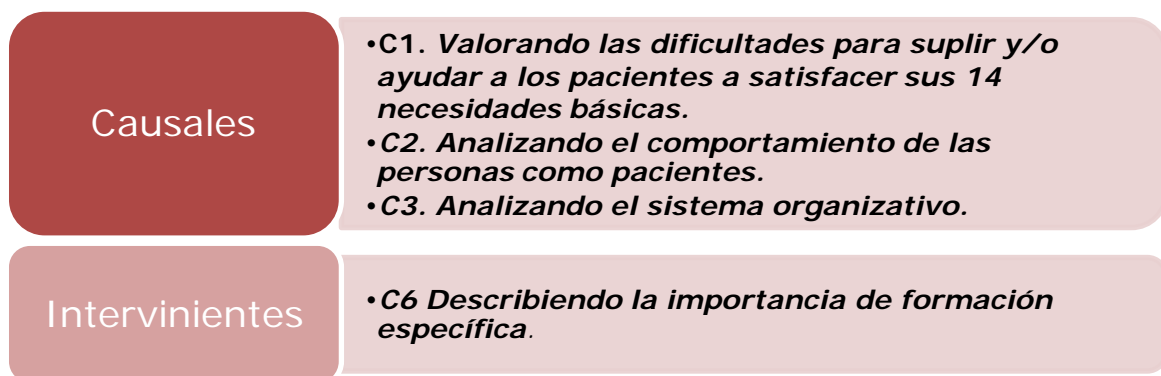


Figura 5-4 Condiciones del fenómeno “Experimentando las dificultades para proporcionar cuidados desde la orientación filosófica de V. Henderson”.

5.1.2.1.1 Condiciones causales

Estas categorías muestran las causas que desencadenan este fenómeno. Son la expresión del proceso de autoreflexión de las enfermeras sobre las dificultades que experimentan en su quehacer diario para proporcionar cuidados desde una visión humanista.

C1. Valorando las dificultades para suplir y/o ayudar a los pacientes a satisfacer sus 14 necesidades básicas

El análisis del discurso de las enfermeras nos permite comprender las dificultades que ellos experimentan para trabajar esferas de las personas que van más allá de la física. Sus expresiones son acordes con la idea de que durante mucho tiempo la educación en enfermería ha estado más centrada en interpretar datos objetivos que en entender las emociones, los sentimientos, las percepciones y los valores de las personas a las que prestamos cuidados (140)(128).

1[4] *"Necesidades como la de realización personal, se abordan con dificultad, yo tengo dificultad, no es que se les dé menos importancia, pero tal y como estamos de tiempo y conocimientos".*

1[10] *"Yo creo que se va mejorando ligeramente, si hace cinco años le decías a una enfermera ofertar disponibilidad, atención psicológica, no se lo cuestionaba. Hoy, aunque sólo sea por repetición, la enfermera lo va incorporando. Es una corriente que te metes ahí y algo cambia, yo creo que se va notando que se atienden otras cosas."*

8[5] *"En la primera entrevista, es muy raro que yo llegue a saber que ese enfermo tiene baja autoestima, tendrá que ser a lo largo de los días, darte cuenta como está el enfermo, por lo que le está pasando, y esto requiere tiempo para relacionarte todos los días."*

10[1] *"Yo creo que mi trabajo como enfermera es el cuidado integral del paciente, y que no se hace, yo creo que no se hace como se debería hacer. Primero, por falta de personal y segundo por falta de conocimientos".*

C2. Analizando el comportamiento de las personas como pacientes

Los entrevistados no manifestaron, de forma explícita, aspectos relativos al componente cultural de las personas, aunque en su discurso se dejaba entrever cuando hacían referencia a lo que alguno denominó “contexto cultural”, considerándolo un factor inhibitor para que el paciente pudiese expresarse y alcanzar la Independencia dentro del entorno hospitalario.

La cultura hospitalaria está influida fundamentalmente por los símbolos que utilizan los médicos y en la medicina clásica era el profesional quien definía lo que era la salud y la enfermedad. La función del paciente era obedecer; tenía que aceptar el criterio de normalidad o anormalidad establecido por la medicina. Bajo este paradigma, la opinión del paciente es sólo importante como mero informador, más o menos fiable, de sus síntomas.

Aunque en la actualidad esto está cambiando, hoy se considera que la opinión del paciente en cuanto a sus sentimientos, percepciones y valores es muy importante. Ello no significa que este discurso tenga necesariamente efectos inmediatos o reales en la práctica hospitalaria; probablemente muchas personas siguen utilizando sistemas de interpretación antiguos para su interacción con los profesionales⁽¹⁴⁷⁾.

Esta forma de interacción origina tensiones entre las creencias y la práctica de las enfermeras que observan como sus valores y los de los pacientes chocan con los del contexto en el que desarrollan su actividad. Algunas de sus expresiones son:

11[4] *“En el contexto en el que nos movemos, a ver, en este contexto cultural la enfermedad es una situación de dependencia totalmente, revertir esto creo que forma parte de mi trabajo, creo que estamos en un estadio muy inicial y en el que hay que trabajar mucho. Yo creo que esto todavía no está incorporado en el chip habitual de la persona que entra en el hospital, demandan información, pero de forma muy sectorial. Sí, quiero saber lo que me van a hacer pero háganme lo que sea necesario, no participa de forma activa tomando decisiones sobre su proceso, pero incluso en cosas básicas como la comida, cuando le ofertas, te dicen, bueno lo que ustedes me den. Creo que el concepto de independencia para una persona, como lo entendemos, todavía no está elaborado en la*

mentalidad colectiva de la población, te dificulta el trabajo, pero bueno, yo soy consciente de que estoy en el principio de esta historia y ahí es donde trabajo."

9[4] *"Creo que hay gente que se vuelve dependiente de nuestra ayuda porque asume el rol de paciente y no se le da él".*

Otro aspecto que se planteó se refiere a la percepción que tienen las enfermeras de la dependencia de los hombres con respecto a las mujeres en relación con sus autocuidados. No hemos podido analizar en profundidad esta percepción y no podemos argumentar si este comportamiento se relaciona con que tradicionalmente el cuidado de la enfermedad lo realizan las mujeres, o si es producto de que las enfermeras planifican las actividades de enseñanza con los pacientes sin valorar previamente lo que los pacientes quieren aprender, cuándo o cómo⁽¹⁴⁸⁾.

15[1] *"A veces, los hombres son muy dependientes de las mujeres, intentas que aprendan ellos, por ejemplo, a poner la insulina y es casi imposible, que aprenda mi mujer te dicen y tu pero es usted es el que se tiene que poner la insulina, aprenderse su medicación y no su señora, que su señora lo sepa está muy bien, por si algún día tiene una duda, pero ¿quién es el enfermo?"*

14[9] *"Si él no me expresa lo que necesita o no necesita yo no lo puedo cuidar, pues cuidaría desde una actitud muy paternalista que es de la que yo intento escapar. Es que sin la información del paciente, sin lo que él me dice, yo estoy con las manos atadas no puedo cuidar, cuidaría según mi criterio pero no según la necesidad de esta persona."*

12[6] *"A los enfermos tienes que convencerlo, es algo que entre los dos negociáis pero has de ofrecerle más allá, lo que tú sabes que puede conseguir, el objetivo que te puedes plantear con él. Entonces, esa interacción es la que hace que le encuentres sentido a todo lo que hacemos las enfermeras y que al final diferencia bien nuestro papel del otro papel."*

C3. Analizando el sistema organizativo

El cuidado holístico o integral de una persona implica atender a las esferas física, psíquica, social y espiritual de las personas. Watson dice que el cuidado debe adquirir una dimensión que va más allá de las técnicas, de planificar la

atención, de recibir un turno; va más allá de un buen trato, es estar con la persona que necesita ser cuidada⁽¹³⁹⁾.

Las siguientes expresiones, reflejan las dificultades relacionadas con la organización del hospital que interfieren en cuidado al otro. Por un lado, las condiciones ambientales ponen en riesgo la posibilidad de que exista la privacidad necesaria y por otro, los intereses de los grupos profesionales son diferentes. Esto provoca que las prácticas de tratamiento y de cuidados estén jerarquizadas, habitualmente las actividades de cuidado están subordinadas a las otras, en consecuencia el tiempo disponible para estas actividades es menor⁽¹⁴⁹⁾⁽¹⁵⁰⁾.

11[1] *"Yo creo que el cuidado lo desarrollo con algunas dificultades, dificultades de infraestructura, bueno porque estoy en un medio concreto y me tengo que adaptar a él, el hospital es un medio hostil para la persona, ya le limita mucho a la hora de expresar cosas sencillas o básicas, para cuanto más otras cosas, también estamos siempre corriendo y eso no favorece el poder hablar y luego quién prioriza que es lo importante para hacer en un determinado momento casi nunca podemos ser nosotras".*

12[7] *"El cuidado que tiene que ver con la parte más humana y más psicológica del otro es un cuidado fundamental y lo hay que hacer pero lleva tiempo y las enfermeras siempre tenemos prisa, queremos hacerlo todo rápido y así no se puede hacer bien."*

7[1] *"Me siento más satisfecha cuando tengo menos trabajo y puedo dedicar más tiempo a cada paciente, cuando por motivos de tiempo no puedo hablar con el paciente, no sé qué le pasa. Se necesita mucho tiempo para hablar con los pacientes si quieres abordar todo."*

15[9] *"A veces para poder hablar de algunos temas con los pacientes y sus familias tienes que ir pidiendo un lugar de favor o esperar que esté un sitio libre para un mínimo de intimidad."*

5.1.2.1.2 Condiciones intervinientes

Consideramos esta categoría como interviniente porque explica la diferencia sobre la percepción de las capacidades que presentan las enfermeras para prestar cuidados relacionados con todas las necesidades de las personas.

C4. Describiendo la importancia de formación específica

Todos los enfermeros que habían realizado cursos sobre Relación de Ayuda manifestaron que les habían ayudado a ser capaces de controlar su angustia y a indagar en su personalidad para configurar una personalidad madura y equilibrada. Es un principio básico de la relación de ayuda que nadie puede ayudar al otro a resolver un problema, si él no lo tiene emocionalmente resuelto. Los cursos les habían ayudado a adquirir habilidades de comunicación, de autocontrol de las emociones, de capacidad de escucha y de sintonía emocional con el paciente.

1[11] *"Para mí hubo un antes y un después con un curso que hice de relación de ayuda. Te ayuda a conocerte, a que reafirma tu posición para poder ayudar a los demás."*

2[2] *"A mí me valió mucho el curso que hice de Relación de ayuda, aprendí a ver cosas en mí misma, aceptar cosas y a estar en buena disposición pienso que esto me puede ayudar a realizar mejor los cuidados en las personas."*

3[12] *"El curso de Relación de ayuda, me ayudó a conocerme a mí misma, a ver lo que me supone enfrentarme a distintas situaciones, ver que carencias tenía y en que tenía que mejorar, en que tenía que prepararme mejor para poder establecer esa comunicación que necesito para trabajar las necesidades de los niños y fundamentalmente de los padres."*

5.1.2.2 Estrategias

Acción / Interacción

- **E1. Describiendo las dificultades para suplir y/o ayudar a los pacientes a satisfacer sus 14 necesidades básicas.**
- **E2. Aprendiendo a satisfacer todas las necesidades básicas del paciente.**

Estas categorías nos describen las estrategias o acciones que utilizan las enfermeras para minimizar o solventar las dificultades que experimentan para proporcionar cuidados desde una visión humanista.

E1. Describiendo las dificultades para suplir y/o ayudar a los pacientes a satisfacer sus 14 necesidades básicas

Las enfermeras decían que aunque entendían que las 14 necesidades básicas eran importantes para la persona consideraban que en su trabajo diario priorizaban unas necesidades sobre otras. Esta misma situación se describe en otros estudios⁽¹⁵¹⁾⁽¹⁵²⁾.

Las necesidades que habitualmente no valoraban eran: necesidad de vivir según sus valores y creencias, necesidad de trabajar y realizarse, y necesidad de participar en actividades recreativas. Esta priorización se basaba fundamentalmente en dos consideraciones:

Las valoraban cuando la necesidad era manifiesta, es decir, cuando el paciente expresaba abiertamente alguna exigencia o manifestación de dependencia.

El hecho de no valorarlas se debía, en algún caso, a la falta de preparación que sentía la enfermera y a la sensación de que podían no respetar la intimidad del paciente.

Algunos de los párrafos que hacen referencia a ello fueron:

10[3] *"Yo algunas de las necesidades no las valoro, yo creo que preguntar algunas cosas a un paciente es bastante violento, a parte que es violento para mí también. Que lo demandan, y entonces en esos casos sí".*

4[7] *"Pues como no nos da tiempo a trabajar con todas por igual, esas las obviamos, pero según el paciente que sea, porque si me lo está demandando, entonces, depende un poco del tipo de demanda de cada enfermo, en cada momento."*

10[13] *"Yo creo que son cosas que yo no me atrevo a preguntar, que no me encuentro lo suficientemente capacitada como para preguntar y después actuar."*

5[12] *"Necesitamos formación para poder abordar problemas a niveles emocionales, como abordar el duelo, como abordar situaciones de ansiedad, de autoestima, sino nos quedamos colgados."*

1[4] *"Cuando valoras necesidades como la de realización personal, se valoran con dificultad, no es que se les dé menos importancia, pero tal y como estamos de tiempo y conocimientos."*

1[10] *"Yo creo que se va mejorando ligeramente, si hace cinco años le decías a una enfermera ofertar disponibilidad, atención psicológica, no se lo cuestionaba. Hoy, aunque sólo sea por repetición, la enfermera lo va incorporando. Es una corriente que te metes ahí y algo cambia, yo creo que se va notando que se atienden otras cosas."*

8[5] *"En la primera entrevista, es muy raro que yo llegue a saber que ese enfermo tiene baja autoestima, tendrá que ser a lo largo de los días, darte cuenta como está el enfermo, por lo que le está pasando, y esto requiere tiempo para relacionarte todos los días."*

10[1] *"Yo creo que mi trabajo como enfermera es el cuidado integral del paciente, y que no se hace, yo creo que no se hace como se debería hacer. Primero, por falta de personal y segundo por falta de conocimientos".*

Otro aspecto relativo a la valoración de Independencia que emerge del discurso de los entrevistados es que le asignan un significado distinto dependiendo de la necesidad básica que se esté valorando. Así, podemos observar como el termino Independencia se usa para expresar la situación de un paciente en las necesidades fisiológicas, de seguridad, comunicación o aprendizaje pero no en la de vivir según sus valores y creencias, trabajar y realizarse o participar en actividades recreativas.

El termino independencia, en la práctica, está relacionado con la necesidad de cuidados y su planificación. En nuestro contexto cuando se trabaja con problemas emocionales, de sentimientos, de relaciones no se usa; se utilizan una gran variedad de términos para referirse al resultado final de la valoración de estas necesidades: limitación, problema, falta de, le cuesta..., lo que lleva

implícito una falta de planificación en actividades de cuidados. Algunas de sus citas fueron:

6[5] *"Yo lo utilizo para las necesidades fisiológicas, de seguridad, y a veces para la de comunicación, en otras no decimos que es Independiente, decimos a lo mejor, le cuesta."*

1[4] *"Tal y como estamos, se enfoca más a la dependencia en cuanto a las necesidades de hacer, de cosas que no puede hacer o no sabe. Nos cuesta más ayudar a ser independiente en estas necesidades."*

E2. Aprendiendo a satisfacer todas las necesidades básicas del paciente

Las enfermeras expresaron que las dificultades que experimentan en su actividad asistencial no se resuelven sólo modificando su forma de hacer, sino que requieren de un aprendizaje específico.

La relación enfermera- paciente, como relación de ayuda o relación terapéutica, implica la necesidad de poseer una serie de habilidades y destrezas para "saber estar", saber qué decir y cómo decirlo. Habilidades tales como la escucha activa, la empatía, el respeto mutuo o la asertividad, se consideran capacidades necesarias para la atención integral de una persona (150)(131)(153).

En sus relatos destacaron algunos aspectos como:

12[3] *"Aquí trabajamos mucho , el temor y los duelos, yo creo que hay una intervención de enfermería que es fundamental, que tiene que ver como interactuamos con la palabra, para hacerlo bien, yo creo que se necesita además de aprendizaje, tiempo de experiencia y madurez personal, Esto no es posible inventarlo, yo creo que hay que aprenderlo, que hay que hacer un aprendizaje que tiene que ver con la relación, con la capacidad de comunicarse con el otro, con la escucha."*

7[4] *"En principio, las necesidades básicas que son las que yo trato de garantizar, después otras como la auto-realización, la autoestima sí, puedes intentar animar al paciente, hacerle que vea los logros, pero ya no llevo es a otro nivel".*

2[8] *"Se necesita de otros aprendizajes que se tienen que ir haciendo a la vez, como se elabora un duelo, como se dan malas noticias, como se trabaja la relación de ayuda, bueno todas estas cosas necesitan aprenderse, como se hace una entrevista, como te relacionas con el otro, como le dejas hablar, si esto no lo apoyas en el conocimiento es muy difícil".*

2[4] *"Yo en el curso de relación de ayuda aprendí a respetar a las personas, a saber escucharlas, a dejarlas hablar, y esto es muy importante para nosotros las enfermeras. Yo tengo muy claro que si yo estoy en una buena disposición, de aceptar, de escuchar, de hablar, cambia totalmente mi relación con las personas enfermas."*

3[12] *"Yo creo que en las enfermeras, muchas veces eso del burnout y quemarse tiene que ver con, si tú no estás fuerte interiormente para poder estar ante una madre que está perdiendo a su hijo. Pero, esa madre tiene que ir empezando a hacer un duelo, empezando a hablar y nosotras tenemos que acompañar, escuchar, todo eso para poder hacerlo, desde luego hay que estar interiormente fuerte".*

9[4] *"El dolor, el sufrimiento, para saber manejarlo, hay que trabajarlo antes uno mismo, todos esos sentimientos para cuando surge no escapes, si tú no sabes trabajar con el dolor de los demás tiendes a marchar. Se necesita preparación para trabajar la relación de ayuda."*

5[2] *"Las enfermeras, dentro de ese mapa tan amplio, no siempre somos capaces de abordar cualquier problemática, lógicamente yo ayudo a la persona dentro de mis posibilidades con mis capacidades y limitaciones que son muchas."*

15[8] *"Enfermería, uno de los problemas, entre comillas, que podría tener es que sus funciones es un campo amplísimo con lo cual, no es fácil que cualquier enfermera sea capaz de abordar y llegar a cualquier problemática, a cualquier situación, pero bueno, tampoco creo que eso sea algo insalvable, en absoluto. Habrá que tener profesionales centrados en un campo y otros en otros campos distintos para complementarnos."*

5.1.2.3 Consecuencias

Consecuencias

- **CS1. Percibiendo que proporcionar cuidados desde la filosofía de Virginia Henderson es un mecanismo para visualizar la actividad y reafirmar la identidad profesional.**

Esta categoría nos informa de los beneficios percibidos por las enfermeras derivados de trabajar para satisfacer las necesidades básicas de los pacientes.

CS1. Percibiendo que proporcionar cuidados desde la filosofía de Virginia Henderson es un mecanismo para visualizar la actividad y reafirmar la identidad profesional

Una de las enfermeras manifestó que el conocimiento y la adopción del modelo le habían ayudado a delimitar su área de competencia, la había aportado "identidad profesional":

3[11] *"Yo en el momento que descubrí que era trabajar con el modelo, con el proceso, de ver como valoras, puedes ver lo que identificas, lo que tú puedes hacer, y ver a la persona mucho más amplia, en muchos conceptos y en muchas cosas que si no se me escaparían, yo en ese momento, para mí fue la clave de mi identidad profesional".*

Las enfermeras manifestaron que el cambio en la atención podía ser un mecanismo para visibilizar sus actividades, tanto a nivel de la organización con los registros (plan de cuidados, informe para el pase de visita, informe de alta, comentarios evolutivos), como a nivel social a través de su relación los pacientes. Entendían que cuando acuerdas con ellos los objetivos de tu actividad o les explicas un informe de alta, estás haciendo visible tu papel como profesional. Así mismo, manifestaron que los DdE constituían un mecanismo de comunicación entre enfermeras con un lenguaje común y propio.

9[6] *"Cuando acuerdas conjuntamente lo se pretende, lo que puede pasar y le planteas que vamos a hacer para conseguir algo, de alguna forma le estamos diciendo que hacemos nosotras"*

15[9] *"Es importante mantener el informe de alta, al explicarle al paciente le informas de lo que hiciste y lo que queda pendiente, le dices que se lo enseñe a su enfermera de primaria, eso hace que haya continuidad en los cuidados".*



Figura 5-5 Categorías del fenómeno “Experimentando las dificultades para proporcionar cuidados desde la orientación filosófica de V. Henderson”.

5.1.3 Categoría central

Mediante la interrelación de los dos fenómenos y sus categorías se intenta descubrir la categoría central que reúna todas las otras. Para identificarla, se reunieron y analizaron los dos fenómenos *“Intentando adaptar la práctica asistencial al nuevo marco conceptual y al sistema informático de cuidados”* y *“Experimentando las dificultades para proporcionar cuidados desde la orientación filosófica de V. Henderson”*, integrando todas las categorías de acuerdo al *paradigma de codificación*. Durante este proceso de análisis y reflexión se establecieron las relaciones y conexiones entre las condiciones, las acciones y las consecuencias.

La categoría central que reúne a las otras categorías y que representa el proceso de adaptación al cambio, es **“TRABAJAR CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EL MODELO, MODIFICA LA PRÁCTICA HABITUAL”**.

El cambio promovido desde la Dirección de Enfermería puede considerarse un cambio planificado y multidimensional ya que es el resultado de un esfuerzo consciente, deliberado y preparado para cambiar el curso de la actividad enfermera. Se pretende reformular los supuestos que poseen las enfermeras y el entorno en el que trabajan⁽¹⁹⁾.

La condición contextual *“Utilizando el sistema informático de cuidados GACELA”* representa el conjunto de circunstancias que crea y en el que se desenvuelven los dos fenómenos. El contenido del programa GACELA obliga a las enfermeras a interpretar y dar significado a los objetos allí representados. Sus acciones e interacciones tienen lugar alrededor de estas nuevas interpretaciones. Su utilización es la causa de que las enfermeras modifiquen y reflexionen sobre la forma de describir, interpretar y actuar como enfermeras.

Las condiciones causales representadas por las categorías *“Redefiniendo el concepto de paciente”* y *“Redefiniendo su papel como enfermera”* representan la forma en que las enfermeras hacen operativos (interpretan y establecen las líneas de acción) los postulados teóricos del modelo y el marco de referencia que guía su práctica.

Las categorías **“Analizando la organización del trabajo”**, **“Valorando las dificultades para suplir y/o ayudar a los pacientes a satisfacer sus 14 necesidades básicas”**, **“Analizando el comportamiento de las personas como pacientes”** y **“Analizando el sistema organizativo”** informan de las dificultades percibidas durante este proceso de cambio, distinguen entre problemas relacionados con la estructura y organización del hospital, y los derivados de sus necesidades de formación o capacitación.

La categoría **“Percibiendo la falta de implicación en el proceso de cambio”** no expresa el rechazo al cambio sino la sensación de falta de información y participación en ese proceso de cambio.

La categorías interviniente **“Expresando diferentes posiciones con el proceso de cambio”** indica la diferente posición de partida en cuanto a la percepción de la necesidad de cambio en la actividad de las enfermeras. También representa la diferente capacidad de tolerancia de las personas con respecto a los cambios. Con todo, cualquier proceso de cambio genera inseguridad y ansiedad al conducir a las personas desde una situación de comodidad en su status a otra de inestabilidad.

Las otras categorías intervinientes, **“Describiendo distintos niveles de formación”** y **“Describiendo la importancia de formación específica”** expresan las dificultades de formación detectadas por las enfermeras que interfieren en el desarrollo y el resultado del proceso de cambio.

Las acciones/interacciones representadas en las siguientes categorías, **“Definiendo la relación enfermera – paciente”**, **“Adaptando el trabajo a la nueva forma de registro”**, **“Cambiando la organización del trabajo”**, **“Analizando las dificultades para aplicar el PAE”**, **“Describiendo las dificultades para suplir y/o ayudar a los pacientes a satisfacer sus 14 necesidades básicas.”**, **“Aprendiendo a satisfacer todas las necesidades básicas del paciente”**, **“Apreciando las ventajas de utilizar un sistema informático de cuida”** describen las estrategias utilizadas para adaptar su forma de hacer al nuevo marco conceptual y aquellas utilizadas para minimizar los problemas detectados en la atención a los pacientes y la evaluación de las dificultades organizativas y profesionales.

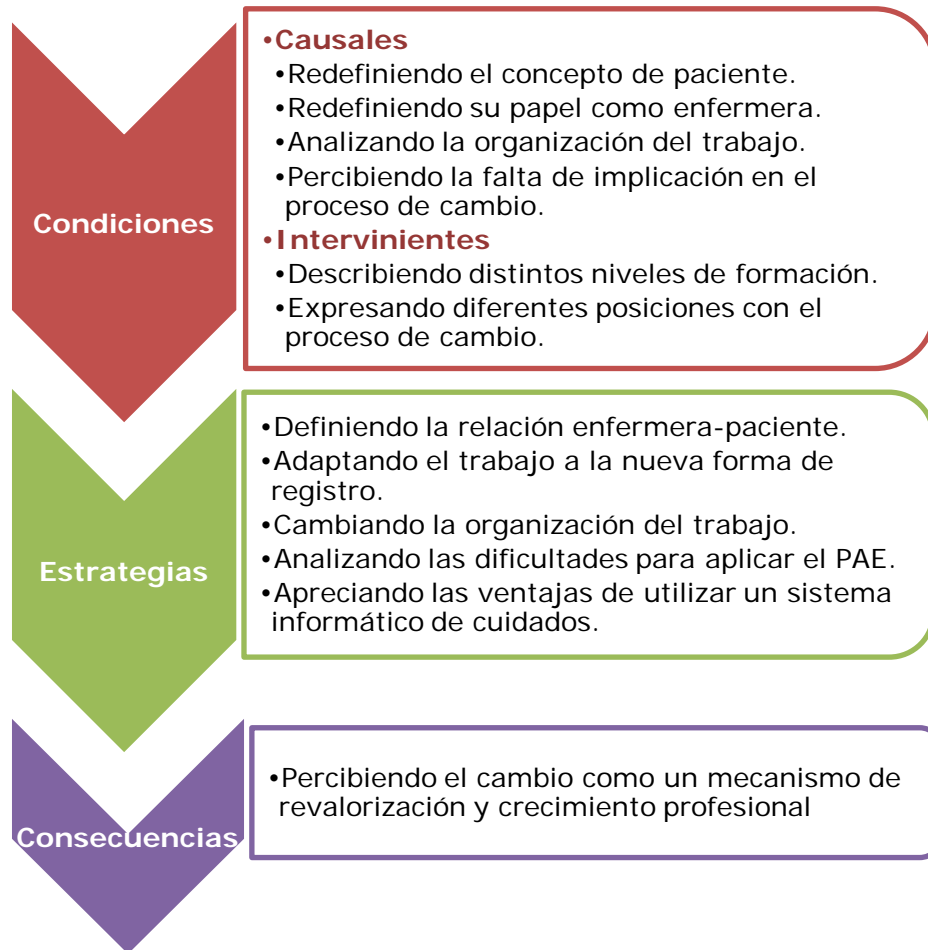
También, representan la evaluación de las ventajas de utilizar un registro de la actividad enfermera.

Las consecuencias de los dos fenómenos, ***“Percibiendo el cambio como un mecanismo de revalorización y crecimiento profesional”***, ***“Proporcionar cuidados desde la filosofía de Virginia Henderson es un mecanismo para visualizar la actividad y reafirmar la identidad profesional”***, describen los beneficios percibidos por las enfermeras como la reafirmación de su identidad profesional, el sentido de pertenencia, la visibilidad de su actividad y el desarrollo y crecimiento profesional.

La categoría central, ***“Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el modelo modifica la práctica habitual”***, representa la trayectoria vivida por las enfermeras en su quehacer diario tras la implantación de un sistema informático de cuidados desde la orientación filosófica de Virginia Henderson.

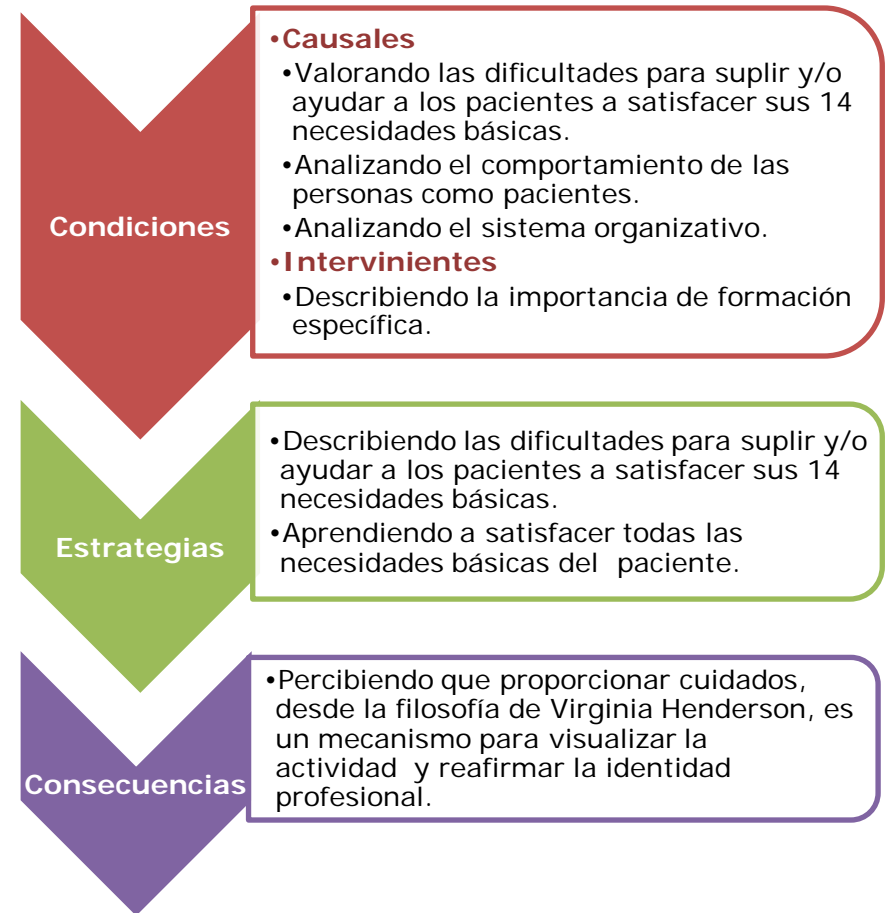
El diagrama que aparece a continuación representa los fenómenos y las categorías identificadas, así como la categoría central que recoge los dos fenómenos.

Fenómeno: Intentando adaptar la práctica al nuevo marco conceptual y al sistema informático de cuidados (Gacela)



Fenómeno: Experimentando las dificultades para proporcionar cuidados desde la filosofía de V. Henderson

Contexto: UTILIZANDO EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE CUIDADOS GACELA



Categoría central

• "Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el modelo modifica la práctica habitual"

5.2 RESULTADOS DEL AÑO 2016

El análisis de los resultados de la primera fase de la investigación, en 2004, puso de manifiesto que las enfermeras habían experimentado cambios en sus percepciones, su actividad profesional, sus relaciones con los enfermos, con colegas de profesión y con otros profesionales. Esta trayectoria la hemos representado en la categoría central **“Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el modelo, modifica la práctica habitual”**.

El hecho, de mantener la convivencia con las enfermeras del hospital y el continuar participando en la Comisión de Cuidados de Enfermería del Complejo Hospitalario permitió un intercambio continuo de información sobre vivencias, preocupaciones, anhelos y expectativas en relación con su actividad asistencial.

Se percibió, durante esta convivencia, un cambio generalizado e importante en la forma en que las enfermeras desenvolvían su actividad. Ésta percepción, junto con los hallazgos del estudio del año 2004, justificaron el desarrollo de este estudio de investigación. Decidimos explorar los cambios en la práctica asistencial de las enfermeras del hospital, después de que la informatización de los cuidados de enfermería con la orientación filosófica de Virginia Henderson, se había normalizado.

EL análisis de los resultados del año 2004 nos indicó que se habían producido cambios, al partir de esta premisa podemos suponer que nuestro pensamiento en esta fase del proceso de investigación puede considerarse más deductivo, puesto que nos planteamos que los cambios experimentados se relacionan con la utilización del sistema informático GACELA desde la orientación filosófica de Virginia Henderson.

A continuación, pasamos a describir los resultados del año 2016 que se obtuvieron con la realización de un total de 12 entrevistas, con una duración de entre 42 y 69 minutos.

En la siguiente tabla se describen los participantes en las entrevistas y sus características.

| | Cargo/lugar de la actividad asistencial | Edad | Formación | Conocimiento modelo Henderson | Años de experiencia asistencial | Años con GACELA |
|------------|--|-------------|--|--------------------------------------|--|------------------------|
| E1 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica. Responsable de implantación. Participo también en el año 2004 | 62 | Graduada en enfermería. Licenciada en historia. | Alto | 40 | 18 |
| E2 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica Participo también en el año 2004 | 53 | Diplomada en enfermería | Medio | 29 | 15 |
| E3 | Enfermera unidad de hospitalización área quirúrgica | 48 | Diplomada en enfermería | Medio | 26 | 17 |
| E4 | Enfermera unidad de hospitalización maternal | 60 | ATS/Diplomada en enfermería | Bajo | 36 | 14 |
| E5 | Supervisor unidad de hospitalización adultos área médica. Responsable implantación. Participo también en el año 2004 | 60 | ATS/Diplomado en enfermería | Alto | 36 | 16 |
| E6 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica | 42 | Diplomada en enfermería | Medio | 21 | 14 |
| E7 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica | 52 | Diplomada en enfermería Especialista en gerontología | Medio | 30 | 14 |
| E8 | Supervisora de unidad de hospitalización infantil | 60 | Diplomada en enfermería Licenciada en derecho | Medio | 40 | 14 |
| E9 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área quirúrgica | 59 | ATS/Diplomado en enfermería | Medio | 33 | 14 |
| E10 | Supervisora unidad de hospitalización adultos área médica Participo también en el año 2004 | 61 | ATS/Diplomado en enfermería | Medio | 39 | 16 |
| E11 | Enfermera unidad de hospitalización adultos área médica | 62 | ATS/Diplomado en enfermería | Alto | 40 | 14 |
| E12 | Enfermero unidad de hospitalización infantil | 45 | Diplomado en enfermería | Medio | 16 | 10 |

Tabla 3 Características de los participantes en las entrevistas de la anualidad 2016.

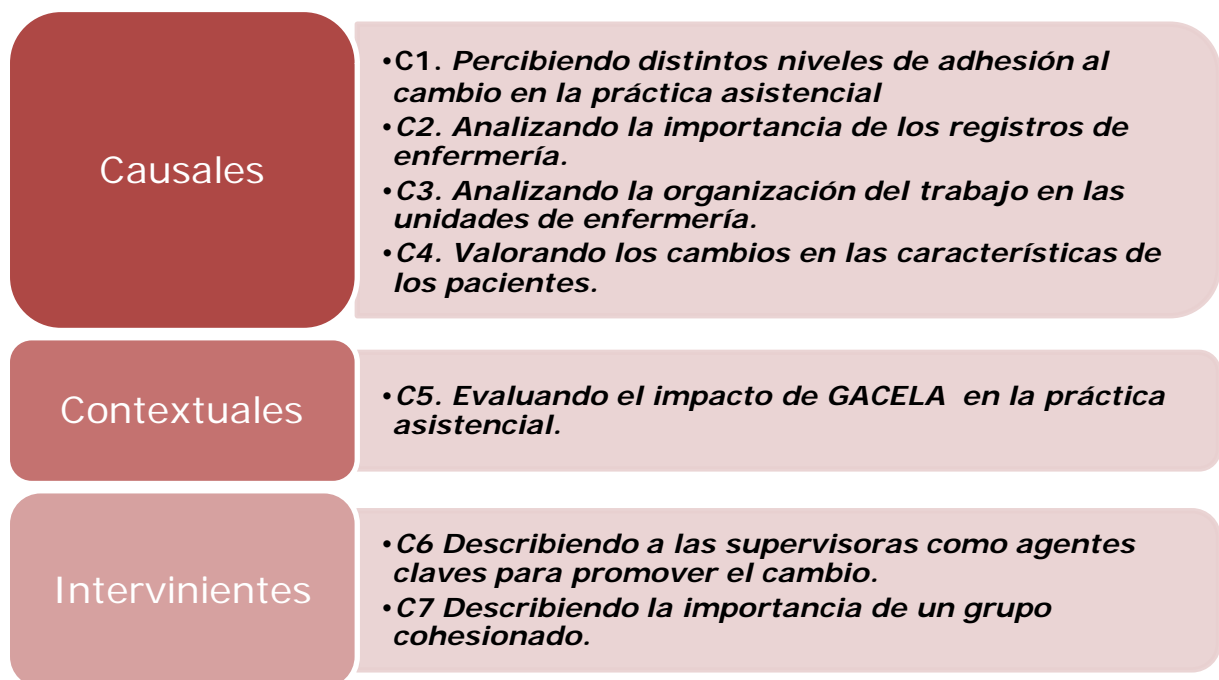
5.2.1 Fenómeno “Evaluando los cambios en la práctica asistencial con la utilización del programa GACELA”

Durante el proceso de análisis identificamos una idea central o fenómeno que fue: **Evaluando los cambios en la práctica asistencial con la utilización del programa GACELA.**

Este fenómeno, hace referencia a la trayectoria vivida por las enfermeras desde la puesta en marcha del sistema informático de cuidados hasta su consolidación como la forma habitual de trabajar. Las categorías identificadas en este fenómeno, reflejan la percepción de la obligación de modificar su práctica, las estrategias utilizadas, la reorganización de los recursos, la consolidación de nuevas competencias, el aprendizaje en equipo, así como la evaluación de las nuevas formas de hacer, de relacionarse y de compartir valores y creencias nuevas como profesionales de la enfermería⁽¹⁹⁾⁽⁸⁷⁾.

5.2.1.1 Condiciones

En el siguiente esquema, se muestran las categorías causales, contextuales e intervinientes que nos explican las condiciones en las que se desenvuelve el fenómeno.



Gráfica 5-1 Condiciones en las que se desenvuelve el fenómeno.

5.2.1.1.1 Condiciones causales

Estas categorías representan el conjunto de acontecimientos que influyen en el fenómeno. Informan de las percepciones de las enfermeras sobre las modificaciones en la forma de percibir su realidad, así como, de la valoración de la reorganización de los recursos y el grado de adhesión a la finalidad del proyecto de cambio.

C1 Percibiendo distintos niveles de adhesión al cambio en la práctica asistencial

Esta categoría representa la valoración de la trayectoria de las enfermeras durante el proceso de cambio. La última etapa de un proceso de cambio, según Kurt Lewin⁽⁸⁷⁾⁽⁹⁵⁾, tiene como finalidad estabilizar e integrar el cambio en el modo habitual de trabajar, así como, legitimarlo mediante la integración de todos los miembros de la organización. Esta categoría refleja el grado de aceptación del cambio y su nivel de desarrollo en los distintos roles de las enfermeras.

Se identificaron dos subcategorías en las que las enfermeras expresan su percepción del cambio planificado como algo impuesto o deseado. También, expresan los efectos del cambio sobre el componente autónomo o de colaboración del rol profesional.

C1 Percibiendo distintos niveles de adhesión al cambio en la práctica asistencial

C1.a Expresando diferentes formas de aceptación del cambio

C1.b Percibiendo distintas visiones del rol profesional

C1.a Expresando diferentes formas de aceptación del cambio

Las enfermeras entrevistadas manifestaron diferentes actitudes con respecto a la utilización de GACELA. Esto ya se observó en las entrevistas realizadas en el año 2004, y se describe en otros estudios sobre la utilización de registros electrónicos⁽⁶⁹⁾.

Para algunas enfermeras, el programa representaba una herramienta que facilita el desarrollo del rol autónomo de enfermería, les permite basar su atención en un modelo de cuidado, evaluar la satisfacción de las necesidades básicas de las personas y ayudar a satisfacerlas, y, al mismo tiempo, utilizar el PAE.

Para otras, era una herramienta que provocaba la ruptura con su forma de hacer habitual, dado que no sentía la necesidad de modificar su forma de hacer. La mayoría acabaron por asumir la necesidad de cambio dentro de la institución, aunque alguna sigue expresando su desvinculación con la finalidad del proceso.

4[1] *"Tenía muy claro lo que yo quería ser como enfermero, los cambios el modelo de Henderson y con el programa vinieron a facilitarme las cosas y hacérmelo entender mucho mejor".*

2[24] *"Eu, cando a implantación vivino con moita ilusión, despois vas baixando as expectativas. Creo que hai cousas que melloramos moitísimo, dis ti, é que non podo pensar que esta persoa haxa cambiado tanto. Eu creo, que foi grazas ó modelo e ao instrumento"*

6[9] *"Cuando empezamos en este hospital, éramos un grupo de gente joven y teníamos mucha ilusión, yo aquello lo recuerdo como muy ilusionante. También fue un cambio fuerte, pero después de los primeros tiempos, yo valoro el cambio como bueno, bueno creo que lo valoramos".*

9[3] *"Al principio, el cambio no lo entendía, yo estaba contenta con lo que había, no necesitaba ningún cambio. Ahora, después de haber superado el esfuerzo, como positivo, ya es un ritmo que te marcas, pienso que ahora está bien".*

11[1] *"No, yo no consideraba que fuese algo necesario. No era necesario, porque era demasiado farragoso, había muchas cosas, y el GACELA tiene carencias de mogollón de historias. Estamos hablando de medicina interna, tenían que haber hecho programas específicos de medicina interna, de materno de todas las especialidades".*

8[1] *"Yo al principio, estaba en contra de todo, después con el tiempo te vas adaptando"*

3[1] *"Eu penso que as enfermeiras cambiaron algo, cambiou a práctica porque é obrigatorio. Eu, estou convencida de que unha porcentaxe moi alta de enfermeiras, hoxe lle din, que sacan ó GACELA e quedarían encantadas con rexistrar os comentarios evolutivos e as constantes, seríalles suficiente".*

C1.b Percibiendo distintas visiones del rol profesional

El discurso de las enfermeras puso de manifiesto la existencia de distintas identidades fruto de las diferentes ideas y aspiraciones que cada enfermera construye de manera individual⁽⁷⁾⁽¹⁵⁴⁾. Esta construcción está determinada por la evolución y las expectativas de cada uno, como muy bien expresa una de las enfermeras entrevistadas.

4[1] *"Yo veo, que hay muchos profesionales que para ellos la enfermería sigue siendo eminentemente las técnicas y de actividades de colaboración. Cuándo tú tratas de abrir el campo autónomo enfermero de cuidados, no se puede, no sé si porque no quieren responsabilidades, si por falta de conocimientos, si por falta de implicación, no sé porque".*

1[1] *"En mi caso, en la unidad en la que yo trabajo, somos 15 enfermeras y la verdad es que hay un número importante, como 9, que tienen claro lo que son los principios básicos de Henderson, cuando estás trabajando así, la percepción que tienes de los pacientes es otra diferente".*

12[9] *"Hay distintas formas de hacer, y tienen que ver con lo que aspira cada una como enfermera a darle al otro, o no darle. Tiene que ver con, como cada enfermera siente y vive su profesión y a lo que aspira y las expectativas que tiene".*

10[8] *"Yo, lo que tengo que hacer es vigilar lo que le pasa al enfermo y poner el tratamiento "*

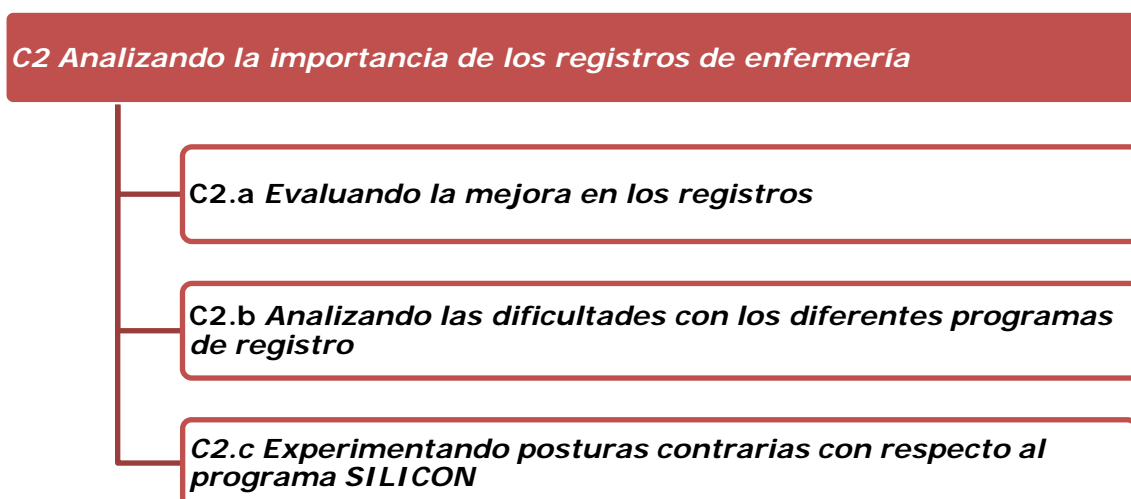
9[1] *"Yo pienso, que los planes de cuidados, que a mí me cuestan más trabajo, y que no les veo demasiado objeto".*

11[2] *"Para mí, hay cuatro cosas fundamentales que valorar, como come, como duerme, como se lava y cómo anda y la eliminación, yo me quedaría con eso, a parte la medicación, curas, dolor, fiebre".*

C2 Analizando la importancia de los registros de enfermería

Esta categoría representa la valoración que las enfermeras realizan de los sistemas informáticos de registro que se utilizan en el hospital. Consideran importante el registro de los cuidados para dejar constancia del trabajo que realizan, para asegurar la continuidad de los cuidados y como espacio permanente de comunicación⁽¹⁴⁵⁾⁽¹³⁶⁾⁽⁹⁸⁾⁽⁴⁰⁾. Así mismo, valoran como ineficiente la necesidad de utilizar distintos programas de registro. Esta ineficiencia se ve incrementada por la importante carga de trabajo. Evalúan la utilización de algún registro como una amenaza pues puede suponer un retroceso en el desarrollo del rol autónomo.

Las tres subcategorías identificadas hacen referencia a estas valoraciones. En la siguiente tabla se describen estas subcategorías.



C2.a Evaluando la mejora en los registros

Todos expresaron que los registros de enfermería habían mejorado de manera sustancial. Estas opiniones, coinciden con las expresadas por las/os participantes en el año 2004, y también, con lo descrito en otros estudios⁽⁴¹⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁹⁵⁾.

12[3] *"Yo creo que los registros han mejorado mucho, ahora tienes mucha información, del paciente y de otras cosas protocolos, recomendaciones"*

4[4] *"Cuando hace años, cogías los ingresos de enfermería, los comentarios de enfermería. Lo único que ponían era ingresa para... Ahora, cualquier historia, la ves y da gusto, como se hacen los comentarios de"*

ingreso, las valoración, los comentarios, en general, se ha avanzado muchísimo, ahora existe ya un lenguaje enfermero”

5[3] *“Al final, la mayor parte del tiempo lo usa para los registros, pero también es necesario, cuando necesito saber información de un paciente voy al programa y lo tengo”*

7[3] *“Los registros, nos llevan mucho tiempo pero son imprescindibles para trabajar, necesitamos tener los datos de la valoración, los diagnósticos, los objetivos para poder ver cómo evoluciona el paciente”.*

C2.b Analizando las dificultades con los diferentes programas de registro

Los relatos que aparecen a continuación, ponen de manifiesto las dificultades que experimentan las enfermeras con la existencia de diferentes aplicaciones que no están interconectadas entre sí. Cuando se instauró GACELA en el hospital, no existía historia clínica electrónica, ni se habían desarrollado bases de datos para medir la calidad asistencial enfermera (úlceras, caídas,...). La falta de integración en GACELA de otras bases de datos y aplicaciones supone para las enfermeras una sobrecarga de trabajo y una pérdida de importante de eficiencia.

3[24] *“Os rexistros deberían estar xuntos, creo que é un problema ter que rexistrar as úlceras, as caídas, as flebites, e outros rexistros de enfermaría en programas diferentes. Os rexistros de glicemias, nas gráficas de enfermaría no GACELA, e as unidades de insulina no SILICON, isto supón unha perda de tempo moi importante”*

6[3] *“En este hospital, también en el Abente y Lago, ya teníamos enlazada la pauta de medicación en el programa GACELA y desapareció. Ahora, para la medicación nos ponen otro programa el SILICON. No iban a tener dos cosas a la vez, entonces sí que nosotras, como enfermeras, nos sentimos ninguneadas, yo personalmente tengo que hablar por mí.”*

2[13] *“Os rexistros de enfermaría, como o de úlceras, caídas e outros deberían estar enlazados con GACELA para facilitar o traballo”*

8[3] *“Estás trabajando con tus pacientes y tienes que cambiar una dieta, tienes que salir, ir al icono de nutrición y pedir desde allí”*

C2.c Experimentando posturas contrarias con respecto al programa SILICON

El SILICON es una plataforma integral diseñada para la gestión total de la actividad del departamento de farmacia hospitalario. Permite gestionar de forma completa e integrada el ciclo de la prescripción farmacoterapéutica hospitalaria enlazando la prescripción médica con el servicio de farmacia. Este servicio es el encargado de transcribir las dosis, horario de administración y recomendaciones de los fármacos que suministra.

Para la mayoría de las enfermeras, el programa supone un incremento en las medidas de seguridad para el paciente. Pero a la vez, es fuente de intranquilidad para muchas, ya que consideran que puede suponer un retroceso en la potenciación y desarrollo de su rol autónomo.

En el hospital, algunas enfermeras sustentan su ejercicio profesional en las actividades correspondientes al rol de colaboración, que incluye la vigilancia del estado de la persona y la aplicación de técnicas y órdenes médicas, entre las que figura la administración de fármacos. Para ellas, la agenda de medicación que genera el programa SILICON es un camino de regreso a la situación previa al cambio.

Los siguientes relatos expresan la intranquilidad o la amenaza que experimentan con la forma de hacer de sus compañeras.

3[2] *“Por exemplo, na prescripción, que a min si me parece moi importante para non ter que transcribir ti o que escribe o médico, é mais seguro e evita erros. Pero desde que está o SILICON, hai máis problemas, hai enfermeiras que non sacan a axenda de cuidados, saca a axenda de medicación. Sírvelle co nome dos pacientes, co número de habitación e coa planificación da administración de fármacos que ven dada pola farmacia”.*

4[4] *“Si se obriga a sacar la agenda de cuidados, pues si la sacan, pero ahora con el SILICON, cuando llega la enfermera a su turno, inmediatamente lo primero que saca es la agenda de medicación y la de cuidados unas enfermeras si y otras no”.*

2[22] *“A veces, unha compañeira dime, pois non saco axenda de cuidados, solo saco o SILICON”*

En contraposición, los siguientes relatos muestran la aceptación positiva de otras enfermeras. Incluso, una participante explica las estrategias que utiliza para que este programa recoja actividades del rol autónomo, delegando en otro profesional la responsabilidad del registro de su actividad.

11[2] *“Con el SILICON si se puede, el GACELA está muy por debajo, si antes era tal, ahora se utiliza bastante menos. En el SILICON, sí que estamos, hay que decirle a los médicos, de vez en cuando, que pongan una serie de historias para que a nosotras nos salgan, por ejemplo las curas y como se hacen”*

8[3] *“Yo al SILICON, le veo ventajas y mucha utilidad para la administración de medicación, hay días que funcionamos con la agenda del SILICON”.*

C3 Analizando la organización del trabajo en las unidades de enfermería

En los resultados del año 2004, la categoría relativa a la organización del trabajo describía, fundamentalmente, aspectos relacionados con organización parcelar de la actividad enfermera y con las dificultades para la atención holística de la persona.

En el análisis de los datos del año 2016, la categoría identificada hace referencia al análisis de la organización de la actividad de las enfermeras dentro de la unidad y a la repercusión que el comportamiento de cada profesional tiene en el funcionamiento del grupo.

En esta categoría, se han identificados tres subcategorías que se describen en la siguiente tabla:

C3 Analizando la organización del trabajo en las unidades de enfermería

C3.a Evaluando los turnos de rotación rápida o anti-estrés

C3.b Percibiendo bajo nivel de implicación en los mandos intermedios y la dirección con la consolidación del proceso de cambio

C3.c Evaluando la falta de coordinación con el personal médico

C3.a Evaluando los turnos de rotación rápida o anti-estrés

Según Bryan Turner⁽¹⁴⁸⁾, algunos de los rasgos negativos atribuidos a la enfermería, como el bajo prestigio, los horarios fuera de lo normal o turnos, la elevada rotación y la débil autonomía profesional, se deben fundamentalmente a una cuestión de género. “El fracaso fundamental de la enfermería por alcanzar autonomía profesional se explica en términos de la contradicción entre la vida familiar y la carrera profesional, por a falta de un compromiso continuo con una carrera profesional que excluya los compromisos domésticos”⁽¹⁴⁸⁾. La necesidad de consolidar el desarrollo de competencias para desarrollar el rol autónomo pone de manifiesto las dificultades que originan las formas de rotación en la organización del trabajo de las propias enfermeras⁽⁴⁰⁾.

3[9] *“Cando tíñamos turnos, por exemplo, estabas unha semana de mañá, outra de tardes, a nivel organizativo era moito máis fácil. Agora, a discontinuidade inflúe negativamente para a prestación de coidados, moi negativamente. Moita xente concilia a vida persoal cos turnos, iso é moi importante, pero non se cuestiona nunca, conciliar os turnos cos coidados”.*

4[1] *“Los turnos, no favorecen en nada el seguimiento del paciente y entonces la gente no se implica demasiado. Un día viene de mañana, otro día viene de tarde, otro viene de noche, luego libra dos días, luego junta cuatro. Que es un mal menor lo de los turnos, puede que sí, pero pienso que nos está perjudicando muchísimo”.*

C3.b Percibiendo bajo nivel de implicación en los mandos intermedios y la dirección con la consolidación del proceso de cambio

La mayoría de los entrevistados, con independencia de que ocupasen cargo de supervisor de unidad o no, manifestaron que percibían que los responsables del departamento de enfermería no tenían, ahora, la misma implicación con el proceso de cambio.

Consideran que los responsables institucionales de enfermería han de estar implicados en el proceso de sistematización de los cuidados, ya que poseen autoridad, liderazgo formal y capacidad para influir en las enfermeras⁽¹⁹⁾.

2[10] *“Percibo que na dirección están coa misión de cumprir os obxectivos, e os seus obxectivos van encamiñados, por exemplo, a prevención de úlceras, prevención de caídas, identificación de pacientes con dor... que me parece moi ben, pero que non che poden medir só por iso, terán que medir que teñas diagnósticos e cómo os teñas, por exemplo”.*

3[16] *“Eu creo, que tiña que haber máis xente implicada de forma continua. Eu creo que coa estrutura do hospital, tes as enfermeiras, supervisora da unidade, supervisora de área e as subdireccións. Creo, que non se pode estar solo nos despachos, tes que estar nas unidades impulsado ese cambio e sensibilizado de forma continua, senón ti tiras, pero con un desgaste terrible”.*

1[9] *“Fue un gran problema el hecho de que hubiese muchas supervisoras que no creían en ello: ni en el concepto enfermero, en los cuidados, ni en los registros, en el programa informático”.*

6[3] *“La dirección de enfermería, lógicamente tiene que poner apoyo en aquellas unidades donde está la cosa un poco verde...Alguien que ayude, que motive, que apoye para conseguir un nivel que se acerque al de las unidades que están más por delante para que sea más uniforme. Si se consigue que se trabaje de una manera uniforme en todos el hospital, esto consigue hacerse creíble y fiable”.*

C3.c Evaluando la falta de coordinación con el personal médico

Esta subcategoría hace referencia a las dificultades para articular la actividad y los objetivos del trabajo del personal médico y de enfermería. En los resultados del año 2004 ya se encontraron manifestaciones relativas a estas dificultades.

José R. Repullo plantea que la medicina y la enfermería desde sus respectivos enfoques (atención a la enfermedad y ayuda a la satisfacción de las 14 necesidades básicas del paciente) tienen buenas condiciones, desde un punto de vista funcional, para mejorar la atención a las personas ingresadas en el hospital. Sin embargo, la convivencia en las unidades de hospitalización no se realiza sin fricciones⁽¹⁵⁵⁾. Las siguientes citas hacen referencia a estas dificultades.

10[2] *“Instrumentos como el informe de alta de enfermería, es muy importante mantenerlos, a nosotros nos costó muchos problemas con los cirujanos. A pesar que la enfermería tiene un lenguaje diferente, cuando los niños acudían a las consultas, venían con el informe de alta de la enfermera y eso levantó muchas ampollas”.*

2[11] *“Tamén ten moita importancia a forma de cómo se di, eu non podo chegar hoxe as dúas da tarde e dime “Este paciente vaise de alta ás dúas da tarde” e eu pñoñome a facer a alta de ese paciente, e eu non o coñezo porque é o primeiro día que o levo”.*

6[8] *“Los médicos suelen leer la hoja nuestra del pase de visita, pero nosotros no sabemos los objetivos de los médicos con ese enfermo, tenemos poca coordinación en cuanto a la atención, y a veces te encuentras con que están a punto de dar el alta a un señor, está viviendo en el quinto piso sin ascensor, y aun no puede andar. O nos pilla el toro algo, te dicen se va de alta mañana, pero si el cuidador principal no es el que viene mañana, pues nos pasa, es porque no trabajamos en equipo”*

C4 Valorando los cambios en las características de los pacientes

Esta categoría representa la valoración de los cambios demográficos y epidemiológicos de la población atendida y su repercusión en la dispensación de cuidados.

Por un lado, la cronicidad y el aumento de dependencia física de las personas mayores se traducen en un incremento de las necesidades de cuidados, que produce un aumento cuantitativo y cualitativo del trabajo de las enfermeras. Este aumento de la necesidad de atención debería ir acompañado de un aumento del ratio enfermera/paciente, sin embargo, en nuestro país sigue siendo bajo⁽¹⁵⁶⁾.

2[10] *"A maioría dos paciente que temos nos son crónicos con varias patoloxías e moitas necesidades, case nunca podes chegar unha semana ao nivel que el ou ti queres. Hai que valorar ben ata onde pode chegar ou ata onde pode chegar a familia"*

3[15] *"Pois fai 20 anos ó mellor tiñas un paciente con risco de úlceras, e hoxe tes, na unidade, 20 ou 25 con risco de úlceras. Falamos do risco de caídas, é igual, falamos de persoas que necesitan axuda nos seus coidado porque son dependentes. Creo, que é un cambio que dunha maneira, ou de outra a sociedade xa che obriga a adaptarte"*

11[8] *"La mayoría de nuestros enfermos son mayores, muchos 84, 90, esas son las edades en las que hay alzhéimer, demencias senil, con otras patologías cardiopatías, diabetes, problemas respiratorios.....eso es lo que hay. ¿Qué valoramos y cómo?, todos tienen riesgo de caídas, pero no te puedes comunicar bien con la mayoría".*

Por otro lado, las estancias cada vez más cortas para algunos procesos quirúrgicos hacen que la mayoría de las actividades de enfermería se relacionen con problemas de colaboración. En muchas unidades quirúrgicas, las actividades están descritas en planes de cuidados estandarizados.

7[5] *"Los pacientes de cirugías sencillas están 2 o 3 días suelen ser pacientes sin otras patologías y muy independientes"*

10[3] *"En esta unidad para los niños que son las de corta estancia quirúrgica, que ingresa, se opera y se van al día siguiente tenemos planes de cuidados estandarizados de cirugía de corta estancia".*

5.2.1.1.2 Condiciones contextuales

En año 2004, la categoría ***“Utilizando el sistema informático de cuidados GACELA”*** representaba la causa por la cual las enfermeras modificaron su forma de describir, interpretar y actuar como enfermeras, lo que, de alguna forma, sigue expresándose en el momento actual

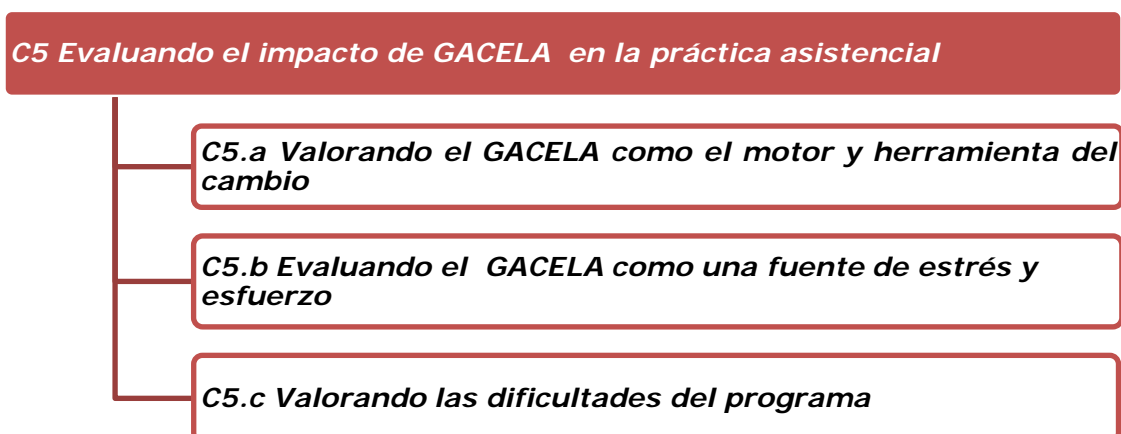
La categoría identificada al analizar los datos del año 2016 es ***“Evaluando el impacto de GACELA en la práctica asistencial”***. La hemos considerado contextual porque la utilización del programa es la condición específica, a través de la cual, las enfermeras evalúan las situaciones en las que se produce y se desenvuelve el cambio en la práctica asistencial.

C5 Evaluando el impacto de GACELA en la práctica asistencial

Los relatos nos informaron que el contenido del programa informático constituye el conjunto de circunstancias que permite a las enfermeras valorar, diagnosticar, tratar y evaluar los cuidados de enfermería, y les sirve para profundizar en sus conocimientos. Esta categoría, refleja también, las dificultades personales y del programa ante las cuales deben responder las enfermeras.

2[1] *“Sí, eu creo fíxonos máis conscientes do traballo que tiñamos que facer en canto a rexistros. Sírvenos para adquirir coñecementos, porque o programa tamén permitía acceder a cousas que ti antes tiñas que mirar en libro, sírvenos para individualizar o traballo”.*

En esta categoría hemos identificado tres subcategorías, que se representan en la siguiente tabla:



C5.a Valorando el GACELA como el motor y herramienta del cambio

Esta subcategoría representa la experiencia de las enfermeras con respecto a la utilización del programa GACELA y describen que el programa fue lo que posibilitó el cambio en la práctica de enfermería. El programa informático facilitó el registro del desempeño del rol profesional, fundamentalmente del rol autónomo⁽¹⁵⁷⁾, esto según la mayoría de las enfermeras, es lo que ha provocado el cambio.

Sólo una de las personas entrevistadas manifestó que no es posible saber si el cambio lo ha provocado el programa o el modelo conceptual.

7[2] *"El programa Gacela fue el motor del cambio, fue lo que provoco el cambio en la actividad de toda la unidad"*

4[10] *"El programa fue una herramienta que nos vino a ayudar a muchos, a ser capaz de plasmar en un papel, lo que me parecía que debía ser"*

3[2] *"Eu penso, que hoxe sen o rexistro informatizo que te aproxima ao modelo e ao proceso sería impensable. E moi difícil saber que parte do cambio é polo modelo e que parte e pola informatización"*

9[2] *"El hecho de que haya el programa obliga a trabajar de esta forma, sino sería otro panorama completamente distinto, otra organización completamente diferente"*

C5.b Evaluando el GACELA como una fuente de estrés y esfuerzo

Las enfermeras percibieron el programa como una fuente de estrés; su uso, como forma habitual de registro, supuso en gran esfuerzo. Era una herramienta desconocida, por lo que fue necesario compaginar la actividad habitual con la adaptación a la misma. Estas percepciones se describen en otros estudios relacionados con la implantación de sistemas de registro informáticos⁽⁴⁰⁾⁽⁹⁵⁾.

5[1] *"A mí, en principio me supuso un estrés terrible, era el cambio de adaptarte a trabajar de modo distinto, registrar una serie de cosas que no era lo habitual, porque sólo registrabas datos, después te adaptas a lo que hay."*

7[2] *“Al principio, no te daba tiempo a reflexionar sobre lo que estaba bien o mal, la adaptación fue dura, por el tiempo que necesitabas y no tenías”*

9[3] *“Yo al principio lo pasé muy mal, es una cosa nueva que desconoces completamente y tenía que hacer mi trabajo y compaginar con el GACELA, eso era una locura. Ahora, yo sé lo que tengo que hacer, me gustaría hacer esto, pero es imposible. Sales mucho más agobiada pensando, en si hice todo, cubrí todos los datos, si justifiqué todo, me voy, a veces, digo casi era mejor cuando no te dabas cuenta de lo que tenía que hacer”.*

C5.c Valorando las dificultades del programa

El uso del programa presenta muchas dificultades que preocupan y dificultan la actividad diaria de las enfermeras. Describen los registros como muy extensos y poco funcionales, sobre todo el registro de las actividades. Consideran que esto puede ser una causa de actitud negativa hacia el programa. Este problema con los sistemas de registro está descrito en otros estudios como fuente de inquietud y de dificultad para su utilización⁽⁹⁵⁾⁽¹³⁶⁾
(145)(158)(159).

Los siguientes relatos expresan algunas de estas inquietudes.

3[7] *“Os rexistros, pódenche axudar pero tamén son moi extensos y e moi densos, iso non favorece. Probablemente, se en lugar de actividades tivéramos NIC pois seríanos moito máis fácil, podíase agrupar ó mellor”.*

4[4] *“Ahora mismo, según ésta el programa, nos dificulta muchísimo a la hora de la funcionalidad. Si lo heces muy específico, te saca 10 hojas de acciones y sí lo resumimos en exceso, ya no tiene la validez de las cargas de trabajo y teóricamente las cargas de trabajo también tienen que aparecer ahí”.*

Otra de las dificultades que expresan, se refiere a la lentitud de los ordenadores y a la repercusión que ello tiene en la eficiencia de sus actividades⁽¹⁵⁸⁾.

2[28] *“ Nós traballamos con ordenadores que serán, pero ti sabes o que é meter un dato e que che este o reloxo alí, e ti dicindo “pero, isto non vai, eu teño que facer outras cousas” e para meter uns datos che leve 10 minutos”.*

3[22] *“Os ordenadores van moi lentos e as enfermeiras andamos moito mais rápidas que os ordenadores, iso e outra dificultade”*

5.2.1.1.3 Condiciones intervinientes

Las siguientes categorías se han enmarcado dentro de las condiciones intervinientes porque consideramos que explican las variaciones en los cambios de la práctica en las diferentes unidades de enfermería.

C6 Describiendo a las supervisoras como agentes claves para promover el cambio

En los resultados del año 2004, las enfermeras expresaban que los cambios en la organización del trabajo implicaban nuevas responsabilidades en las supervisoras. En las entrevistas actuales, las enfermeras expresaron que su papel es fundamental para impulsar y consolidar los cambios en las unidades. En otros estudios, también se menciona el liderazgo en los mandos intermedios como un mecanismo importante para el desarrollo de los cuidados centrados en la persona y para la percepción que tienen los profesionales de su implantación⁽⁶⁹⁾⁽¹⁶⁰⁾.

6[5] *“Creo que el supervisor tiene que tener capacidad de liderazgo para potenciar el trabajo en equipo, para establecer unas pautas de trabajo determinadas y consensuadas, entre todos, creo que no es lo que se está haciendo, están solamente diciendo la manera de trabajar”*

4[2] *“Estoy convencidísimo de que es una referencia, tiene que ser una referencia. Para mí la supervisión, tiene dos funciones muy claras. Por un lado intentar lograr la excelencia en los cuidados a los pacientes y por otro tratar de buscar las mejores condiciones de trabajo para las compañeras. La supervisora, tiene que tener claro que son los cuidados enfermeros y creer en lo fundamental de la parte autónoma de la enfermera”*

2[4] *“Eu creo, que a supervisora é fundamental, e o digo por experiencia propia, é fundamental”*

7[3] *“Al cambiar la supervisora cambio la orientación en el trabajo de muchas enfermeras de la unidad”*

1[16] *“En nuestra unidad la acogida al personal nuevo la hace siempre la supervisora, les enseña el GACELA, para ver si saben o no saben, y*

después nos dice, "Esta enfermera, echadle una mano porque no sabe mucho de los planes de cuidados o de GACELA".

C7 Describiendo la importancia de un grupo cohesionado

El proceso de transformación y consolidación de un cambio en una organización pasa necesariamente por un modelo participativo de sus miembros. Las enfermeras entrevistadas valoran como necesario la existencia de un grupo cohesionado para el funcionamiento global de las diferentes unidades. Consideran que la orientación de los cuidados depende de que los integrantes de la unidad de enfermería construyan una nueva forma de hacer a través de la cooperación, el aprendizaje conjunto y el fortalecimiento de la interacción dentro del grupo. Esto fue expresado por las enfermeras de la siguiente forma:

1[1] *"En la práctica, el funcionamiento de la unidad ha dependido mucho de sí ha habido un grupo o no de enfermeras, en cada unidad, que ha tirado de ello".*

3[5] *"Eu creo que en unidades onde hai xente comprometida con isto é que provocas unha corrente, que, salvo excepcións, a xente vaise metendo nela, y eu na miña experiencia é o que observo. Cando a xente empeza a traballar así, engánchase e despois sigue traballando así, e gústalle poder traballar así".*

12[6] *"Yo tuve la suerte de estar en una unidad donde había muchas enfermeras que estábamos implicadas con hacer las cosas de otra forma, creo que eso nos ayudó a todos".*

5.2.1.2 Estrategias

Acción /
Interacción

- **E1. Evaluando las diferentes formas de hacer como enfermeras.**
- **E2. Cambiando la organización del trabajo.**
- **E3. Analizando las dificultades para la atención y seguimiento de los pacientes.**
- **E4. Estableciendo mecanismos para solventar las dificultades.**

Estas categorías las hemos incluido en el apartado de acciones/interacciones porque nos indican lo que hacen las enfermeras en relación con el fenómeno. Representan los actos, las negociaciones y las revisiones que se dan las

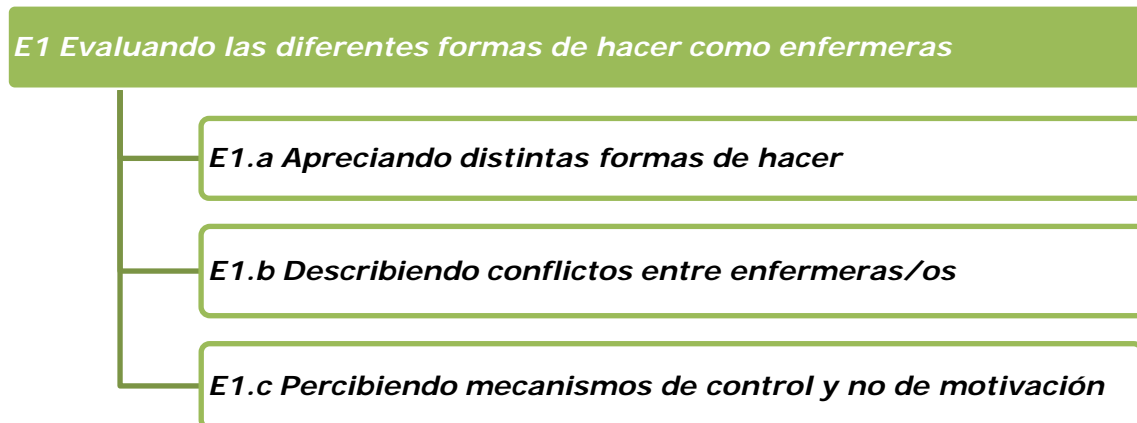
enfermeras a sí mismas y al grupo que constituye la unidad, y que resultan de la interacción cotidiana entre ellas, los pacientes y los otros profesionales.

E1. Evaluando las diferentes formas de hacer como enfermeras

Esta categoría informa de los actos, las negociaciones y las revisiones que hacen las enfermeras de su quehacer diario.

Los relatos de las enfermeras pusieron de manifiesto la existencia de diferentes visiones del rol profesional, marcadas por la orientación filosófica del modelo de Virginia Henderson y la utilización del proceso de atención de enfermería que se expresan en distintas formas de desarrollar su actividad profesional. Estas diferentes formas de abordar los cuidados coexisten en la atención a un mismo paciente, generando conflictos por su repercusión en el seguimiento de los cuidados. Las valoraciones efectuadas, incluyen también, la interacción que se produce con los responsables del departamento de enfermería; consideran que no se establecen mecanismos de motivación individuales, ni institucionales, sino medidas de control sobre su actividad.

Las siguientes subcategorías recogen los actos, las negociaciones y revisiones del quehacer diario de las enfermeras:



E1.a Apreciando distintas formas de hacer

El discurso de las enfermeras pone de manifiesto la existencia de diferentes identidades profesionales. En función de los significados que atribuyan a su actividad, cambian o modulan sus acciones. Los diferentes significados tienen como consecuencia diferentes formas de actuar. Las enfermeras describen tres formas de hacer en relación con el significado que asignan a su actividad.

En una de esas formas de hacer, las enfermeras ven la necesidad de realizar una valoración según las 14 necesidades básicas del modelo. Entienden que así contemplan de forma integral a la persona para trabajar con ella. A partir de esta valoración, establecen los diagnósticos de enfermería, los objetivos y las acciones. Realizan todas las fases del proceso de atención de enfermería teniendo, como referente para la valoración, las 14 necesidades básicas entendidas como los componentes de la asistencia enfermera⁽¹⁶¹⁾.

Una segunda forma de hacer, es aquella en la que se parte del establecimiento de los diagnósticos de enfermería y, posteriormente, se desarrollan las otras fases del proceso. Estas enfermeras desarrollan su práctica desde la atribución de constructos mentales de diagnósticos enfermeros a los pacientes para, posteriormente, establecer acciones y evaluar objetivos. Algunas no registran la información que sustenta la decisión, y otras, consideran el diagnóstico como un fin en sí mismo; en este caso, no precisan información para sustentarlo.

Por último, se describen enfermeras que sólo realizan la planificación de las acciones. Como se expresa en uno de los relatos, esta función es obligatoria para poder obtener la agenda de cuidados de cada turno.

1[5] *“Sigue habiendo enfermeras de modelo y de cuidados, enfermeras de Gacela y de cuidados, no digo que no, y luego enfermeras de... lo que sea, de apuntar”*

4[7] *“Hay enfermeras que están convencidas, a pesar de las limitaciones del programa, siguen haciendo valoraciones, tiene una idea, holística por decirlo así de lo que son las necesidades del enfermo, siguen planificando y evaluando. Otra que se limita a poner los diagnósticos y las actividades, y otra que utiliza el programa como un instrumento para registrar, lo que es obligatorio registrar”.*

12[4] *“Sigue habiendo una parte importantísima de las enfermeras que siguen trabajando a pesar del obstáculo que tenemos con el programa y siguen diagnosticando y siguen planificando y siguen haciendo unos informes de enfermería de alta buenísimos.”*

1[9] *"¿Sabes que ha pasado? Ahora va directamente a los diagnósticos, incluso alguna enfermera hace la valoración, pero no la refleja, y directamente pone los diagnósticos y tira para adelante"*

8[9] *"Suelo registrar la valoración, elijo los diagnósticos y las acciones, alguna compañera, solo pone la planificación de acciones porque es lo obligatorio"*

11[4] *"Yo normalmente selecciono las acciones, creo que es lo que necesito, o saco la agenda de cuidados"*

E1.b Describiendo conflictos entre enfermeras

Esta subcategoría nos describe los conflictos derivados de la no existencia de una forma generalizada o coordinada de desarrollar la actividad asistencial. La forma en que se desarrollen los cuidados implica necesariamente disponer de más o menos información para satisfacer las necesidades de los pacientes. El hecho de que unas enfermeras recojan y/o registren menos información sobre la situación de un paciente constituye una fuente de conflicto en su interacción. Otras causas de conflicto percibidas fueron la diferente implicación con el seguimiento de los pacientes y la falta de debate para poder identificar con precisión los diagnósticos.

3[9] *"Ti vas a ver as follas de valoración dos pacientes, e hai un porcentaxe moi alto, estando moitas veces encima, que non hai folla de valoración, vaise directamente a facer un plan e non se fai ningunha valoración...cando queres valorar a evolución ou o diagnósticos, non tes como".*

1[10] *"Yo a veces digo "Qué raro, ¿no? Porque si este paciente tenía estos signos y síntomas..." estas características, ¿cómo tiene estos diagnósticos?" Porque no tiene mucho sentido, no tienen mucha relación. "Uy, ya estás tú con esas cosas", digo, "No, hombre, es porque podemos discutir algunas cosas que son sensatas, no entiendo, que te haya salido esto es imposible. Entonces, ves que le quita y le pone otro diagnóstico y claro ya..., se puede armar"*

8[3] *"Tenemos problemas porque no se actualizan los seguimientos, no se borran las acciones y ves un alta que según lo registrado se va con la sonda puesta"*

2[6] *“A veces colles o turno e dis, pero si o obxectivo está cumprido como é que sigue o diagnóstico”.*

4[7] *“Como no todos estamos al mismo nivel, existen estas irregularidades, aunque haya una parte en las enfermeras que registren muy bien, que planifiquen muy bien, cómo no hay un seguimiento diario en cada turno, pues eso va perdiendo valor y al final genera conflictos.”*

E1.c Percibiendo mecanismos de control y no de motivación

Las enfermeras manifiestan que sólo perciben mecanismos de control coercitivos por parte de la dirección de enfermería para valorar la planificación de cuidados, pero no se sienten apoyadas para expresar sus dificultades.

Consideraron que no se relaciona el reconocimiento o la carrera profesional con una determinada forma de hacer, a priori, la adecuada según la dirección de enfermería. Algunas de estas percepciones se describen en otros estudios como barreras a eliminar cuando se desea implantar un sistema de registro electrónico⁽⁶⁹⁾⁽¹³⁵⁾.

8[2] *“Yo creo que de vez en cuando se revisan los planes y entonces te pone la supervisora una nota, que tal, que tantos si los planes bien, los registro. Yo no veo que se fomenta, ni se apoya el trabajar de una determinada forma”.*

9[5] *“Te controlan, por ejemplo, en el turno de la tarde llegaron dos pacientes y quedaron como el plan y los registros especiales sin hacer y mañana por la mañana, tienes una nota, el 79 y 80 están sin plan y sin tal. Yo facilidades no las veo, lo único que digo es que si dejas algo sin hacer, se sabe”*

8[3] *“La forma de trabajar no tiene ninguna repercusión, da igual como lo hagas. Yo puedo estar haciendo todos los planes y matándome como una burra y al final mi compañera, va a vivir mejor y cobrar lo mismo, porque es lo que pasa a ti no te incentivan”.*

E2 Cambiando la organización del trabajo

Esta categoría refleja los actos que las enfermeras ejecutan para adaptarse a su nueva forma de trabajo.

En los resultados del año 2004, las enfermeras se cuestionaron la organización parcelar de su trabajo y empezaron a asumir el cuidado integral de los pacientes con un mayor grado de responsabilidad. Los resultados del 2016 pusieron de manifiesto que la atención individual a los pacientes se ha convertido en la forma rutinaria o habitual de proporcionar cuidados en todas las unidades de hospitalización.

10[1] *“Nosotras ya no trabajábamos por tareas, repartíamos por habitaciones los niños. Ahora al abordar otros datos en la valoración del cuidado, te cambia la forma de ver las cosas.”*

7[2] *“Tener que registrar y planificar te obliga a llevar un número de pacientes”*

5[8] *“Aquí la manera de trabajar, al principio, recuerdo cuando llegábamos, cogíamos el carro y uno leía, al otro sacaba, dabas al paciente no se que... y ahora tú tienes tus pacientes y tú sabes todo de esos pacientes. Eres la persona de referencia la que más lo conoces y Así, tú tienes una responsabilidad”*

1[20] *“Que se pacte cada día co enfermo, é que cando chega un paciente ó hospital, se fale co paciente e se acorde co enfermo, se as condicións o permiten, cal é o seu problema, qué é o que lle preocupa. A min gustaríame que isto o fixeran todas as enfermeiras da unidade non só algunhas”*

Así mismo, se manifiestan cambios en la relación con la familia. Como en otros estudios, encontramos que, antes, la familia se tenía en cuenta sólo cuando el paciente vivía una situación crítica o especial. La comunicación con ella se hacía para recoger información necesaria sobre el paciente y se desarrollaba habitualmente desde una posición de autoridad, fundamentalmente en lo relativo al cumplimiento de normas⁽¹⁶²⁾. En las entrevistas se puso de manifiesto que, ahora, se atribuye a la familia un significado importante en relación con la situación que vive el paciente durante su hospitalización. Esto

hizo que las enfermeras revisasen su posición e incorporasen a la familia como sujeto de cuidados.

1[1] *“Durante muchos años las enfermeras fuimos muy de los pacientes pero la familia que no nos molestara mucho, y yo creo que ahora hay otro cambio se ha integrado muy bien la familia con el paciente, yo creo que se acoge mejor a la familia con el paciente”.*

4[9] *“Recuerdo, cuando vine a trabajar a la unidad, cada auxiliar, cada enfermera que entraba a una habitación, la primera frase que soltaba era, ¿puede salir?, salgan, por favor. Tu ahora, eso no lo ves nunca se ha conseguido que la familia pase a formar parte de los cuidados de enfermería”.*

2[3] *“A familia está moi agobiada, pois vas falar con ela”*

6[6] *“Aquí que son enfermos que están mucho tiempo y tienen un familiar mañana, tarde y noche y les dices, puede colaborar en lo que considere que ayuda a su familiar, en lo que quiera, no por obligación ni para ayudarme a mí”.*

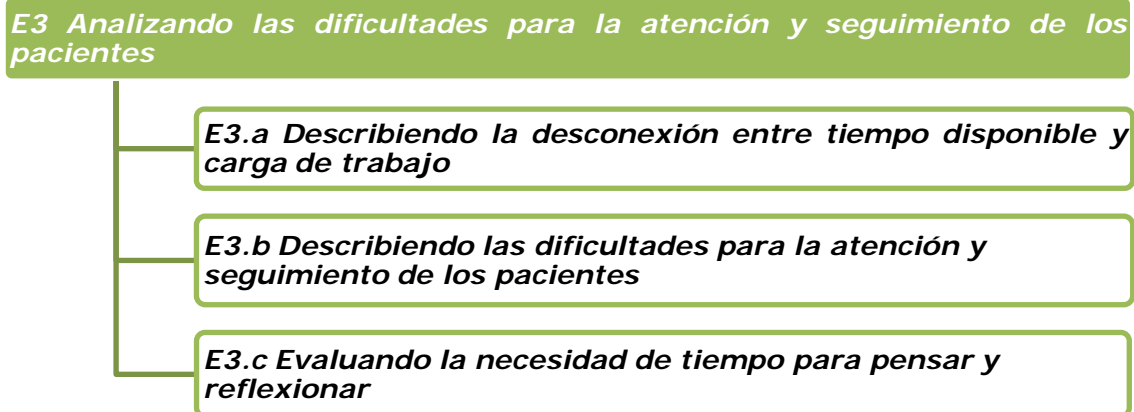
El hecho de asumir como propia la planificación de acciones para prevenir o resolver los problemas derivados de la insatisfacción en las necesidades básicas hizo que se modificase la interacción con otros grupos profesionales. Un ejemplo de ello es el cambio en algunas de las órdenes escritas por el personal médico. El siguiente relato describe esta situación:

3[14] *“Hoxe en día é impensable que alguén che poña nunha orden médica “levantar” porque ti traballas a mobilidade, telo planificado e rexistrado”*

E3 Analizando las dificultades para la atención y seguimiento de los pacientes

En esta categoría se reflejan las revisiones que realizan las enfermeras sobre los beneficios y perjuicios, tanto de sus propias acciones como las de los otros miembros del equipo, y su repercusión en la atención a los pacientes, así como, en la relaciones/interacciones dentro del propio grupo de la unidad.

Las subcategorías que se describen a continuación, hacen referencia a estas revisiones:



E3.a Describiendo la desconexión entre tiempo disponible y carga de trabajo

Esta subcategoría se refiere a la valoración que realizan las enfermeras entre tiempo disponible para proporcionar cuidados y la necesidad de cuidados de los pacientes. Consideran que no es adecuado el número de enfermeras de la unidad para las agendas de cuidados que generan las personas ingresadas⁽¹⁴¹⁾⁽¹⁵⁶⁾⁽¹⁶³⁾. Esta valoración podría explicarse teniendo en cuenta el informe sobre “Profesionales de cuidados de enfermería. Oferta- necesidad 2010-15”, que estima que el ratio enfermera/paciente en nuestro país está muy por debajo de la media europea.

Otro aspecto que se describe, es el inmovilismo de las enfermeras con respecto a esta situación. Quizás podríamos explicarlo desde lo que se ha denominado “léxicos de la queja”. El término hace referencia a un mecanismo utilizado por la enfermería para expresar su descontento con las condiciones de trabajo. La queja es simbólica, cumplen la función de cohesionar a las enfermeras en una experiencia, pero no conduce a formas organizadas para cambiar y transformar la organización del trabajo.

La posición subordinada de la enfermería en el hospital la hace relativamente impotente para desafiar la estructura hospitalaria⁽¹⁴⁸⁾.

11[3] *“Si hechas un vistazo a los enfermos que hay, te da la risa, yo me considero rápida y hoy sólo con la medicación desde las 8, 30 acabe a las*

10,30. *Para hacerlo bien, tendríamos que llevar entre 8 y 10 pacientes por enfermera siempre y llevamos más"*

9[3] *"Dependiendo del turno podemos llevar entre 12 y 18 pacientes, así no se puede, en nuestros enfermos cambia la situación continuamente, se hace un plan cuando ingresa, cuando vienen de quirófano o cuánto vienen de la UCI, se hace un plan nuevo, la situación cambia y se hace un seguimiento ahora tiene mucho dolor, o come o no come, está muy preocupado, se siente muy cansado, todo, y eso, ahora lleva mucho tiempo."*

1[5] *"Hace años, se consiguieron más enfermeras en las unidades, menos pacientes por enfermera, los cuidados de enfermería necesitan enfermería, no hay más vueltas. Lo que pasa es, que los cambios de dirección, cuando no se asume esta visión de los cuidados pues cortan por lo sano, entonces se han cerrado unidades, se han disminuido enfermeras, y eso, va sin la pelea de las enfermeras".*

E3.b Describiendo las dificultades para la atención y seguimiento de los pacientes

Los resultados obtenidos en el año 2004 mostraron la necesidad de las enfermeras de adquirir nuevos conocimientos para utilizar de forma habitual el proceso de atención de enfermería como guía para su actuación diaria.

Desde el 2004 hasta ahora, las enfermeras han desarrollado su proceso de aprendizaje y ha variado lo que describen en sus dificultades. Los relatos nos indican que las enfermeras expresan dificultades en la priorización de diagnósticos.

La dualidad, entre los beneficios de dejar constancia del registro de la actividad y el tiempo que se necesita para ello, también se concreta en los resultados.

La mayoría de los relatos expresaron dificultades para poder realizar adecuadamente el seguimiento de los pacientes, debido fundamentalmente a la extensión del plan de cuidados. Estas mismas dificultades aparecen descritas en varios estudios⁽⁴⁰⁾⁽¹³⁶⁾⁽¹⁴⁵⁾⁽¹⁵⁹⁾.

2[7] *“Traballar con diagnósticos, se nunca traballaches con eles non é nada fácil. “Dez diagnósticos, ¿Cómo podes traballar dez diagnósticos?”. Ves unha cantidade de obxectivos, de accións, que moitas son actividades que fas, pero iso así tírache para atrás, aínda que fagas as actividades e que as confirmes, eu creo que non se pode traballar así”*

4[4] *“ Porque cuando sacan la agenda, si realmente ha registrado todas las actividades que debe tener un paciente, se puede convertir en 10 folios” .*

4[5] *“Cuando tú no actualizas los planes de cuidados, eso no sirve para nada, porque te encuentras con problemas, con actividades que ya no tiene el paciente, que no son reales y al final se pierde la fiabilidad, la credibilidad”*

7[4] *“El problema es que todas las enfermeras no actualizan el plan de cuidados, no se hace el seguimiento, bueno mejor dicho no se registra, y entonces lo que está escrito no sirve o todo el mundo funciona, o si no es un desastre,”.*

12[4] *“No se hace bien el seguimiento o actualización del plan de cuidados, a veces ves acciones que ya no son necesarias o diagnósticos. A veces hacemos la revisión a las tres de la mañana, muchas veces no da tiempo y sólo justificamos las acciones”*

5[5] *“El plan de cuidados estándar, me está obligando a leer todas las acciones que trae para seleccionar, me lleva más tiempo, del otro modo, ya voy a las acciones que sé que son específicas”.*

E3.c Evaluando la necesidad de tiempo para pensar y reflexionar

Tradicionalmente, el cuidado de enfermería se ha transmitido por imitación, aplicando las técnicas de manera rutinaria y con poco ejercicio de conceptualización. La utilización del proceso de atención de enfermería y de una taxonomía diagnóstica requiere un mayor esfuerzo intelectual. La gestión de los problemas de las personas requiere de razonamiento clínico para interpretar los datos, planificar y evaluar los cuidados. Esto explica la necesidad de las enfermeras de mejorar sus procesos de pensamiento.

Margaret Lunney indica varios mecanismos para mejorar el pensamiento crítico en las enfermeras: la necesidad de que los conceptos y definiciones

sean usados con frecuencia y el deber de proporcionar soporte para explorar la literatura y favorecer la retroalimentación⁽¹⁶⁴⁾.

Las expresiones de las enfermeras hicieron referencia a la necesidad de un trabajo más intelectual. Esta necesidad de tiempo para pensar no era percibida, ni valorada, cuando las actividades eran fundamentalmente de carácter manual.

5[8] *"Antes no te parabas a pensar este paciente necesita..., ahora es como si te obligara a pararte, a pensar, a valorar, a registrar, a tener un objetivo. Como está, que es lo que queremos conseguir, no sé, cómo lo vamos a lograr, y para eso necesitamos tiempo para pensarlo y luego escribirlo"*

9[2] *"Claro, porque tú antes de meter en el ordenador tienes, tienes que pensar, cómo lo vas manifestar. Cuando está planificado ya lo haces sin pensar o sin ir pensando porque ya es una rutina, sin embargo a la hora de pensarlo y después ponerlo en ordenador necesitas mucho más tiempo"*

7[4] *"Es como si nadie nos contabilizase el tiempo en el que tenemos que pensarlo que vamos a planificar, creo que solo nos cuentan el tiempo de las acciones que tenemos registradas"*

1[11] *"Pero estas cosas que hacemos son complejas, es muy difícil, y hay mucho trabajo, yo ayer salí de trabajar a las once y media de la noche. O te gusta mucho esto de la profesión o la sobrecarga te mata".*

E4 Estableciendo mecanismos para solventarlas dificultades

La nueva forma de hacer obliga a las enfermeras a buscar mecanismos para solventar las dificultades que perciben en su día a día. En las entrevistas, nos indicaron los mecanismos que utilizan, o consideran que se deben utilizar, para resolver estas dificultades.

En los resultados del 2004, ya se mencionaba la necesidad de utilizar las capacidades individuales de determinadas enfermeras en beneficio del paciente. En las entrevistas de esta fase del estudio, vuelve a aparecer como una estrategia para mejorar la atención, asignar a los pacientes según el grado de capacitación profesional.

1[8] *"Habría que aprovechar las capacidades individuales de cada enfermera, Eso es muy, muy importante, tener a un paciente muy*

angustiado y tener una compañera que hace muy bien la relación de ayuda pero lleva otros pacientes, dices, "un momentito, ¿no te parece mal?, pasa para aquí, que le haces mucha falta y ha enganchado muy bien contigo y yo llevo los pacientes que tú me digas de tu lado". Tenemos que empezar a ser más móviles"

Las enfermeras expresaron la necesidad de intercambiar opiniones o ideas para mejorar la atención. Esta necesidad de trabajar en equipo, la expresan desde dos puntos de vista: por un lado, para la mejora de la eficiencia y, por otro, como mecanismo de reflexión y toma de decisión sobre sus actividades.

Las reuniones y el intercambio de información sobre los objetivos o las cuestiones relativas a un determinado paciente, ayudan a los miembros del equipo a mejorar la atención a los pacientes y a ser más eficaces.

Margaret Luney⁽¹⁶⁴⁾, en su conferencia sobre "Precisión en el diagnóstico de las respuestas humanas", argumentaba que la comunicación entre los profesionales promueve el trabajo en equipo y el sentido de pertenencia al grupo. También, que con la discusión y el debate entre enfermeras, se mejoraran los procesos de pensamiento. Insistía en la importancia de que las instituciones dieran apoyo asegurando el tiempo necesario para que esto fuera posible.

3[11]"Hai enfermeiras que o control de enfermería é un lugar de traballo, o pasillo é un lugar de traballo y estás traballando e falando dos pacientes e importantísimo intercambiar, pero aínda se debate pouco a enfermería, sobre todo con algunha xente".

7[3] "En la última reunión que hicimos nosotras en el servicio, planteamos a ver si le dábamos una vuelta al GACELA, hacíamos una sesión para intentar que trabajáramos igual e hiciéramos planes de cuidados muy parecidos.

Para solventar las dificultades relacionadas con la elaboración del alta de enfermería propusieron la necesidad de establecer los objetivos al alta desde el primer día que ingresa el paciente. Entienden que esta propuesta mejoraría el resultado, tanto en lo relativo a la falta de coordinación entre los miembros del equipo, como con el personal de la medicina.

Rosalinda Alfaro coincide en esta misma recomendación: *“Identificar los objetivos al alta y comenzar la planificación por este proceso desde el principio son dos distintivos de la eficacia”*⁽³¹⁾

3[6] *“Claro, pero eu penso que ese problema telo porque ti non enfocaches a alta dende o momento do ingreso, podes ir rexistrando a evolución, iso permitiría non ter problemas cando tes que preparar varias altas en pouco tempo”.*

Para intentar minimizar las dificultades relacionadas con el seguimiento de los pacientes y las amplísimas agendas de cuidados, las enfermeras entienden que necesitan adquirir conocimientos y desarrollar habilidades en la priorización de los diagnósticos de enfermería. En alguno de los estudios realizados, se describen los problemas relacionados con la priorización de los diagnósticos⁽¹⁴⁵⁾.

2[7] *“Non podemos traballar con 10 diagnóstico, temos que aprendera priorizar, necesitamos centran a atención nos aspectos mais importantes”*

6[7] *“Porque si no tienes capacidad luego para saber discernir cuáles lo que puedes quitar de lo que proponga el programa pues te sale algo imposible, tenemos que tener capacidad para llegar a lo importante para ese enfermo”*

7[8] *“Tenemos que aprenderá a priorizar para cuidar a los pacientes y motivarnos a nosotras. Estamos intentando planificar entre todas, todas las actividades relacionadas con la cirugía (drenajes curas) eso es igual para todos, lo otro no”.*

Los entrevistados coinciden en que es necesario agrupar actividades con contenidos y finalidades similares, o interrelacionadas entre sí, para resolver las dificultades que origina la amplia agenda de cuidados configurada en la base de datos del programa. Consideraban que este cambio mejoraría la funcionalidad del programa y evitaría tiempos de registro innecesarios. Al revisar la bibliografía, hemos podido comprobar que es un problema presente en otros sistemas de registro electrónico y la solución planteada también es coincidente con algunas de las estrategias descritas⁽⁴⁰⁾⁽¹⁴⁵⁾.

7[2] *“Necesitamos agrupar acciones para que las agendas no sean tan extensas”*

8[3] *“Nos facilitaría tener actividades juntas, es decir, al poner una ya está implícita la otra, ejemplo “ofertar disponibilidad” y a no tendría que poner” responder al timbre con prontitud”*

10[5] *“A veces, sabes qué pasa, que sí que es verdad que salen muchas acciones y podríamos reducirlas agrupando varias relacionadas, en una”.*

En algunas de las unidades, la estrategia utilizada para minimizar los efectos de los cambios de turno entre compañeras fue llegar a un acuerdo, o pacto, sobre esos cambios de turno. Las enfermeras, que modificasen su turno, se comprometían a revisar previamente la historia de los pacientes a su cargo para tener un mínimo de conocimientos sobre su situación.

3[10] *“Temos que desterrar da linguaxe “é o primeiro día que o levo”, temos que ter un nivel de coñecemento mínimo do enfermo. Algo que acordamos nunha reunión, é que, cando fas un cambio e levas outro enfermo, temos que preocuparnos en coñecer antes un mínimo”*

5.2.1.3 Consecuencias

Las categorías que se describen a continuación, representan los efectos positivos y negativos de las acciones de las enfermeras sobre la evaluación de los cambios en su práctica asistencial.

Consecuencias

- **CS1. Evaluando los logros alcanzados.**
- **CS2. Percibiendo la falta de visión compartida.**
- **CS3. Manifestando que no se puede volver atrás.**

CS1 Evaluando los logros alcanzados

Las enfermeras, mediante sus relatos, expresan los beneficios que ha tenido el uso de un programa informático desde una orientación filosófica. Alguno de estos beneficios, como la visibilidad profesional y la ayuda a la investigación, coincide con lo expresado en el año 2004 y con lo descrito en otros estudios⁽⁴⁰⁾
(145)(157)(159)

Esta visibilidad profesional se percibe, tanto a nivel de la organización, como a nivel social, a través de los pacientes y de otros miembros de la comunidad.

1[1] *“La enfermera que tiene claro lo que son los principios básicos de Henderson y los utiliza, ese cambio es importantísimo, porque cuando*

estás trabajando la percepción de los pacientes, es otra diferente, los pacientes se dan perfectamente cuenta sus enfermeras buenas, son coincidentes con las que siguen de verdad el modelo".

4[5] *"Antes hacías un montón de cosas pero no era tan visible como ahora, para todos para los compañeros, los pacientes".*

2[25] *"Si, si, demostrar o teu traballo, demostrar o que fas e de feito eu creo que tamén hai outras xentes que din "Pero vós traballades con isto?" "¿Facedes isto?", "Rexistrades isto?", "Tedes estes...?"*

La existencia de registros de la actividad enfermera, diagnósticos de enfermería, acciones y resultados ha permitido a las enfermeras disponer de una fuente importante de datos para la realización de estudios.

2[1] *"Entonces eu creo que para a enfermería sirvenos moito os rexistros, para facer investigación porque tes os datos "*

9[6] *"Si, en las unidades y se participa en estudios, yo creo que la enfermería de aquí, en general está muy bien preparada, lleva trabajos muy buenos".*

1[18] *"Proponen entrar en un grupo de investigación, ¿Investigación de qué? Están pensado en volver a hacer características mayores y menores y a mí me parece fantástico".*

El hecho de ser el primer complejo hospitalario en España, de esta magnitud, con los cuidados informatizados, fue objeto de muchas miradas desde otros lugares. Debido a ello, durante un tiempo, las enfermeras se sintieron orgullosas del cambio en su forma de hacer, porque fueron un referente para otras enfermeras y hospitales.

1[3] *"La gente preparaba cosas, lo llevaba a los congresos y tenía premios, hacía tal... entonces era como esa sensación de "¡jo, qué bien! en el Juan Canalejo"*

4[9] *"Sentíamos un orgullo tremendo, porque, ya no dentro del propio hospital, de la propia área, es que si salías al exterior, a los congresos, a los talleres, a más trabajos, pues la gente nos admiraba, como habíamos hecho la implantación, de cómo estábamos trabajando, cómo estábamos peleando por ello y nos utilizaron de referencia en muchísimos hospitales"*

Algunas de las enfermeras entrevistadas manifestaron su preocupación o temor, ante la posibilidad de que no se consolidasen ni mejorasen los cambios realizados hasta este momento. La percepción de falta de implicación de los responsables de enfermería, así como, de la inexistencia de referentes con capacitación suficiente, son las causas en las que basaron el miedo a perder los avances alcanzados.

4[9] *“Bueno, para mí es imposible no volver al principio, pero sí podemos detenernos aquí y no poder avanzar, también es muy fácil que se abra una brecha si no hay apoyos”*

6[17] *“Si no hay nadie en puestos clave que pueda defender esto, no sé si esto llega para que podamos mantenerlo y mejorar”*

1[2] *“La responsable de... es una persona con muchas ganas pero con muchos menos conocimientos y eso es muy importante, si tienes que liderar los conocimientos no se cogen en dos días”*

7[7] *“Se consiguieron muchas de las expectativas pero hubo un momento que se estancó y las enfermeras como que dicen “bueno, ahora les da igual a todos”, pero todos, ¿quién son?, porque a quien nos tiene que no dar igual es a nosotras, hablamos mucho, pero no en los lugares donde tenemos que hacerlo”*

CS2 Manifestando que no se puede volver atrás

Todas las enfermeras manifestaron la idea de que no es posible volver a trabajar sin una herramienta que facilite la planificación y registro de los cuidados. Todas relataron que no es posible volver a trabajar sin un registro de la actividad enfermera, pero no se expresaron con tanta unanimidad, al referirse a la necesidad de utilizar el proceso de atención de enfermería. En este sentido, fueron menos las que argumentaron no poder trabajar desde una orientación filosófica como guía de los cuidados. Sus respuestas están en consonancia con las diferentes identidades y formas de hacer que tienen individualmente.

1[1] *“Ahora mismo es imposible volver a atrás. La gente protesta los planes de cuidados pero luego los hace, ha habido un cambio muy importante, esto ya no se vuelve atrás”.*

4[9] *"Volver al principio, yo creo que eso ya es imposible, hay muchas compañeras que lo viven así, el lenguaje de enfermera ha cambiado, la forma de trabajar, la forma de ver al paciente".*

5[2] *"Yo creo que sin un programa en el que tengamos diagnósticos, que no tuvieses esa concepción de lo que es la actividad propia de enfermería, no se podría trabajar, yo creo que ya no".*

10[4] *"No podríamos volver a lo anterior, ni pensarlo, ni pensarlo"*

8[3] *"A mi ahora volver a lo otro me parece tercermundista, valorándolo dices me quedo con esto".*

7[5] *"Podemos cambiar de programa o mejorar los registros pero ya no podría trabajar como antes, me faltaría todo"*

En alguna de las entrevistas, se expresó que era imposible volver atrás y que confiaban, además, en que este cambio fuese un punto de partida y no el final de la transformación de la actividad de las enfermeras en las unidades de hospitalización.

3[15] *"Creo que pode aportar moito máis, moitísimo máis e eu confío en que aporte moito máis".*

CS3 Percibiendo la falta de visión compartida

Si recordamos que los objetivos al implantar un sistema informático de cuidados eran orientar los cuidados desde la filosofía de Virginia Henderson, aplicar las distintas fases el proceso de atención de enfermería, documentar el trabajo que realizan las enfermeras, facilitar la comunicación y el intercambio de información entre profesionales y niveles asistenciales, y facilitar la investigación en enfermería; al evaluar el grado de consecución de cada uno de ellos a través de la narración discursiva de las entrevistas, podemos entender que todos los entrevistados coincidieron al expresar que no se había logrado una visión compartida del cambio planificado.

Sus opiniones coinciden al referirse a la documentación del trabajo, al intercambio de información y al apoyo a la investigación, pero no en lo relativo a la orientación filosófica de los cuidados y a la utilización de las fases del proceso de atención de enfermería. La mayoría de autores⁽⁸⁷⁾⁽¹⁶⁵⁾ afirman que

el cambio se consolidará y será duradero cuando la visión del mismo se extienda a todos los miembros de una organización. En nuestro caso, esto no ha sido así; no se han logrado materializar nuevos métodos de trabajo, nuevas creencias, valores y relaciones en todas las enfermeras en el hospital.

1[2] *"No hemos logrado llegar a todo el mundo, no hemos logrado cambiar la forma de trabajar y pensar de todos. No hemos hecho más grupos, no hay un grupo potente de enfermería que haga que esto tire de todos"*

7[4] *"Hay enfermeras en esta unidad, que no piensan lo mismo que yo del trabajo diario que hay que hacer, creo que es igual en otros sitios del hospital, cambiamos pero no todos igual"*

4[10] *"En mi opinión, es cierto que el cambio fue tremendo si miramos atrás, es un proceso muy largo y ha habido gente que no ha llegado muy bien, que no lo ha entendido muy bien, o que no ha compartido nuestra idea de la enfermería. Se necesita a alguien de formación, de calidad, alguien que ayude, que motive, para conseguir que la gente que no está tan implicada, por las circunstancias que sea, pues vaya enganchándose".*

3[5] *"A miña experiencia é que se cambiou a práctica en xeral, pero non ao nivel esperado, e tiña moitas máis expectativas, pode haber avances en unha unidade concreta pero realmente o avance que tería que ser, tería que ser a nivel de todo o hospital ou toda a área sanitaria"*

5.2.2 Categoría central

Para descubrir la categoría central se ha analizado el fenómeno **Evaluando los cambios en la práctica asistencial con la utilización del programa GACELA** con sus respectivas categorías, condiciones causales, contextuales e intervinientes, estrategias y consecuencias. El análisis teórico tuvo como finalidad comprender la experiencia vivida por las enfermeras mediante la conexión y correlación entre las diferentes categorías, sus vínculos y relaciones para llegar a identificar la categoría central. La representación de este modelo teórico se recoge en la Figura 5-6.

La categoría central que reúne a las otras categorías y representa la valoración del proceso de cambio vivido por las enfermeras es **"No podemos volver atrás"**. Partíamos de la consideración de que el cambio era multidimensional porque pretendía reformular los supuestos y el entorno en el que se

desenvuelve la actividad. Durante este proceso de cambio las enfermeras han tenido que modificar su forma de percibir la realidad y, en consecuencia, de actuar.

La categoría causal "***Percibiendo distintos niveles de adhesión al cambio en la práctica asistencial***" representa las diferentes ideas y aspiraciones de las enfermeras como profesionales y su trayectoria con respecto a la aceptación del cambio.

Las condiciones causales "***Analizando la importancia de los registros de enfermería***", "***Analizando la organización del trabajo en las unidades de enfermería***", "***Valorando los cambios en las características de los pacientes***" informan de las ventajas e inconvenientes de los sistemas de registro y los conflictos que origina la convivencia de diferentes registros. Representan, así mismo, la valoración de la organización del trabajo de las enfermeras en las unidades de enfermería y de las características del paciente en relación con el desarrollo de los cuidados.

La condición contextual "***Evaluando el impacto del GACELA en la práctica asistencial***" representa las circunstancias en las que se crea y se desenvuelve el fenómeno. Para las enfermeras el programa GACELA representa el motor o la herramienta del cambio, la posibilidad de trabajar con el proceso de atención de enfermería y de proporcionar cuidados individualizados. La informatización de los cuidados es percibida como el envoltorio de toda la actividad, lo que ha generado un ambiente de estrés y esfuerzo y cualquier dificultad experimentada con el programa tiene una gran repercusión en la cotidianidad del trabajo.

Las condiciones intervinientes "***Describiendo a las supervisoras como agentes claves para promover el cambio***", "***Describiendo la importancia de un grupo cohesionado***" describen los elementos que favorecen la implantación del cambio en los equipos, la importancia de las supervisoras para liderar e influir en el equipo y la participación y motivación de un grupo de enfermeras como mecanismo para producir sinergias positivas en todo el personal.

Las acciones/interacciones representadas en la categoría "**Evaluando las diferentes formas de hacer como enfermeras**" nos informan de las diferentes formas de actuar como enfermeras y los conflictos interprofesionales que ello provoca.

Las acciones/interacciones representadas en las siguientes categorías "**Cambiando la organización del trabajo**", "**Analizando las dificultades para la atención y seguimiento de los pacientes**", "**Estableciendo mecanismos para solventarlas dificultades**" describen las estrategias utilizadas para modificar la forma de proporcionar cuidados a los pacientes y sus familias, la evaluación de las dificultades para la planificación y seguimiento de los cuidados y las estrategias para minimizarlas.

Las consecuencias del fenómeno están representadas en las categorías "**Evaluando los logros alcanzados**", "**Percibiendo la falta de visión compartida**" y "**Manifestando que no se puede volver atrás**". Nos informan de la evaluación que realizan las enfermeras sobre la trayectoria o proceso de cambio. Nos indican, por un lado, los beneficios percibidos y, por otro, la falta de visión compartida, como indicador de la falta de consolidación del cambio en todas las enfermeras. Por último, la convicción unánime de que ya no es posible trabajar sin un sistema de registro de los cuidados de enfermería.

La categoría central, "**No podemos volver atrás**", representa la valoración del proceso de cambio vivido por las enfermeras. Todas manifestaron la idea de que no es posible volver a trabajar sin una herramienta que facilite la planificación y registro de los cuidados.

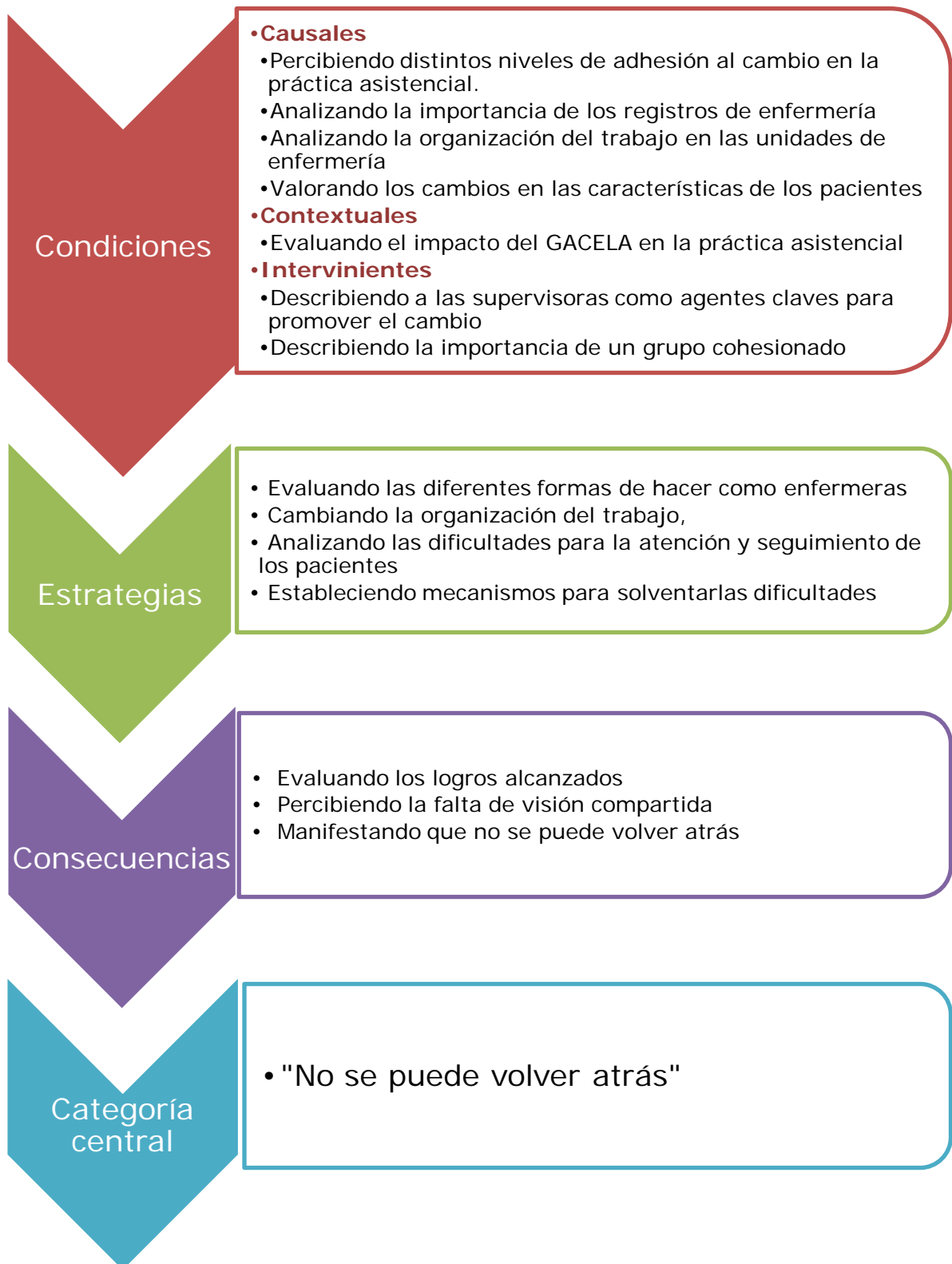


Figura 5-6 Fenómeno "Evaluando los cambios en la práctica asistencial con la utilización del programa GACELA".

5.3 RELACIÓN ENTRE FENÓMENOS Y CATEGORÍAS CENTRALES

Como comentamos con anterioridad, el cambio promovido desde la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario Juan Canalejo (ahora Xerencia de Xestión Integrada A Coruña), fue un cambio planificado y multidimensional. Se pretendía adoptar un modelo conceptual que permitiese una visión compartida sobre la actividad profesional y la utilización del proceso de cuidados para identificar los problemas, planificar los cuidados y evaluarlos.

También comentamos que el proceso de cambio tiene un carácter dinámico e interactivo. Las percepciones se modulan y cambian a lo largo del tiempo y son fruto de la interacción con las personas que constituyen la organización hospitalaria.

Los fenómenos identificados en las dos fases del estudio dan muestra de esta evolución. En 2004 los fenómenos identificados fueron **“Intentando adaptar la práctica asistencial al nuevo marco conceptual y al sistema informático de cuidados”** y **“Experimentando las dificultades para proporcionar cuidados desde la orientación filosófica de V. Henderson”**. Ambos fenómenos hacen referencia a un periodo de transformación, en el que las enfermeras se ven obligadas a modificar su práctica al variar los objetos que conforman su realidad.

En 2016, el fenómeno identificado fue **“Evaluando los cambios en la práctica asistencial con la utilización del programa GACELA”**, nos narra la evaluación que hacen las enfermeras de su proceso de cambio. El programa informático de cuidados GACELA constituye la circunstancia en la que se desenvuelven los fenómenos, tanto en el 2004, como en el 2016. Representa el motor del cambio y se percibe como la herramienta que posibilita trabajar con el proceso de atención de enfermería y de proporcionar cuidados individualizados. Las categorías centrales identificadas **“Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el modelo, modifica la práctica habitual”** y **“No podemos volver atrás”** están estrechamente relacionadas con la utilización de programa.

Las categorías centrales **“Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el modelo, modifica la práctica habitual”** y **“No podemos**

volver atrás” muestran la trayectoria vivida por las enfermeras desde la implantación del programa informático de cuidados desde la adaptación hasta la evaluación del mismo. Los datos nos permiten visualizar como han ido modulando sus modelos de conducta en base a la visión que se han formado sobre los pacientes y su relación con ellos, la posición que ocupan en la organización y las relaciones que de ella se derivan y su propia percepción o identidad como enfermeras, es decir, la manera de verse y de estar como profesionales.

6. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La idea fundamental que guía esta investigación es conocer la trayectoria vivida por las enfermeras en su actividad desde la implantación del programa informático de cuidados hasta el momento actual.

La asunción básica que subyace en nuestro estudio es que la incorporación de herramientas tecnológicas en una organización produce cambios de carácter temporal e interactivo.

La identificación de los cambios se ha logrado con la realización del estudio a lo largo del tiempo. En este sentido, son las enfermeras entrevistadas las que van realizando en sus relatos diferentes alusiones o comparaciones entre diversos momentos temporales.

A partir de esto, se logran identificar las características principales y comprender los cambios en la práctica asistencial de enfermería derivados de la implantación de un programa informático de cuidados (GACELA).

El hospital es una organización compleja en la que las enfermeras interactúan con otras enfermeras, con los pacientes y con otros profesionales. Ellas construyen su realidad organizacional, interpretando las demandas a las que como profesionales tienen que responder, y lo hacen redefiniendo los objetos (conceptos, paciente, profesión) para que estos puedan ratificar o no el orden establecido⁽⁶⁷⁾.

Partimos de que los sistemas informáticos de cuidados, no son algo rígido. El sistema informático de cuidados, es un sistema de trabajo corporativo y colaborativo que tiene como finalidad elaborar y registrar el proceso de atención de enfermería. Pretende facilitar el proceso de comunicación, la ejecución de tareas y facilitar la toma de decisiones.

En nuestro estudio, el programa informático no es sólo un instrumento de ayuda sino que es un mediador entre la actividad de la enfermería y los pacientes, como tal, influye en la estructura y en los procesos asistenciales que se desarrollan en las unidades de enfermería en el hospital. Esto explica que las enfermeras lo consideren el motor del cambio.

El contenido del programa envuelve toda la actividad de enfermería, en él se registra la planificación de cuidados de los pacientes y su seguimiento, de él

se extrae la agenda de cuidados de cada turno y, es el instrumento de comunicación entre las enfermeras y con los otros profesionales.

La utilización del programa añade un aspecto muy importante en el desarrollo de la actividad enfermera, la necesidad de asumir la responsabilidad individual de cuidado. Hasta este momento, los registros individuales de las enfermeras se limitaban a informes orales, o a comentarios sobre la evolución de los pacientes que en la mayoría de los casos ni se firmaban.

La incorporación del programa a las unidades de enfermería supone la adaptación de las enfermeras al mismo. Dada su finalidad, y como se realizó su implantación, son los profesionales los que deben responder a los requerimientos de la nueva herramienta modificando sus esquemas de comportamiento previos.

Para realizar la interpretación de estos cambios, nos basaremos en los conceptos centrales descritos por Blumer⁽¹⁰⁸⁾ en relación con la interacción social (capítulo 2). En primer lugar, los actos humanos se dirigen según los significados que los objetos tienen para ellos. En segundo lugar, estos significados se derivan de la interacción social entre individuos. Finalmente, mediante un proceso interpretativo, los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción que está vinculada a la acción conjunta que la precede.

La interpretación de los resultados la hemos realizado teniendo en cuenta que las categorías condicionales de los fenómenos, representan las indicaciones que las enfermeras se hacen a sí mismas para dirigir sus acciones o estrategias. Con estas indicaciones, se señalan lo que quieren lograr, establecen una línea de conducta, se adaptan al ambiente organizacional y verifican el resultado de sus acciones.

Los cambios son por tanto el resultado de estas indicaciones, de las estrategias realizadas para superar los problemas y de las consecuencias o logros percibidos con sus estrategias. En nuestros resultados la mayoría de indicaciones se refieren a las dificultades.

Con el fin de facilitar la lectura de este capítulo lo hemos dividido en dos apartados referidos a las categorías centrales identificadas en ambos estudios 2004 y 2016.

6.1 “TRABAJAR CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EL MODELO CONCEPTUAL MODIFICA LA PRÁCTICA HABITUAL”

Los hallazgos del año 2004 sitúan la experiencia de los profesionales en las primeras fases del proceso de cambio en una organización, la implantación en todas las unidades había finalizado en el 2001. Según el modelo de Kurt Lewin⁽⁸⁷⁾, corresponde a la fase de transformación, ésta se caracteriza por la percepción de que no hay más remedio que modificar la forma de percibir la realidad y en consecuencia cambiar la acción.

La categoría central que se identifica a partir de nuestros hallazgos es, *“Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el modelo conceptual modifica la práctica habitual”*, es una prueba que constata el proceso de cambio.

6.1.1 Significados atribuidos a los conceptos nucleares del modelo de V. Henderson en la actividad asistencial

Con estas premisas del interaccionismo simbólico interpretamos como las enfermeras asignan significado a los cuatro metaparadigmas de enfermería: salud, entorno, persona y cuidados.

Los resultados relativos a estos significados, emergen de los relatos del año 2004, en las categorías *“redefiniendo el concepto de paciente”*, *“redefiniendo su papel como enfermera”*, *“definiendo la relación enfermera-paciente”* y *“Percibiendo que proporcionar cuidados desde la filosofía de Virginia Henderson es un mecanismo para visualizar la actividad y reafirmar la identidad profesional”*.

Nuestros hallazgos indican que los conceptos a los que asignan significado son: independencia, persona y rol profesional. Estos significados, son contruidos en la interrelación de estos tres conceptos con la atención que prestan a los pacientes en las unidades de hospitalización.

Cuando asignan significado a estos términos tienen como eje central su actividad asistencial, es decir, la interpretación les sirve para responder a las acciones que como enfermeras están obligadas a realizar con los pacientes. Interpretan los significados visualizando su actividad asistencial y lo que esperan lograr con su acción en el proceso de relación o interacción con los pacientes.

- Independencia. Se interpreta como la manifestación del paciente de “sentirse bien” después de haber recibido los cuidados en relación al problema de salud que presenta.
- La persona. Consideran al paciente como individuo con 14 necesidades básicas en las que manifiesta problemas o carencias. En las entrevistas se habla de paciente, al desarrollarse la acción social en el hospital las personas son vistas como pacientes.
- Rol profesional. Entienden que la actividad asistencial está dirigida a suplir o ayudar en la satisfacción de las necesidades básicas. Consideran al paciente como núcleo central de la actividad y realizan las actividades mediante la relación que se establece entre la enfermera y el paciente.

El término independencia se convierte en un concepto con un significado específico para las enfermeras cuando lo utilizan en el desarrollo de su actividad asistencial, en su vida fuera del hospital el significado es otro.

En sus discursos no hablan de salud, ni equiparan salud con independencia.

Independencia adquiere significado sólo cuando la relacionan con la finalidad de los cuidados. Se observa que el fin último de su actividad, es lograr que la persona manifieste “sentirse bien”. Entienden que esto es una valoración subjetiva que no puede ser descrita exhaustivamente ni cuantificada, pero puede percibirse.

Esta interpretación hace necesaria la participación del paciente como sujeto receptor y evaluador de las acciones de cuidados. La valoración subjetiva de la enfermera como elemento clave para determinar la salud también la mencionan otros autores⁽¹³⁹⁾⁽¹⁶⁶⁾⁽¹⁶⁷⁾.

En nuestros resultados la definición que hacen las enfermeras de “sentirse bien” con la descripción de los aspectos físicos, psíquicos sociales y espirituales coincide con los postulados teóricos del modelo de Virginia Henderson. Valores como la unicidad de la persona, la individualidad, el potencial de desarrollo, la capacidad de actuar, el significado que la persona da a su vida y la libertad de elección están presentes en el discurso de las entrevistadas⁽⁵²⁾⁽⁵⁶⁾⁽¹⁶⁸⁾.

Los relatos ponen de manifiesto que las enfermeras hacen explícito el término independencia para el desarrollo de su actividad asistencial. La definición que hacen de independencia, a través de la manifestación de "Sentirse bien", es una construcción realizada a partir de su experiencia profesional. El término hace referencia a una representación de sus expectativas o aspiraciones sobre el resultado de su intervención profesional.

Observamos como el conocimiento explícito y el conocimiento implícito desarrollado a partir de la práctica se complementa para construir esta definición. Nuestros hallazgos coinciden con el posicionamiento de Benner y otras teóricas de la enfermería⁽⁵⁵⁾⁽¹⁶⁹⁾ cuando opinan que el conocimiento implícito en la práctica descubre e interpreta la teoría, la precede y extiende, y la sintetiza y la adapta a la propia práctica.

Las enfermeras en base a los significados de su experiencia previa, sus acciones y sus expectativas, redefinen su perspectiva sobre la finalidad de sus acciones de cuidados para que ésta pueda ser validada de forma conjunta entre los profesionales y los pacientes.

Cuando las enfermeras hablan en las entrevistas del concepto de persona lo hacen refiriéndose a ellas como pacientes. La valoración de las 14 necesidades básicas les permite verlos de forma integral.

Al analizar sus discursos cuando se refieren a como desarrollan el concepto de persona en la práctica, este concepto queda reducido al término "14 necesidades básicas". Éste es interpretado como una guía que les permite valorar la necesidad de cuidados de ese paciente. Encuentran sentido al término en cuanto proyecta qué es lo que deben hacer para y con los pacientes.

Las enfermeras utilizaban previamente las 14 necesidades básicas para organizar los datos recogidos en la valoración. Tanto en la historia de enfermería en papel como ahora en el programa, se relaciona cada necesidad básica con una serie de datos o criterios que facilitan la elección de un diagnóstico de enfermería. Es un instrumento que facilita el análisis de la valoración de una persona en cuanto a su dependencia o necesidad de cuidados.

En este estudio, las necesidades básicas se interpretan y utilizan para valorar sólo la carencia o problema en relación con cada necesidad, es decir, se utilizan para valorar las fuentes de dificultad de cada necesidad y sirven para reflejar las causas del problema, les indican los modos de suplencia o intervención⁽⁶¹⁾.

Entendemos que esta forma de contemplar las necesidades básicas expresa las demandas de cuidados que se desarrollan en el hospital. Esta forma de visualizar las necesidades está descrita en toda la bibliografía de planes de cuidados que utiliza la orientación filosófica de Virginia Henderson^{(91)(40) (170)}.

Por otra parte, el hecho de que previamente a la adopción del modelo las enfermeras ya utilizasen esta forma de valorar a los pacientes, explica que no precisen redefinir el concepto de persona como sujeto receptor de cuidados de enfermería.

En nuestros hallazgos coexisten dos visiones de la persona/paciente.

Por un lado, el concepto de independencia que representa lo que un paciente *debería ser o alcanzar* como un individuo visto de una forma holística, y por otro, las 14 necesidades básicas del paciente que representan *lo que es y cómo*, en relación con las actividades de cuidado dirigidas a él.

Esta dualidad es expresada por Irigibel-Uriz⁽⁵³⁾, quien percibe cierta incongruencia entre la definición de persona y su aplicación al desarrollar el proceso enfermero. Por un lado, se enfatiza el carácter integral de la persona y por otro, aún no se ha abandonado la orientación categórica al referirse a la persona como paciente, al que se proporcionan cuidados de enfermería. Otros autores coinciden en la presencia de esta dualidad⁽¹⁷¹⁾⁽¹⁷²⁾⁽¹⁷³⁾.

Al igual que nuestros hallazgos, otros autores como Pellegrino y Bishop, destacan la dificultad que existe para articular en la atención sanitaria el deseo, del profesional y de la persona, de que ésta se sienta bien y la colaboración eficaz en la curación de la enfermedad⁽¹⁷⁴⁾.

Las profesionales entrevistadas entienden que su rol profesional está dirigido a suplir o ayudar en la satisfacción de las necesidades básicas considerando al paciente como núcleo central de la actividad y realizando estas actividades mediante la relación que se establezca entre la enfermera y el paciente.

Así, con respecto a su rol profesional, nuestros datos indican que la adopción del modelo les permitió ampliar y concretar su foco de atención. Empezaron a considerar a la persona el núcleo central de su actividad y al abordar las 14 necesidades básicas comenzaron a trabajar con otros aspectos más allá de los físicos. Esta orientación de los cuidados hacia las necesidades está descrita por muchas teóricas como Orem, Orlando, King, K  rouac, Henderson y también se cita en trabajos realizados en nuestro entorno⁽¹⁷⁵⁾.

Esta nueva forma de entender su actividad les lleva a considerar la relación enfermera - paciente como una dimensión fundamental que tiene que basarse en la proximidad, la confianza y la aceptación del otro. Según algunos autores, ésta dimensión relacional del cuidado es muy importante y sin ella se compromete la propia esencia del cuidado⁽¹³¹⁾⁽¹⁴⁰⁾⁽¹⁷⁶⁾⁽¹⁷⁷⁾⁽¹⁷⁸⁾.

La interpretación aislada o independiente de estos tres conceptos no ha sido fácil debido a la amplia conexión de los mismos en los relatos. Su interpretación nos ha permitido visualizar que los conocimientos e interpretaciones realizados por las enfermeras son fruto de la experiencia práctica en el medio hospitalario y se complementan con los conocimientos explícitos del modelo.

Las enfermeras utilizan el contexto de la práctica clínica para interpretar los nuevos conceptos y, a través de ésta, hacen visibles los significados para que puedan ser aplicados en esa práctica. Esto explica que los conceptos están estrechamente relacionados con las acciones de las enfermeras. En otros estudios también se observa que las nociones metaparadigm  ticas surgen de diversas fuentes teóricas y del bagaje profesional⁽²²⁾⁽⁶⁷⁾⁽¹⁷⁹⁾.

En las entrevistas, las enfermeras manifiestan que los conocimientos que poseen sobre el modelo de Virginia Henderson son escasos, y algunas expresaron que durante los cursos de formación se insistió más en aspectos relacionados con el proceso. Esta puede ser probablemente una de las causas

de que no se haya reflexionado lo suficiente sobre los metaparadigmas, y que en sus definiciones se incluyan más elementos de su propia práctica que de las definiciones utilizadas durante los cursos de formación. También explicaría que sólo asignen significado a los metaparadigmas que relacionan directamente con su actividad profesional en las unidades.

Muchas enfermeras expresaban que el modelo de Virginia Henderson les había ayudado a definirse como profesionales. Como expresamos en el apartado de resultados los conceptos del modelo les permitieron verse a sí mismas, *lo que son y lo que hacen*, y construir una línea de acción *de lo que deberían ser y hacer* en relación con los pacientes⁽¹³⁰⁾⁽¹⁷³⁾.

Aunque no se refiere expresamente a ninguno de los metaparadigmas del modelo, el fenómeno: *“Experimentando dificultades para proporcionar cuidados desde la orientación filosófica de Virginia Henderson”* está estrechamente relacionado con ellos.

En nuestros resultados las enfermeras perciben dificultades para valorar y trabajar con algunas de las necesidades como: vivir según sus valores y creencias, trabajar y realizarse. En sus relatos aclaran que las valoran cuando el paciente expresaba abiertamente alguna exigencia o manifestación de dependencia. También se observa que no utilizan dependencia para referirse al resultado final de la valoración de estas necesidades, utilizan una gran variedad de términos limitación, problema, falta de, le cuesta. Esto lleva implícita una falta de planificación en actividades de cuidados.

Relatan que una causa de estas dificultades es la cultura y estructura del entorno hospitalario que no favorece la participación de los pacientes y la intimidad necesaria.

Al hablar de estas dificultades dan una gran importancia a su falta de conocimientos y habilidades para la ayuda en los problemas derivados de estas necesidades. En la mayoría de los estudios que toman como referencia el modelo de Virginia Henderson describen las mismas dificultades para tratar aspectos relativos a estas necesidades⁽¹⁵¹⁾⁽¹⁸⁰⁾ y otros aunque utilizan diferentes criterios de clasificación también refieren estas dificultades⁽¹⁴⁰⁾⁽¹⁸¹⁾⁽¹⁸²⁾⁽¹⁸³⁾.

Manifiestan que para solventar estas dificultades la mejor estrategia es adquirir o tener conocimientos en la relación de ayuda, hecho que citan diversos estudios que recogen la importancia de estos conocimientos y habilidades para proporcionar cuidados eficaces⁽¹⁵³⁾⁽¹⁸⁴⁾.

En sus relatos identifican que las enfermeras que tienen conocimientos sobre relación de ayuda son más capaces de resolver los problemas relativos a estas necesidades. Los cursos les ayudan a adquirir habilidades de comunicación, de autocontrol de las emociones, de capacidad de escucha y de sintonía emocional con el paciente. En algún relato se recoge que a veces piden ayuda a otra enfermera más capacitada.

6.1.2 Trabajar con el proceso de atención de enfermería y el programa GACELA

El uso del programa GACELA provoca una modificación en los objetos que configuran el mundo de las enfermeras en las unidades de hospitalización. Esta nueva situación les provoca inseguridad al tener que redefinirla o interpretarla.

Los participantes en este estudio manifiestan que la falta de preparación en diagnósticos de enfermería y la organización parcelar del trabajo (trabajo por tareas) son las mayores dificultades que perciben para prestar atención individualizada y trabajar con el proceso de atención de enfermería. La falta de preparación en diagnósticos de enfermería coincide con las citadas en la bibliografía consultada, tanto en nuestro entorno como a nivel internacional⁽⁴⁰⁾⁽¹³⁴⁾⁽¹⁴⁵⁾⁽¹⁵⁹⁾⁽¹⁸⁵⁾⁽¹⁸⁶⁾.

La estrategia que utilizaron las enfermeras para solventar los problemas de la organización del trabajo por tareas fue asignar un grupo de pacientes a cada enfermera. En la bibliografía no hemos encontrado referencias sobre esto, quizás porque en la mayoría de los centros ya se trabajaba así. Lo que sí encontramos descrito, son los beneficios de la atención individualizada a los pacientes⁽¹³⁷⁾⁽¹⁵⁰⁾⁽¹⁸¹⁾⁽¹⁸⁷⁾ que también se menciona en nuestras entrevistas

Para las enfermeras usar las ayudas habilitadas del programa informático ha sido un instrumento de aprendizaje de los diagnósticos de enfermería, hecho que también mencionan otros autores que lo describen como un instrumento

eficaz de aprendizaje y como herramienta de soporte y apoyo en la que compartir información⁽⁴⁰⁾⁽⁸³⁾⁽⁸⁹⁾⁽¹⁴⁴⁾⁽¹⁴⁵⁾.

A pesar de las dificultades percibidas con la nueva forma de registro⁽⁴⁰⁾ y las reticencias de algunos profesionales al cambio. Todos expresaron que trabajar con el programa informático les permitía desarrollar las fases del proceso de atención de enfermería, usar la taxonomía NANDA- I y documentar todo el trabajo que realizan. Estas ventajas coinciden con las descritas en otros estudios sobre programas electrónicos de enfermería, que resaltan su importancia para documentar los problemas del paciente y las acciones implementadas⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾⁽¹⁴⁵⁾⁽¹⁸⁸⁾⁽¹⁸⁹⁾.

En nuestros resultados, trabajar con el modelo de Virginia Henderson y trabajar y registrar el proceso de atención de enfermería se percibe como un mecanismo de revalorización, por la visibilidad que aporta, y de crecimiento profesional al servir el registro como fuente de datos para la investigación. Esta misma percepción está descrita en muchos estudios con programas informáticos de cuidados, tanto en estudios realizados con programas de planes de cuidados estandarizados como en aquellos que se refieren a otro tipo de registro electrónico⁽¹⁴⁵⁾⁽¹⁵⁹⁾. No hemos encontrado referencias en cuanto a la posible proyección profesional que se consigue con la atención individualizada que se describe en nuestros resultados.

Los resultados relativos a esta fase del estudio nos informan de que la mayoría de las enfermeras perciben que su actividad asistencial se ha modificado tras la utilización del programa informático de cuidados. Esta percepción generalizada de los enfermeros del hospital de que su práctica se refleja la categoría central identificada.

En los estudios revisados se describen los beneficios, los efectos, las desventajas que tienen los programas para la actividad enfermera pero en ninguno de ellos se relaciona su utilización como la causa o el origen de la modificación de la actividad.

Estos resultados también nos permiten comprender que los profesionales están inmersos en un proceso individual y colectivo de adaptación y aprendizaje: del proceso de atención de enfermería, de reflexión sobre el

modelo conceptual y sobre el funcionamiento de programa informático⁽¹⁹⁰⁾⁽¹⁹¹⁾. Los procesos de adaptación y aprendizaje se han descrito como procesos sociales básicos que guían el estudio de los cambios en investigación sobre innovación tecnológica en las empresas⁽¹⁶⁵⁾⁽⁹³⁾. En nuestro estudio no los contemplamos de esta forma, entendemos que representan los mecanismo de los cambios en el tiempo del comportamiento de los participantes.

6.2 “NO SE PUEDE VOLVER ATRÁS”

En los resultados de año 2016 identificamos el fenómeno, ***Evaluando los cambios en la práctica asistencial con la utilización del programa GACELA***, informa de la evaluación que cada enfermera realiza de los cambios en su actividad asistencial a lo largo del tiempo. La categoría central identificada **“no se puede volver atrás”** revela el resultado de esa evaluación. En ella se constata que ya no es posible volver a trabajar sin una herramienta que facilite el registro y la planificación de los cuidados.

Estos hallazgos se sitúan en la última fase del proceso de cambio en una organización. Según el modelo de Kurt Lewin⁽⁸⁷⁾, corresponden a la fase de recristalización que se caracteriza por la generalización del cambio como el modo habitual de trabajar y este cambio será duradero en la medida que la nueva visión se extienda a todos los miembros de la organización.

Todas las enfermeras entrevistadas manifestaron que su forma de trabajar había variado desde que se utiliza el programa informático.

Para facilitar la exposición de estos cambios los describiremos según su relación, con proporcionar cuidados, la organización hospitalaria, y la identidad y rol profesional.

6.2.1 Proporcionar cuidados

Los resultados relacionados con los cambios en la prestación de cuidados son: se ha generalizado la asignación de pacientes por enfermera y se ha incluido a la familia de la persona enferma en el proceso de cuidados.

En esta misma línea, otros autores también reflejan la importancia de que los profesionales de enfermería logren un acercamiento y ayuden a los familiares a adaptarse a la hospitalización⁽¹⁹²⁾⁽¹⁹³⁾⁽¹⁹⁴⁾.

Todas las enfermeras valoran el registro de su actividad como muy importante; añaden en sus relatos que se han mejorado mucho. En muchos de los estudios revisados se resalta la importancia que las enfermeras dan al registro de su actividad⁽⁸⁴⁾⁽⁹⁸⁾⁽¹⁵⁹⁾⁽¹⁹⁵⁾. En el estudio de Lee⁽¹⁵⁸⁾, se describe que la experiencia y los conocimientos sobre el contenido del programa influyen en la evaluación del mismo. En nuestros resultados la valoración de la eficacia del programa la realiza cada enfermera y esta varía en función de sus necesidades

Las enfermeras describen las dificultades para poder realizar de manera adecuada los cuidados y su seguimiento en los pacientes, así como el registro de ese seguimiento (dentro del propio hospital y en los informes de alta). Las causas descritas en estudios, tanto de ámbito nacional como internacional, coinciden con las identificadas en nuestro estudio, estas son, en primer lugar, la falta de tiempo y después la lentitud de los equipos⁽⁴⁰⁾⁽⁹⁵⁾⁽¹⁴¹⁾⁽¹⁶³⁾⁽¹⁹⁶⁾⁽¹⁹⁷⁾.

La utilización de planes de cuidados estandarizados como una estrategia para disminuir los tiempos se señalada en algunos estudios⁽¹⁴⁶⁾⁽¹⁷⁰⁾⁽¹⁹⁸⁾, incluso, se argumenta que al utilizarlos se aumenta la calidad y se utilizan mejor las indicaciones de la evidencia científica⁽¹⁵⁹⁾. En los resultados de estudios realizados en España se comprueba que la utilización de los planes de cuidados estandarizados es baja, lo que coincide con nuestros resultados⁽⁴⁰⁾⁽¹⁹⁹⁾. En nuestro estudio se señala que la baja utilización se debe a que se requiere más tiempo para la planificación y esto no lo encontramos en los estudios revisados.

El elevado número de pacientes por enfermera es una de las causas que impide realizar la planificación y seguimiento de los pacientes, esta causa ya se mencionaban en el estudio del año 2004. En el año 2016, las enfermeras señalan que la situación se ha agravado por las características de los pacientes, que son más dependientes, y porque hay restricciones de personal⁽¹⁵⁶⁾⁽²⁰⁰⁾. En una de las entrevistas se añade con respecto a la reducción de enfermeras *"y esto va sin la pelea de las enfermeras"* Los bajos ratios enfermera/ paciente en nuestro entorno están descritos en el informe sobre *"Profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-necesidad 2010-15"*. A pesar de que la situación en otros países puede ser mejor, este problema es recurrente en todos los estudios revisados⁽¹⁴¹⁾⁽¹⁴⁵⁾⁽²⁰¹⁾⁽²⁰²⁾.

Los turnos de rotación rápida son una de las causas que repercuten negativamente en el cuidado y seguimiento de los pacientes. Esta forma de rotación impide que la enfermera conozca en detalle los problemas de los pacientes a los que atiende. Algunas enfermeras, señalan que con los turnos de rotación lenta este problema era menor. En la bibliografía consultada sobre turnos de rotación rápida, se abordan fundamentalmente, las repercusiones de éstos sobre el personal de enfermería pero no encontramos bibliografía sobre su repercusión en los cuidados

Algunos estudios describen los turnos rotatorios como causa para poder mantener la continuidad de cuidados, y realizan propuestas de mejora como, la existencia de enfermera de referencia o la enfermera responsable de la planificación y seguimiento según los datos aportados por Medina- Valverde et al.⁽⁴⁰⁾. Estas estrategias no se describen en nuestros resultados.

La estrategia que se utiliza en alguna de las unidades en las que se desarrolla el estudio, tiene como objetivo minimizar el posible desconocimiento del paciente. Cuando una enfermera cambia el turno con otra compañera se compromete a conocer previamente los problemas de los pacientes que tendrán asignados. Se trata de una estrategia muy concreta y no hemos encontrado estudios que avalen o rechacen la eficacia de la misma.

En este estudio la falta de coordinación con el personal médico se ve como un problema cuando el paciente se va da alta. Como el alta no se planifica conjuntamente la enfermera dispone de poco tiempo para elaborar su informe de alta. En alguna de las entrevistas se añaden otras dificultades que afectan a pacientes y sus familias; algunos relatos hacen referencia a las dificultades para el autocuidado que tienen los pacientes, a la falta de coordinación con el cuidador principal, a la presencia de problemas de índole social sin resolver. La falta de coordinación se refleja en otros estudios pero no se describen las situaciones o causas concretas⁽⁴⁰⁾⁽¹⁵⁵⁾⁽²⁰³⁾. Sin embargo, si se describe que la práctica colaborativa tiene efectos beneficiosos sobre la calidad de la atención y disminuye las complicaciones⁽²⁰⁴⁾⁽²⁰⁵⁾⁽²⁰⁶⁾.

La estrategia que utilizan algunas enfermeras para minimizar este problema es programar desde el momento del ingreso los objetivos generales al alta. Esta

estrategia se recoge en otros estudios como una buena medida para estancias cortas⁽¹⁴⁵⁾.

En sus relatos los participantes expresan que el programa GACELA necesita ser revisado para hacer más operativa la planificación de cuidados y los registros de seguimiento. Argumentan que las agendas de cuidados son muy amplias y eso dificulta la planificación y registro de las actividades de seguimiento.

En algunos de los relatos se refieren también, a que es difícil trabajar con muchos diagnósticos de enfermería, esta misma dificultad se observa en la varios de los estudios revisados⁽⁹⁸⁾⁽¹⁴⁵⁾⁽¹⁵⁸⁾⁽²⁰⁷⁾.

Intentar reagrupar actividades en el programa es una de las estrategias que proponen y coincide con la propuesta de los otros estudios^{(40)(136) (145)}.

La otra estrategia la dirigen a ampliar conocimientos sobre la forma de priorizar diagnósticos, coincide con la descrita por de Medina-Valverde et al.

Las enfermeras señalan que es urgente resolver este problema pues al no actualizarse los planes de cuidados pierden fiabilidad, y esto pone en riesgo la utilidad del programa.

Aunque la falta de tiempo para proporcionar cuidados se describe en todos los estudios como hemos mencionado anteriormente. En éste las participantes expresan que necesitan tiempo para pensar, dicen "sólo nos contabilizan el tiempo de hacer". El hecho de trabajar con el proceso de enfermería requiere tiempo de análisis para establecer los problemas y seleccionar actividades. En un estudio realizado en España se demostró que el tiempo medio necesario para realizar una valoración es de 71,25 minutos⁽¹⁸⁰⁾. No encontramos estudios sobre el tiempo necesario para realizar la planificación de cuidados o el seguimiento de los mismos

La falta de tiempo para pensar que expresan nuestros participantes no la hemos encontrado descrita en otros estudios. Quizás, esta nueva necesidad no se percibía antes debido a que el sistema sanitario promueve, en el personal de enfermería al menos, un hacer técnico y poco reflexivo. Además, durante años en la formación de las enfermeras se ha enfatizado más en la conducta

que deberían tener como profesionales que en profundizar en los conocimientos necesarios y en su desarrollo en la práctica⁽¹⁶²⁾⁽²⁰⁸⁾.

El cambio en la forma de hacer que conlleva utilizar el proceso de enfermería requiere de un mayor esfuerzo intelectual. Estas dos perspectivas de la actividad de la enfermería se recogen en estudios sobre el desarrollo de la práctica asistencial en enfermería⁽¹³²⁾⁽²⁰⁹⁾⁽²¹⁰⁾.

La estrategia que utilizan las enfermeras para solventar esta dificultad es trabajar de forma colaborativa. Esta estrategia parecen también en otros estudios como medida de aprendizaje y refuerzo mutuo⁽¹⁴⁵⁾⁽¹⁶⁴⁾⁽²¹¹⁾.

6.2.2 Organización hospitalaria

Las enfermeras dentro de la organización del hospital realizan muchas actividades además de las específicas del cuidado directo a los pacientes.

Hoy en día, la mayoría de las actividades se registran en formato electrónico, y es un gran problema que estos registros no estén integrados en una misma aplicación o sistema.

Para los participantes de nuestro estudio la falta de integración de los programas supone una importante pérdida de eficiencia. Esta falta de integración no la hemos encontrado en los estudios revisados⁽⁶²⁾⁽⁹⁴⁾⁽¹³⁶⁾⁽¹⁴⁵⁾.

Cuando los sistemas están integrados existen valoraciones como las realizadas en estudio australiano que estiman que el funcionamiento es adecuado⁽⁹⁴⁾. Sin embargo, en otros casos estudios aprecian que los registros de enfermería están poco desarrollados y no responden a las necesidades de la actividad enfermera. Algunos inciden en la escasa participación de la enfermería en su diseño, la mayoría de estos estudios se realizaron con historias clínicas electrónicas⁽⁹⁰⁾⁽⁹⁸⁾⁽¹⁹⁶⁾⁽²¹²⁾.

Como ya mencionamos anteriormente cualquier introducción de las TIC genera en la organización un rediseño en la forma de actuar⁽⁶¹⁾. La reciente incorporación del programa de gestión de farmacia (Silicon) está provocando en la actualidad posturas encontradas entre las enfermeras.

A través de este programa la enfermera descarga la agenda de medicación de cada paciente y del GACELA la agenda de cuidados. Para unas profesionales este hecho supone una amenaza ya que permite que otras enfermeras puedan abandonar la planificación de cuidados al utilizar sólo la agenda de medicación. Otras enfermeras que sustentan su actividad en el rol de colaboración ven la aplicación como una solución para regresar a la forma de hacer anterior. No hemos encontrado estudios que reflejen situaciones similares a la que hemos encontrado.

Ya en los resultados del año 2004, se relatan cambios en la organización del trabajo que implican nuevas responsabilidades en las supervisoras y en estos resultados se incide en la importancia de su papel. Se describen como elementos fundamentales para impulsar y consolidar los cambios en las unidades. Otros estudios muestran que el liderazgo en los mandos intermedios es un mecanismo importante para desarrollar los cuidados centrados en la persona⁽¹⁶⁰⁾. También, se describen como agentes promotores y entrenadores de un grupo de personas y esto se refleja en nuestros resultados⁽⁶⁹⁾.

El trabajo en equipo se describe en la bibliografía como uno de los mecanismos más importantes para un cambio en la organización⁽⁶⁹⁾⁽¹³⁴⁾. Esto se verbaliza en nuestras entrevistas, las enfermeras señalan que la existencia de un grupo cohesionado es determinante para el funcionamiento global de esa unidad

Nuestros resultados nos indican que las enfermeras tienen la percepción de que la dirección de enfermería está menos involucrada en mantener y mejorar el cambio en la orientación de los cuidados. Consideran que sus acciones son de control y poco de motivación. Esta percepción es contraria a lo que se describe con respecto al papel que deberían desempeñar los líderes de una organización⁽⁶⁹⁾⁽²¹³⁾.

6.2.3 Identidad y rol profesional

Para interpretar las distintas formas en que las enfermeras se ven y actúan en el hospital es importante recordar un aspecto del interaccionismo simbólico que subyace en el discurso de las profesionales entrevistadas y se observa en nuestros hallazgos.

Los significados de un objeto, en este caso un objeto social "ser enfermera/o", puede ser diferente para distintos individuos, por lo que la acción entorno a ese objeto será diversa⁽⁶⁷⁾.

En la acción conjunta de una colectividad es preciso que sus miembros elaboren su línea de acción, interpretando recíprocamente lo que ocurre en su campo de actividad. Una nueva acción conjunta siempre guarda relación con un contexto y acción conjunta previa (objetos, significados, esquemas).

Antes de la implantación del programa informático de cuidados en el hospital, las enfermeras compartían una misma línea de acción con respecto a su actividad asistencial dentro de una unidad de hospitalización. Nuestros hallazgos indican que en la actualidad esto no es así.

La diferente percepción sobre lo que significa "ser enfermera" que tienen los participantes en nuestro estudio influye en los distintos grados de implicación con el proceso de cambio e impide que se consiga una visión compartida del rol asistencial de las enfermeras.

Esta falta de visión compartida o de una línea de acción conjunta, nos informa de que el cambio no se ha consolidado, y además, justifica el miedo de algunas enfermeras a que no se continúe avanzando en la consolidación del rol autónomo enfermero. También, temen que haya un retroceso importante si no aparecen nuevos líderes, con suficiente motivación y capacitación, para transmitir que las actividades individuales de los miembros de la unidad repercutan en la mejora de los cuidados de toda la unidad.

La necesidad de una visión compartida en todos los miembros de un colectivo está descrita en estudios sobre innovación tecnológica en las organizaciones y empresas⁽¹⁹⁾⁽⁶⁹⁾⁽¹¹⁸⁾⁽¹⁶⁵⁾.

La diferente percepción o identidad de las enfermeras esta descrita en diversos estudios y apoyada en la idea de que es una construcción que está determinada por la evolución y expectativas individuales.⁽⁷⁾⁽²¹⁴⁾⁽²¹⁵⁾. Miro y otros autores, afirman que no se puede generalizar y consensuar un conjunto de señas específicas para el desarrollo de la identidad profesional. Esta identidad se construye por la forma en que cada enfermera en cada momento histórico

se posiciona con respecto a los discursos, el poder y la subjetividad⁽¹⁵³⁾⁽¹⁶²⁾
(216).

La identidad profesional está estrechamente ligada con el rol profesional. El rol está determinado entre otros aspectos por lo que espera la sociedad de una profesión, por la concepción y modelos de cuidados y por la propia percepción del profesional⁽¹³¹⁾⁽²¹⁶⁾.

Como mencionamos anteriormente, en la práctica profesional de enfermería se distinguen el rol autónomo y el de colaboración como complementarios para el cuidado de las personas⁽⁴⁵⁾⁽²¹⁷⁾.

En nuestro estudio, esta diferencia en la forma de concebirse, tiene como consecuencia diferente forma de actuar, o de asumir o no los dos roles. Esta diferencia tiene una gran repercusión en la práctica clínica e influye negativamente en el trabajo conjunto que se desarrolla en las unidades de hospitalización.

En sus relatos describen tres formas de desarrollar su actividad.

Las enfermeras que ven la necesidad de realizar una valoración según las 14 necesidades básicas del modelo, entienden que así contemplan de forma integral a la persona para trabajar con ella. A partir de esta valoración, establecen los diagnósticos de enfermería, los objetivos y las acciones. Esta forma de desarrollar la actividad está descrita en muchas publicaciones^{(19) (56)}
(161)(218).

Algún estudio, señala en relación con esta forma de hacer que la adquisición de competencias no implica necesariamente un cambio de actitud para trabajar siempre así⁽¹⁵²⁾.

Una segunda forma, es aquella en la que se parte del establecimiento del diagnóstico de enfermería y posteriormente se desarrollan las otras fases del proceso. Estas enfermeras, desarrollan su práctica desde la atribución de constructos de diagnósticos enfermeros a los pacientes, para posteriormente establecer acciones y evaluar objetivos. Algunas de estas enfermeras no registran la información que sustenta la decisión o elección de un diagnóstico.

Otras consideran el diagnóstico como un fin en sí mismo, en este caso no precisan información para sustentarlo.

En el estudio realizado por Elizalde e al, se describen que hay enfermeras que utilizan la valoración y otras que prescriben sin valorar previamente, este hecho coincide con nuestro hallazgo. Otros autores en esta línea defienden que la aplicación del proceso enfermero es suficiente para desarrollar la práctica⁽³¹⁾⁽²¹⁸⁾⁽²¹⁹⁾.

Por último, se describen enfermeras que sólo realizan la planificación de las acciones. Como se expresa en uno de los relatos, esta función es obligatoria para poder obtener la agenda de cuidados de cada turno y justificar las acciones.

La característica principal de la actividad asistencial de las enfermeras en el hospital es la interdependencia mutua, la continuidad en la atención depende de las actividades de las enfermeras en los diferentes turnos.

Estas dos circunstancias, la interdependencia y las diferentes formas de desarrollar su actividad, son causa de conflictos entre los profesionales de una misma unidad.

Hemos encontrado estudios que se refieren de manera general o los diferentes roles que se contemplan en la práctica enfermera⁽¹⁹⁾⁽¹⁸⁾⁽²¹⁴⁾ pero en ninguno de ellos se especifica la repercusión en la práctica diaria de la coexistencia de diferentes roles.

Nuestros resultados ponen de manifiesto que es necesario establecer una línea de acción conjunta entre las enfermeras que facilite la continuidad de cuidados. En esta línea, todos los proyectos de implantación del proceso de cuidados en el marco conceptual de Virginia Henderson, establecen que es necesario que se identifiquen los conceptos de cuidados, persona, salud y entorno para desarrollar una visión clara y estratégica que guie la actividad. Nuestros resultados indican que esto no se ha conseguido, en este sentido Adam, citado por Teixidor⁽¹⁹⁾, afirmaba que el cambio podía ser mayor o menor para cada enfermera, como ocurre en nuestros resultados.

Las estrategias para resolver esta situación dependen del liderazgo e influencia de cada supervisora en su unidad y de la existencia o no de un grupo cohesionado.

En las entrevistas se señala que las medidas deberían de partir de la dirección de enfermería. Para resolver la situación de forma global la dirección de enfermería, con la participación de los profesionales, debe llegar a construir una visión de la actividad de enfermería dentro del hospital que pueda ser transmitida y explique a los propios profesionales, al paciente y a los otros profesionales la finalidad de la actividad profesional⁽¹⁹⁾⁽²²⁰⁾.

Todas las participantes coincidieron en resaltar que la utilización del programa es un mecanismo de visibilidad profesional, tanto a nivel de la institución como a nivel social. Alguna enfermera añade que la orientación del modelo y su utilización es un mecanismo de visibilidad con los pacientes. Lograr la visibilidad profesional coincide con lo expresado en todos los estudios como beneficio con la utilización de sistemas informáticos de cuidados y de la aplicación del proceso de enfermería⁽⁴⁰⁾⁽¹⁴⁵⁾⁽¹⁵⁹⁾⁽¹⁸⁹⁾.

La existencia de registros de la actividad enfermera permite disponer de una fuente importante de datos para la realización de estudios, muchas enfermeras participaron en jornadas y publicaron los resultados de sus intervenciones desde la puesta en marcha del programa GACELA⁽²²¹⁾⁽²²²⁾. Otro de los beneficios descritos es que durante un tiempo las enfermeras se sintieron orgullosas de pertenecer a esta institución porque fueron un referente para otras enfermeras y hospitales.

Nuestros resultados indican que la utilización de un programa informático de cuidados como elemento mediador entre la actividad de la enfermería y los pacientes modificó la práctica asistencial de las enfermeras.

Todas las enfermeras manifestaron la idea de que no es posible volver a trabajar sin una herramienta que facilite la planificación y registro de los cuidados. La categoría central **“no se puede volver atrás”** representa el proceso de autoevaluación que cada enfermera realiza con respecto al programa informático.

Es en esta autoevaluación volvemos a observar las diferencias entre las enfermeras del hospital cuando se refieren a lo que debe y se debe registrarla en el programa. Todas necesitan disponer de información y registrarla pero sus necesidades o exigencias son distintas.

Todas necesitan planificar y registrar las acciones que realizan, pero no se expresan con tanta unanimidad al referirse a la necesidad de utilizar el proceso de atención de enfermería, y son menos, las que argumentan no poder trabajar desde la orientación filosófica de Henderson como guía de los cuidados. Sus respuestas están en consonancia con las diferentes identidades y formas de hacer que tienen individualmente.

A pesar de estas diferencias podemos afirmar que el programa informático de cuidados GACELA, ha originado una transformación profesional y organizacional basada en la atención individualizada.

Muchos de los objetivos propuestos con la implantación se han alcanzado: se ha documentado la actividad enfermera, se ha promovido la investigación y se ha institucionalizado el proceso de atención de enfermería.

En este estudio nos hemos centrado en la actividad de los enfermeros, queda pendiente por tanto valorar la efectividad y satisfacción de los pacientes en relación con este cambio en la atención, así como la evaluación cualitativa y cuantitativa de los cuidados de enfermería en la población.

7. CONSIDERACIONES FINALES

7.1 LIMITACIONES

La limitación de este trabajo es la que corresponde a la propia metodología cualitativa en cuanto a que los hallazgos sólo se pueden extrapolar en contextos y circunstancias de los participantes similares. Aun así, contribuyen a ampliar los conocimientos sobre el cambio que se produce en la práctica asistencial de los profesionales de enfermería con los sistemas de información y gestión de cuidados desde una orientación filosófica enfermera.

7.2 APORTACIONES Y PROPUESTAS PARA EL FUTURO

La principal aportación de este estudio es que permite comprender la trayectoria vivida por las enfermeras durante una amplia dimensión temporal. Es esta dimensión temporal la que ha permitido capturar el significado de la dinámica del cambio en la actividad de las enfermeras en su contexto social, las unidades de hospitalización.

Las dificultades de las enfermeras para trabajar problemas derivados de necesidades como trabajar y realizarse o vivir según sus valores y creencias, tiene implicaciones tanto asistenciales como académicas. Es necesario capacitar a los profesionales y a los estudiantes en habilidades de comunicación, de autocontrol de las emociones, de capacidad de escucha, de sintonía emocional con el paciente; si queremos ayudar a las otras personas a vivir y a ser lo más independientes posibles.

Conseguir integrar los diferentes programas que configuran el entorno de trabajo de los profesionales sanitarios, en particular de la enfermería, requiere de la participación activa de todos los implicados en los procesos de configuración, ya desde el inicio, y, por supuesto, en la puesta en marcha de esos programas.

Hemos podido comprobar que las innovaciones tecnológicas producen cambios en las organizaciones y es importante que los responsables de los centros sanitarios tengan en cuenta esta situación para evitar rechazos o conflictos entre los profesionales.

Con respecto al programa de cuidados GACELA y su actualización, es imprescindible partir del conocimiento implícito de los enfermeros. Por lo cual, para la revisión del programa se debe contar con la experiencia de los profesionales, las modificaciones deben responder a sus necesidades y ayudar a su crecimiento y valoración profesional tal y como ellos lo expresan.

Una de las situaciones con mayor repercusión en la actividad de las enfermeras en las unidades de hospitalización es la falta de una visión conjunta sobre la finalidad de los cuidados. Consideramos de gran interés desarrollar investigaciones que ayuden a consensuar una línea de acción para el ejercicio profesional.

Proponemos diseños participativos, creemos que un diseño de investigación-acción sería el adecuado porque enfatiza el estudio de la práctica en el ambiente organizacional. Tanto el proceso como los resultados nos permitirían enlazar la práctica aplicada con la reflexión en la acción⁽²²³⁾.

Sería importante valorar si los instrumentos que se utilizan son adecuados y precisos como mecanismos para establecer los tiempos en las actividades de enfermería. Tendremos que averiguar si la percepción de las enfermeras de que sólo se les contabiliza sólo el tiempo de hacer unas actividades concretas es real.

Por último, tendremos que desarrollar proyectos de investigación centrados en los pacientes. Necesitamos constatar ¿cómo repercute en los pacientes trabajar con el proceso de enfermería? ¿Mejora realmente de forma objetiva la calidad de la atención? ¿Mejora su satisfacción?

Las enfermeras describen la finalidad de sus cuidados con la manifestación de "sentirse bien". Parece importante averiguar qué significado tiene este término para los otros participantes en el proceso de de cuidados, los pacientes.

Queremos señalar que este estudio no finaliza aquí. Pensamos que sus resultados y conclusiones pueden ser vistos como un punto de partida para futuras investigaciones orientadas a comprender mejor la práctica de enfermería.

8. CONCLUSIONES

- Las enfermeras definen independencia, persona/paciente y rol profesional según sus conocimientos explícitos del modelo de Virginia Henderson y su propia experiencia profesional.
- Las enfermeras manifiestan dificultades para trabajar algunas necesidades como: vivir según sus valores y creencias y trabajar y realizarse.
- El programa informático de cuidados de enfermería (GACELA) es el motor de los cambios en la práctica asistencial por ser visto como un buen mediador entre la actividad de la enfermería y los pacientes.
- Trabajar con el modelo de Virginia Henderson y el proceso de enfermería obliga a ofrecer atención de forma individualizada y a incorporar a la familia en la unidad de atención.
- Trabajar con el modelo de Virginia Henderson y el proceso de enfermería requiere dedicar tiempo específico para el razonamiento clínico.
- Trabajar con el programa informático de cuidados de enfermería GACELA convierte el proceso de atención de enfermería en una práctica normalizada e institucionalizada.
- La falta de integración de las distintas aplicaciones informáticas reduce la eficiencia y genera conflictos entre los enfermeros.
- Es necesario revisar el programa GACELA para hacer más operativa la planificación de cuidados y los registros de seguimiento.
- La coexistencia de diferentes roles profesionales entre las enfermeras repercute negativamente en el trabajo conjunto de atención a los pacientes en las unidades de hospitalización. Es necesario establecer una visión conjunta.
- Trabajar con el programa GACELA modificó las funciones de los mandos intermedios.
- El modelo de Virginia Henderson y el programa informático de cuidados GACELA han provocado una transformación profesional y cambios en la organización de la actividad de enfermería que hace que las enfermeras no deseen "volver atrás".

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*. 2002; 2(2): 7–18.
2. Alligood MR. Introducción a las teorías en enfermería: historia importancia y análisis. En: Alligood MR, editora. *Modelos y teorías en enfermería*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p.2-13.
3. Berman A, Snyder S. Kozier y Erb G. *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica*. 9ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2013. Capítulo 3, Teorías de enfermería y marcos conceptuales; p. 40-51.
4. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: current status and de future refinements. *J Nurs Scholarsh*. 1984; (16):84–7.
5. Fawcett J. Conceptual models and nursing practice: the reciproclal relationship. *J Adv Nurs*. 1992; (17): 224–8.
6. San Martín Rodríguez L. Una reflexión en torno a las “ciencias de la enfermería”. *Enferm Clín*. 2008; 18(5):262–8.
7. Francisco del Rey JC. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera: concepciones presentes en el ejercicio profesional[tesis]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2008.
8. Calvache Pérez M. *La enfermería sistémica: propuesta de un modelo ecológico*. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
9. Bottorff JL. Nursing: a practical science of caring. *Adv Nurs Sci*. 1991; (1): 14:26–39.
10. Durán de Villalobos M M. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. *Av enferm*. 2012; 30(1):9–12.
11. Duran de Villalobos MM. La renovación del conocimiento y la práctica. *Aquichan*. 2014; (1)(14):5–6.
12. Cantus DS, Contreras LP. Teoría y modelos en la práctica enfermera: un binomio imposible. *Enferm Glob* [internet]. 2012 jul [Consultado 2016 oct 25]; (27):292–8. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/article/135011/136351>.
13. Meza-Benavides MA. Construcción del conocimiento en enfermería: enfermeros y enfermeras tienen la palabra. *Enferm Costa Rica*. 2006; 27(1):10–4.
14. Durán de Villalobos MM. Teoría de enfermería: un camino de herradura. *Aquichan*. 2007; 7(2): 161–73.
15. Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories*. 2ª ed. Philadelphia: F. A. Davis ; 2005.

16. Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
17. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.
18. Luis Rodrigo MT, Navarro Gómez MV, Fernández Ferrín C. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
19. Ripuelle L; Teixidor M. La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista: el cambio planificado para la activación del rol autónomo. En: Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los centros de atención primaria del Institut Catalá de la Salut: la salud y la calidad de vida, un reto para las enfermeras asistenciales, docentes y gestoras. Barcelona: Fundación la Caixa; 2002. p 47-94.
20. Araya-Cloutier J, Ortiz-Salgado A. Percepción del cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. *Enferm Costa Rica*. 2010;31(1): 21-5.
21. Collière MF. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
22. López Parra M, Santos Ruiz S, Sánchez Rueda G, Bordalo Porras L, Fernández Donaire L, Zabalegui Yámoz A, Abril Sabater D, Varez Peláez S, Tomás Sábado J. Los modelos en la práctica asistencial: visión de los profesionales y estudiantes de enfermería. *Metas Enferm*. 2009;4(12):16–26.
23. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, Mañe- Buxo, N. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clín*. 2006; 16(4):218–21.
24. Miró Bonet M. Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enferm Clín*. 2010;20(6): 360–5.
25. Hernández Conesa J. La construcción disciplinar de la enfermería como disciplina científica: una aproximación desde su historia y sus fundamentos [tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 1996.
26. Iyer PW, Taptich B, Bernochi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
27. Phaneuf M. Cuidados de enfermería: el proceso de atención de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
28. Yura H, Walsh MB. El proceso de enfermería: valoración, implementación y evaluación. Madrid: Alhambra; 1982.

29. Alfaro- Lefevre, R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1996.
30. Alfaro- Lefevre, R. El pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997.
31. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fundamento del razonamiento clínico. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2014.
32. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. Barcelona: Mosby/Doyma; 1996. Prólogo; p. xiii.
33. Maña M, Mesas A, González E. Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. *Enferm Clínica*. 2000;10(49):135–141.
34. Raña Lama CD, Pita- Vizoso R, Barreiro Pombo G. Diagnósticos de enfermería en atención primaria de salud en el Área Sanitaria de A Coruña. En: *Diagnósticos enfermeros: aplicación Práctica*. II Jornadas Nacionales de invierno de la AEC, I Jornadas de Enfermería Comunicar en Castilla y León; 2000 Nov 17-18. Ponferrada. León: Universidad de León, Asociación de Enfermería Comunitaria. 2000. p. 147–53.
35. Raña Lama CD, Pita Vizoso R, Conceiro Rúa A, Fernández Fraga I, García Martínez CM. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el Área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enferm Clín*. 2004;14(2):77–82.
36. Mena F, Romero M. ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero?. *Rev Enferm*. 2001; 2(24):137–9.
37. García de la Orden L, García Carretero R. Cuidados enfermeros en un paciente con trastorno bipolar y diabetes insípida nefrogénica por litio. *Enferm Clín*. 2015; 25(2):92–7.
38. Baena-Antequera F, Jurado-García E. La mujer ante la finalización de la gestación por anomalías fetales: caso clínico. *Enferm Clín*. 2015; 25 (5): 276-81.
39. Cerón-Serrano A, Jiménez-Castellano R, Gómez-Campos AM. Prevención y cuidados de enfermería en el primer caso de enfermedad del virus ébola adquirida fuera de África. *Enferm Clín*. 2017;27(2):125–31.
40. Medina-Valverde MJ, Rodríguez-Borrego MA, Luque-Alcaraz O, de la Torre-Barbero MJ, Parra-Perea J, Moros-Molina M P. Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010. *Enferm Clín*. 2012;22(1):3–10.
41. Cases Sanchis M, Pons Torres A. Registro de la actividad profesional enfermera en la historia clínica digital: experiencia en Menorca. *Metas Enferm*. 2014;8(17):62–8.

42. Häyrynen K, Lammintakanen J. Evaluation of electronic nursing documentation: nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *Int J Med Inform.* 2010;8(79):554–64.
43. Häyrynen K, Saranto K. The use of nursing terminology in electronic documentation. *Stud Heal Technol Informatics.* 2009;(144): 342–6.
44. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
45. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos enfermeros. 14ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2013.
46. Gallagher- Lepark S. Fundamentos de los diagnósticos enfermeros. En: Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017.* Barcelona: Elsevier; 2015.p. 21-30.
47. Ugalde Apalategui M. De lo empírico a lo evidente: las clasificaciones enfermeras. En: *IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Hacia la excelencia de los cuidados, desde el Razonamiento Diagnóstico;* 2002 May 9-10. A Coruña: AENTDE; 2002.p 1-18.
48. Herdman TH . Introducción a la taxonomía II de NANDA-I. En: Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017.* Barcelona: Elsevier; 2015.p 52-90.
49. Bulechek MG, Butcher KH, Dochterman MJ, Wagner MC. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
50. Moorhead S. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud.* 5ª ed.Barcelona: Elsevier; 2014.
51. Saranto K, Thoroddsen A, Ehrenberg A, Sermeus W. Uso de modelos, terminologías y estándares en la documentación enfermera. *VIII Simposiúm Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Cuidar transpasando el diagnóstico enfermero;* 2008 Out 23-24. Barcelona: AENTDE; 2008. p.28-31.
52. Fernández Ferrín C. Valores humanistas en la obra de Virginia Henderson. *Enferm Clin.* 1996;6(5):207-211.
53. Irigibel-Uriz X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Index Enferm.* 2007;57:55–9.
54. Hernández Martín F, Gallego Lastra R. Virginia Henderson autora clave para la enfermería actual. *Rev Híades.* 1999; 5–6: 11–24.

55. Tomey A M. Teorías de la enfermería de importancia histórica. En: Tomey A M, Alligood MR editoras. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007. p 54-57.
56. Henderson V. La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw Hill; 1994.
57. Leng M-C, Duquesne F. Bilans d'indépendance: rôle propre infirmie. Paris: Pradel; 1989.
58. Halloran EJ. Virginia Henderson and her timeless writings. J Adv Nurs. 1996;23(1):17-24.
59. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 1971.
60. Fernández Ferrín C, Novel Martí G. El proceso de atención de enfermería: estudio de casos. Barcelona: Masson; 1993.
61. Acosta Suarez G. El concepto de fuente de dificultad para mantener la independencia según Henderson, Riopelle, Grondin y Phaneuf. Enferm Clin. 1995; 5(1): 1-2.
62. Ros N, Gago L. SELENE: informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería. Enferm Glob [internet]. 2006 may [consultado 2016 nov 31]; 5 (1):8-10. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/article/458/429>
63. Bazan-Herreó AF. Implantando metodología enfermera con ayuda de un sistema informático (SELENE). En: I Congreso internacional de AENTDE/NANDA- I. Hacia un futuro global para enfermería: desarrollar el lenguaje compartiendo conocimientos; 2010 May 12-14. Madrid: AENTDE; 2010. p.329-30.
64. Luis Rodrigo M. Del saber y del saber hacer. Rev Tesela.[internet] 2007[Consultado 2017 abr 13];(1).Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6366.php>
65. Castells M. La era de la información: economía, sociedad y cultura. Vol 3, Fin del milenio. Madrid. Alianza Editorial; 1997. p. 26-29.
66. Castells M. La era de la información: economía, sociedad y cultura. Vol 1, La sociedad de la red. Madrid. Alianza Editorial; 1997.p. 58-271.
67. Ribeiro dos Santos S. Sistema de información e interacción social: buscando a relación teoria e practica em enfermagem[tesis]. Joao Pessoa: Universidade Federal de Paraiba; 2008.

68. Campos E, Teixeira FL. Adotando a tecnologia de informação: análise da implementação de sistemas de "groupware." RAE electron [Internet]. 2004 [Consultado 2017 abr 15];3(1):2–17. Disponible en: doi.org/10.1590/S167656482004000100006.
69. Roman-Viñas R. Factores de éxito en la implementación de las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas de salud: el factor humano. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(supl1):39–44.
70. Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, Legare F, Lamothe L, Fortin J, Duplantie J. Implementation of an electronic medical record in family practice: a case study. *J Innov Health Inform*. 2010;18 (1):31–40.
71. Etreros Huerta J. El sistema de Historia Clínica Digital del SNS [Internet] Madrid: Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009 [consultado 2017 abril 5].Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm>
72. Laín Entralgo P. La Historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1961.
73. Pastor Sanchez R; López Miras J; Grevás J. Evaluación de historias clínicas informatizadas. *Med Clin*. 1996;7(107):250–4.
74. Gordon D, Bates DW. Can electronic clinic documentation help prevent diagnostic errors. *N Engl J Med*. 2010;12(362):1066–9.
75. Ossebaard HC, Seydel ER, Van Gemert-Pijnen L. Online usability and patients with long-term conditions: a mixed-methods approach. *Int J Med Inform*. 2012;81(6):374–87.
76. Kristianson KJ, Ljunggren H, Gustafsson LL. Data extraction from a semi-structured electronic medical record system for outpatients: a model to facilitate the access and use of data for quality control and research. *Health Informatics J*. 2009;15(4):305–19.
77. Brokel JM, Schwichtenberg TJ, Wakefield DS, Ward MM, Shaw MG, Kramer JM. Evaluating clinical decision support rules as an intervention in clinician workflows with technology. *Comput Inform Nurs*. 2011;29(1):36–42.
78. Silow-Carroll S, Edwards JN, Rodin D. Using electronic health records to improve quality and efficiency: the experiences of leading hospitals. *Issue Br (Commonw Fund)*. 2012;(17):1–40.
79. Ludwick DA, Doucette J. Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. *Int J Med Inform*. 2009;78(1):22–31.
80. Galimany Masclans J. Historia clínica electrónica de atención primaria de salud: valoración de las enfermeras [tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona;2014.

81. González Cocina E, Pérez Torres F. La historia clínica electrónica, revisión y análisis de la actualidad: Diraya la historia de salud electrónica de Andalucía. *Rev Esp Cardiol*. 2007;7(3):37C–46.
82. Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):111–6.
83. Törnvall E, Wahren LK, Wilhelmsson S. Advancing nursing documentation: an intervention study using patients with leg ulcer as an example. *Int J Med Inform*. 2009;78(9):605–17.
84. Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *J Am Med Inform*. 2005;12(5):505–16.
85. Yee T, Needleman J, Pearson M, Parkerton P, Parkerton M, Wolstein J. The influence of integrated electronic medical records and computerized nursing notes on nurses' time spent in documentation. *Comput Inform Nurs*. 2012;30(6):1.
86. Nykänen P, Kaipio J, Kuusisto A. Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland: lessons learned and directions for the future. *Int J Med Inform*. 2012;81(8):507–20.
87. Lewin K. *Field theory in social Science: selected theoretical papers*. New York: Harper; 1951.
88. Lluch M. Healthcare professionals' organisational barriers to health information technologies: a literature review. *Int J Med Inform*. 2011;80(12):849–62.
89. Edwards G, Kitzmiller RR, Breckenridge-Sproat S. Innovative health information technology training. *Comput Inform Nurs*. 2012;30(2):104–9.
90. Gruber D, Cummings GG, Leblanc L, Smith DL. Factors influencing outcomes of clinical information systems implementation. *Comput Inform Nurs*. 2009;27(3):151–63.
91. González Gutiérrez- Solana R. As razóns da informatización no traballo de enfermería. *Rev Gal Actualidade Sanitaria*. 2001;1 (1):36–9.
92. Gephart S, Carrington JM, Finley BA. Systematic review of nurses' experiences with unintended consequences when using the electronic health record. *Nurs Admin Q*. 2015;39(4):345–56.
93. Orengo Castellá V. El análisis de la innovación tecnológica en las organizaciones desde la teoría fundamentada (Grounded theory) [tesis]. Valencia: Universidad de Valencia; 2000.

94. Eley R, Soar J, Buisktra E, Fallon T, Hegney D. Attitudes of Australian nurses to information technology in the work place: a national survey. *Comput Inform Nurs.* 2009;27(2): 114–21.
95. Getty M, Ryan AA, Ekins ML. A comparative study of the attitudes of users and non-users towards computerized care planning. *J Clin Nurs.* 1999;8(4):431–9.
96. Hart MD. Informatics competency and development within the US nursing population workforce: a systematic literature review. *Comput Inform Nurs.* 2008;26(6): 320-9.
97. Schleyer RH, Burch CK, Schoessler MT. Defining and integrating informatics competencies into a hospital nursing department. *Comput Inform Nurs.* 2010;29(3): 167- 173.
98. Törnvall E, Wahren LK, Wilhelmsson S. Impact of primary care management on nursing documentation. *J Nurs Manag.* 2007;15(6):634–42.
99. González Morales A. Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *Islas.* 2003; 45(138): 125-135.
100. Siles González J, Solano Ruiz MC, Cibanal JL. Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad: una reflexión sobre la pertinencia metodológica en ciencias socio-sanitarias y humanas. *Cult Cuid.* 2005; (18):68–83.
101. Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions.* Vol II. 2ª ed. Chicago: Chicago University; 1970.
102. Montero M. Sobre la noción de paradigma. En: Mercado Martínez FJ, Gastaldo D, Calderón Llantén C. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana.* Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 233–83.
103. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmas en competencia en investigación cualitativa. En: Denman CA, Haro JA. *Antología de métodos cualitativos en la investigación social.* Sonora, México: Colegio de Sonora; 2000. p. 113–45.
104. Báez y Pérez de Tudela J. Fundamentos de la investigación cualitativa. En: Sarabia Sánchez FJ, coordinador. *Métodos de investigación social y de la empresa.* Madrid: Piramide; 2013. p 525-54.
105. Ricoy Lorenzo C. Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educ St Maria [Internet].* 2006 [consultado 2017 mar 14] ;31:11–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/DOI:10.5902/198464444>.
106. Krause M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Rev Temas Educ.* 1995; 7: 19–36.

107. Vasilachis de Gialdino I. Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa. Forum Qual Soc Res [Internet]. 2009; [consultado 2017 Mar 19]10(2): art 3[p.1-18]. Disponible en: <http://www.nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902307>.
108. Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1982.
109. Charmaz K. La teoría fundamentada en el siglo XXI: aplicaciones para promover estudios de justicia social. En: Denzin N, Lincoln YS, coordinadores. Manual de investigación cualitativa: las estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2011. p. 270-325.
110. Gonzalez de la Fe T. El interaccionismo Simbólico. En: Giner S. coordinador. Teoría sociológica moderna. Barcelona: Ariel; 2003. p. 167–218.
111. Denzin NK. Symbolic interactionism and cultural studies: the politics of interpretation. Massachusetts: Blackwell; 1992.
112. Pons Diez X. La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. Edupskhé. 2010;9(1):23–41.
113. Gil Lacurz M. Psicología social: un compromiso aplicado a la salud. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2007.
114. Bryant A, Charmaz K. The sage of handbook grounded theory. London: SAGE; 2007.
115. Prus R. Symbolic interaction and ethnographic research: intersubjectivity and the study of human lived experience. New York: State University of New York; 1996.
116. Andréu Abela J, García-Nieto A, Pérez Corbacho AM. Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2007.
117. Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
118. Carrero V, Soriano RM, Trinidad A. Teoría fundamentada Grounded Theory: el desarrollo de teoría desde la generalización conceptual. 2ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas; 2012.
119. Denman CA, Haro JA. Trayectoria y desvarios de los métodos cualitativos en la investigación social. En: Mercado Martínez FJ, Gastaldo D, Calderón Llantén C. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 35- 72.

120. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1996.
121. Valles M S. Entrevistas cualitativas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.
122. Morse JM. Emerger de los datos: los procesos cognitivos del analisis en la investigación cualitativa. En: Morse JM, editora. Asuntos criticos en los metodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p 30-52.
123. Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enferm Clín.* 2013 ;23(1):33–7.
124. Hernández Carrera RM. La investigación cualitativa a través de entrevista: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuest Pedag (Univ Sevilla).* 2014;23:187–210.
125. Leininger M. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morse JM, editora. Asuntos criticos en los metodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 114–24.
126. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 2007;4(20):400–503.
127. Ceballos Vázquez A. Desde los ámbitos de enfermería analizando el cuidado humanizado. *Cienc enferm.* 2010;1(16):31–5.
128. García Hernández LM, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México: la reconstrucción del camino. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;2(13):287–96.
129. Arroyo MP. Calidad y humanización de los cuidados. *Metas Enferm.* 2001;(39):22–31.
130. Polanyi M. The tacit dimension. Chicago: Chicago University; 2009.
131. Wainwright P. Towards an aesthetics of nursing. *J Adv Nurs.* 2000; 3(32):750–6.
132. Irigibel-Uriz X. Los patrones del conocimiento (no) posibles. *Enf Costa Rica.* 2011;1(32):30–6.
133. Landman Navarro C, Canales Gómez S, Garay Scmitt V, García Figuieroa P, López Araya C, Perez Toro J, Sáez Muñoz C, Saldivia Muñoz R. Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencias de un hospital de Quilota, Chile. *Enfer Montev.* 2014;2(3):12–21.

134. Pereira da Cruz AM, Abreu Almeida M. Competencias na formação de técnicos de enfermagem para implementar a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;4(44):921–7.
135. Liberati EG, Galuppo L, Gorli M, Maraldi M, Ruggiero F, Capobussi M, Banzi R, Kwag K, Sacratti G, Nanni O, Ruggieri P, Polo H, Cimminiello C, Bosio M, Mangía M, Moja L. Barriere e facilitatori all'implementazione dei sistemi di supporto decisionale computerizzati in ospedale: uno studio "grounded theory." *Recenti Prog Med*. 2015;106(4):180–91.
136. Smith D, Morris A, Janke J. Nursing satisfaction and attitudes with computerized software implementation. *Comput Informatics Nurs*. 2011;29(4):245-250.
137. Lopes MJ. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. En: Mercado Martínez FJ, Gastaldo D, Calderón Llantén C. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: método, análisis y ética. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 387–417.
138. Da Silva AL. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. En: Mercado, FJ; Gastaldo, D; Calderon, C. Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 285–318.
139. Watson. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Brown; 1985.
140. Moreira Domingues TM, Correa Chaves E. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39:580–8.
141. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud: proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clín*. 2012;22(5):261–8
142. Currell R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;3.No:CD002099. DOI: 101002/14651858CD002099. Review.
143. Cho I, Staggers N, Park I. Nurses' responses to differing amounts and information content in a diagnostic computer-based decision support application. *Comput Inform Nurs*. 2010;28(2):95–102.
144. Sorenson C, Drummond M. How can the impact of health technology assessments be enhanced? Copenhagen: Regional Office for European Observatpty on Health Systems and Policies: 2008. Coeditado por Organización Mundial de la Salud.
145. Lee TT. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *J Clin Nurs*. 2006;15(11):1376–82.

146. Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, López Martín MC, De la Torre I, Díaz González MA, Mansilla Francisco JJ. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clín.* 2005;15(3):163–6.
147. Diego Gracia. *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. San Sebastian: Triacastela; 2004.
148. Turner B. Profesiones, conocimiento y poder. En: De la Cuesta Benjumea C, compiladora. *Salud y enfermedad. lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 185–248.
149. Cachón E. El hospital y los pacientes. *Index Enferm.* 2007;(56):35–39.
150. García-Juárez MR, López-Alonso SR, Moreno-Verdugo A, Guerra-González S, Fernández-Corchero J, Márquez-Borrego MJ, Orozco-Cózar MJ, Ramos-Bosquet G. Personalización de cuidados hospitalarios y su efecto sobre la relación de confianza enfermera-paciente. *Enferm Clín.* 2013;23(6):243–51.
151. Porcel-Gálvez AM, Hörner Schindwein-Meirelles B, Gil-García E, Morales-Asencio JM, Guerra-Martín MD. Opiniones y satisfacción de las enfermeras con la escala INICIARE 2.0: un estudio cualitativo en un entorno hospitalario. *Enferm Clínica.* 2016;26(6):374–80.
152. Reyes Luna J, Jara Concha P, Merino Escobar JM. Adherencia de las enfermeras a utiliza un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc Enferm.* 2007;1:45–57.
153. Maldonado A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Rev Esp Comun Salud* 2012;3(2):147–57.
154. Miró-Bonet M, Gastaldo D, Gallego-Caminero G. ¿Por qué somos como somos?: discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enferm Clín.* 2008;18(1):26–34.
155. Repullo JR. Reflexionando sobre médicas y enfermeros entre tantos despropósitos normativos y desmesuras gremiales. *Ges Clin.* 2016;18(2):39-45.
156. Sánchez Gómez MB. Visión, conocimiento, sensibilidad e investigación: componentes esenciales para avanzar en el cuidado del mayor. *Enferm Clín.* 2016;26(2):93–5.
157. Boaventura A P, Alves dos Santos P, Marroco Duran EC. El conocimiento teórico-práctico del enfermero del Proceso de Enfermería y sistematización de Enfermería. *Enf Global* [internet]. 2017 abr [consultado 2017 abr 16]; 46: 186-193. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.247911>

158. Lee T-T. Nurses' concerns about using information systems: analysis of comments on a computerized nursing care plan system in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2005;14(3):344- 53.
159. Fogelberg Dahm M. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records: a questionnaire study. *J Clin Nurs.* 2008;17(16):2137-45.
160. Coronado-Vázquez V. Impacto del liderazgo en la implantación de los cuidados centrados en la persona para la atención a los ancianos. *Enferm Clín.* 2017;27(1):55-6.
161. Jimenez- Castro A. Salinas-Duran M. Sanchez-Estrada T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev Enferm* 2004;12(2):61-3.
162. Miró-Bonet M ¿Por qué somos como somos?: continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)[tesis]. Palma de Mallorca: Universidad de les Illes Balears;2008.
163. Sermeus W. Efectos de la crisis económica y de la crisis de trabajadores sanitarios en la sostenibilidad del sistema sanitario: ¿qué es lo siguiente?. *Enferm Clín.* 2012;22(4):179-81.
164. Lunney M. Un método de puntuación para evaluar la precisión de los diagnósticos enfermeros. En: VII Jornadas de trabajo AENTDE. Realidad clínica e investigación enfermera; 2007 Oct 26-27. Valladolid: AENTDE. 2007. p. 9 -60.
165. Carrero, V, Peiró JM SM. Studing radical organization innovación though grounded theory. *E J Work Org Psycho.* 2000;4(9):489-514.
166. Lavinás MC, Freitag LM, Carvalho A. Teoría humanista: análisis dimensional del concepto de salud. *Metas Enferm.* 2007;4(10):56-60.
167. Paterson JG, Zderad LT. *Humanistic nursing.* New York: National League for Nursing; 1988.
168. Hung-Lan W, Volker D. Humanistic nursing theory: application to hospice and palliative care. *J Adv Nurs.* 2012;2(68):471-9.
169. Brykczynski KA. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. En: Alligood MR, editora. *Modelos y teorías de enfermería.* 8ª ed. Barcelona: Elsevier;2015. p. 118-37.
170. Sánchez Martínez V, Muñoz Izquierdo M D, Garrido Bartolomé A, Ruiz Hontangas A. Reflexiones acerca de la informatización del proceso de atención de enfermería. *Enferm Clín.*2008;18(1):55.
171. Nogales Espert. La búsqueda del significado de la enfermería en su historia actual. *Cult Cuidados.* 2005;(18):5-6.

172. Daza de Caballero R, Medina LE. El significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafe de Bogotá, Colombia. *Cult Cuidados*. 2006;(19):55–62.
173. Feito Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Emferm Clin*. 2005;3(15):167–74.
174. Pellegrino DF. Nurse and Patient: The Caring Relationship. En: Bishop A, Scudder JR, editores. *Caring, caring, coping: nurse, physician, patient relationships*. Alabama: University of Alabama; 1985. p. 8–30.
175. Domingo Pozo M.; Gómez Robles J. El concepto de necesidad humana básica como aproximación a la definición del cuidado. *Index Enferm*. 2003;43:23–7.
176. Mejía Lopera M E. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ambito del cuidado clínico. *Index Enferm*. 2006;(54):48–52.
177. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic nursing care: Theories and Perspectives. *Am J Nurs Sci* . 2013;2(1):1.
178. Muñoz- Ronda FJ, Rodriguez- Salvador M, Martinez -Díaz JD, López-Valverde M. Nuevas formas de aproximación al concepto de confianza en la relación enfermera- paciente. *Tempus Vitalis*. 2009;1(9):30–5.
179. McCutcheon T. Statement on Nursing: a personal perspective. *Gastroenterol nurs*. 2004;5(27):226–9.
180. Martínez Martínez C, Cañadas Bustos A, Rodríguez Paredes E, Tornel García S. Dificultades en la valoración enfermera. *Enferm Clín*. 2003;13(4):195–201.
181. Lobo E, Soto-Terceño N. Hacia un cuidado integral: valoración de enfermería, con el método INTERMED, de una paciente «compleja». *Enferm Clín*. 2010;20(5):309–12.
182. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs*. 2010;19(1–2):100–8.
183. Ellenbecker CH. Home healthcare nurse retention and patient outcome model: discussion and model developmen. *J Adv Nurs*. 2012;98(8):1881–91.
184. Daza R, Tores AM, Prieto GI. Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. *Index Enferm*. 2005;(14):48–9.
185. Ofi B, Sowunmi O. Nursing documentación: experience of the use of the nursing process model in selected hospital in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *Inter J Nurs Pract*. 2012;(18):354–62.

186. Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Aguilera-Manrique G, Peredo-de Gonzales MH, Mollinedo-Mallea J, Hernández-Padilla JM. Análisis de las condiciones para la implantación del proceso enfermero en Santa Cruz (Bolivia). *Enferm Clín.* 2010;20(5):280–5.
187. García Juárez M R, López Alonso SR, Orozco Cózar MJ, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego MJ, Cano Antelo MD. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit.* 2011;25(6):474–82.
188. Mahler C, Ammenwerth E, Wagner A, Tautz A, Happek T, Hoppe B, Eichstadter R. Effects of a computer-based nursing documentation system on the quality of nursing documentation. *J Med Syst.* 2007;31(4):274–82.
189. Marcon Dal Sasso GT, Carballo Barra DC, Paese F, Wargner de Almeida SR, Rios GC, Mendes Marinho M, Gallizi Debétio M. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):242–9.
190. Kjeldskov J, Skov MB, Stage J. A longitudinal study of usability in health care: does time heal?. *Int J Med Inform.* 2010;79(6):e135–43.
191. Laramee AS, Bosek M, Shaner-Mcrae H, Powers-Phaneuf T. A Comparison of nurse attitudes before implementation and 6 and 18 months after implementation of an electronic health record. *Comput Inform Nurs.* 2012;30(10):521–30.
192. Marrujo-Pérez KJ, Berumen-Burciaga LV, Mejía-Mejía Y, Palacios-Ceña D. El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo. *Enferm Clín.* 2016;26(2):102–10.
193. Quero Rufián A. Los cuidadores familiares en el hospital Ruiz de Alda de Granada[tesis]. Granada: Universidad de Granada; 2007.
194. Villar Dávila R, Pancorbo Hidalgo PL, Jiménez Díaz, MC., Cruz Lendínez A, García Ramiro P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital: cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos.* 2012;48–49(14):7–14.
195. Dowding D. Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *J Adv Nurs.* 2001;33(6):836–46.
196. Thompson BW. The transforming effect of handheld computers on nursing practice. *Nurs Adm Q.* 2005;29(4):308–14.
197. Nelson BA, Massey R. Implementing an electronic change-of-shift report using transforming care at the bedside processes and methods. *J Nurs Adm.* 2010;40(4):162–8.

198. Banner L, Olney CM. Automated clinical documentation: does it allow nurses more time for patient care?. *Comput Inform Nurs.* 2009;27(2):75–81.
199. MJ. Medina Valverde, MA. Rodríguez Borrego RG de la T. Descripción y análisis del grado de aplicación del programa informático de cuidados, azahar, en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba: planteamiento de nuevas líneas de actuación. *Enferm Glob [internet].* 2008 jun [consultado 2017 ene 25];7(2):1–13. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16071>
200. Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Alsina-Ribas A, Puigoriol-Juventeny E, Oriol-Ruscalleda M, Subirana-Casacuberta M. La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. *Enferm Clín .* 2015;25(4):177–85.
201. Moreno-Casbas T. La presión del tiempo puede estar influyendo en la toma de decisiones de las enfermeras independientemente de su experiencia clínica. *Enferm Clín.* 2009;19(6):356–7.
202. Saranto K. Evaluating nursing documentation research design and methods: systematic review. *J Adv Nursing.* 2009;(65):464–76).
203. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nursing.* 2002;6(102):26–34.
204. Moen A. A nursing perspective to design and implementation of electronic patient record systems. *J Biomed Inform.* 2003;36(4–5):375–8.
205. Sirota T. Nurse and physician relationships: improving or not?. *Nursing.* 2007;1(37):52–6.
206. McCallin A. Interprofessional practice: learning how to collaborate. *Contemp Nur.* 2005;1(20):28–37.
207. Törnvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *J Clin Nurs.* 2008;17(16):2116–24.
208. Gastaldo D, Meyer DE. A formacao da enfermeira: enfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev Bras Enferm.* 1989;3/4(42):7–17.
209. Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras?: una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enferm Clín.* 2006;16(5):268–74.
210. Villa E A, Miranda MM. A cultura institucional como determinante da prática educacional do enfermeiro. *Tex Context Enferm.* 2000;9(3):115–32.

211. López-Cortacans G. Propuesta de mejora para la sostenibilidad del sistema sanitario público desde el marco competencial enfermero. *Enferm Clín*. 2015;25(3):149–50.
212. Törnvall E, Wilhelmsson S, Wahren LK. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(3):310–7.
213. Guzmán Fernández MÁ. Pérdida de poder de las direcciones de enfermería de Atención Primaria. *Enferm Clín*. 2011;21(4):187–8.
214. Albar MJ, Sivianes-Fernández M. Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado. *Enferm Clín*. 2016;26(3):194–8.
215. Dos Santos JE, Rei Marques L, Fortes Assis, LC, Becerra Alves T, Fernández de Freitas G, Oguisso T. Prejuicios en enfermería: percepción de enfermeros formados en diferentes décadas. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;1(44):166–73.
216. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*. 2005;5(1):86–95.
217. Campos Rico A. Acerca de la enfermería en la atención especializada: como diría Linda Carpenito. *Enferm Clín*. 2005;15(2):119.
218. Elizalde AC, Almeida MA. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(4):564–74.
219. Brito P. El camino hacia la identidad enfermera. *Metas Enferm*. 2007;2(10):51–4.
220. Lima-Serrano M, Gómez-Salgado J, Camacho-Bejarano R, Rodríguez-Gómez S, Padín-López S. Una Enfermería que crece, sigamos construyendo el camino. *Enferm Clín*. 2017;27(1):1–2.
221. Rodríguez Bestilleiro AM, Ángeles Ferrer Pardavila M. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enferm Clín*. 2002;12(6):255–61.
222. Puga Mira MJ. Planes de cuidados con ayuda de un programa informático: experiencia de veinte meses. *Rev Enferm Nefro*. 2001;(13):6–10.
223. Schon DA. La Formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Paidós;1992.

10. ANEXOS

**ANEXO I: LISTADO Y DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA DEL PROGRAMA GACELA**



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

**Complexo Hospitalario Universitario
A Coruña**

**DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

**COMPLEXO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO A CORUÑA**

GACELA

NECESIDAD: RESPIRAR

LIMPIEZA INEFICAZ DE VIA AEREA (P10001)

Estado en el cual, el individuo es incapaz de eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener la permeabilidad de la vía aérea.

RIESGO DE LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA (P10002)

PATRON DE RESPIRACION INEFICAZ (P10003)

Estado en el cual, la inspiración y/o la expiración del individuo no permiten una ventilación adecuada.

RIESGO DE PATRÓN DE RESPIRACIÓN INEFICAZ (P10004)

RIESGO DE ASPIRACION (P10005)

Estado en el cual, el individuo corre el riesgo de entrada de secreciones y/o alimentos en las vías traqueo- bronquiales.

NECESIDAD: COMER Y BEBER

BAJO APORTE DE NUTRIENTES (P20001)

Estado en el cual, el aporte de nutrientes de un individuo es insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

RIESGO DE BAJO APORTE DE NUTRIENTES (P20002)

APORTE EXCESIVO DE NUTRIENTES (P20003)

Estado en el cual, el individuo realiza una ingestión de nutrientes superior a sus necesidades metabólicas.

RIESGO DE APORTE EXCESIVO DE NUTRIENTES (P20004)

EXCESO DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (P20005)

Estado en el cual, el individuo presenta un exceso de líquidos corporales.

RIESGO DE EXCESO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS (P20006)

DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (P20007)

Estado en el cual, el individuo experimenta una disminución en los líquidos corporales que conduce a un aumento de la concentración osmótica en el medio interno.

RIESGO DE DÉFICIT DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS (P20008)

DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACION (P20009)

Estado en el cual, el individuo sufre de manera temporal, progresiva o permanente, una alteración en su capacidad de iniciar, realizar o finalizar la actividad funcional de alimentarse.

RIESGO DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN (P20010)**DIFICULTAD EN LA DEGLUCION (P20011)**

Estado en el cual, el individuo tiene disminuida la capacidad de pasar voluntariamente líquidos y/o sólidos de la boca al estómago.

RIESGO DE DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN (P20012)

| |
|----------------------------|
| NECESIDAD: ELIMINAR |
|----------------------------|

ESTREÑIMIENTO (P30001)

Estado en el cual, el individuo sufre un cambio en los hábitos intestinales normales que se caracteriza por tránsito intestinal lento, disminución de la frecuencia de evacuación, eliminación de heces duras y secas o ausencia de deposiciones.

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (P30002)**DIARREA (P30003)**

Estado en el cual, el individuo sufre un cambio en los hábitos intestinales normales, que se caracteriza por una eliminación frecuente de heces, líquidas, blandas, sin forma.

RIESGO DE DIARREA (P30004)**RETENCION URINARIA (P30005)**

Estado en el cual, el individuo sufre un vaciado incompleto de la vejiga. Puede experimentar incontinencia por rebosamiento o inhibición completa del vaciamiento (imposibilidad de orinar).

RIESGO DE RETENCIÓN URINARIA (P30006)**INCONTINENCIA URINARIA (P30007)**

Estado en el cual, el individuo experimenta una emisión involuntaria de orina.

RIESGO DE INCONTINENCIA URINARIA (P30008)**INCONTINENCIA FECAL (P30009)**

Estado en el cual, el individuo experimenta una eliminación involuntaria e impredecible de heces.

RIESGO DE INCONTINENCIA FECAL (P30010)

DEFICIT DE AUTOCUIDADO: EVACUACION-ASEO (P30011)

Estado en el cual, el individuo sufre de manera temporal, progresiva o permanente, una alteración en su capacidad de iniciar, realizar o finalizar la actividad funcional de evacuación-aseo.

RIESGO DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: EVACUACIÓN – ASEO (P30012)

| |
|--|
| NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA |
|--|

INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (P40001)

Estado en el cual, el individuo no tiene la suficiente energía fisiológica o psicológica para realizar las actividades de la vida diaria requeridas o para tolerar un aumento de la actividad.

RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (P40002)

AFECTACION DE LA MOVILIDAD FISICA (P40005)

Estado en el cual, el individuo experimenta una limitación del movimiento físico intencionado/independencia.

RIESGO DE AFECTACIÓN DE LA MOVILIDAD FÍSICA (P40006)

CANSANCIO (P40003)

Estado subjetivo en el cual, el individuo experimenta una sensación mantenida y abrumadora de agotamiento y una disminución en la capacidad para el trabajo físico y/o mental que no se alivia con el descanso.

RIESGO DE CANSANCIO (P40004)

| |
|--------------------------------------|
| NECESIDAD: DORMIR Y DESCANSAR |
|--------------------------------------|

PERTURBACION DEL SUEÑO (P50001)

Estado en el cual, el individuo experimenta interrupción o un cambio en el tiempo de sueño que ocasiona malestar, disconfort o interfiere con el estilo de vida deseado.

RIESGO DE PERTURBACIÓN DEL SUEÑO (P50002)

NECESIDAD: VESTIRSE Y DESVESTIRSE**DEFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO-ARREGLO PERSONAL (P60001)**

Estado en el cual, el individuo sufre de una manera temporal, progresiva o permanente, una alteración en su capacidad de iniciar, realizar o finalizar la actividad funcional de vestido-acicalamiento.

RIESGO DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO – ARREGLO PERSONAL (P60002)**NECESIDAD: MANTENER LA TEMPERATURA ADECUADA****HIPERTERMIA (P70001)**

Estado en el cual, la temperatura corporal del individuo se sitúa de forma mantenida por encima de los valores normales.

RIESGO DE HIPERTERMIA (P70002)**HIPOTERMIA (P70003)**

Estado en el cual, la temperatura corporal de un individuo se sitúa de forma mantenida por debajo de los valores normales.

RIESGO DE HIPOTERMIA (P70004)**RIESGO DE ALTERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL (P70005)**

Estado en el cual, el individuo está en riesgo de fracasar en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

NECESIDAD: ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEJA LOS TEGUMENTOS**AFECTACION DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL (P80001)**

Estado en el cual, la piel de un individuo sufre alteración o pérdida de solución de continuidad.

RIESGO DE AFECTACIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL (P80002)**ALTERACION DE LA MUCOSA ORAL (P80003)**

Estado en el cual, el individuo sufre lesiones en las capas tisulares de la cavidad bucal.

RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA MUCOSA ORAL (P80004)**DEFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO-HIGIENE (P80005)**

Estado en el cual, el individuo sufre de manera temporal, progresiva o permanente, una alteración en su capacidad de iniciar, realizar o finalizar la actividad funcional de baño-higiene.

RIESGO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO – HIGIENE (P80006)

| |
|-----------------------------------|
| NECESIDAD: EVITAR PELIGROS |
|-----------------------------------|

RIESGO DE TRAUMATISMO (P90001)

Estado en el cual, el individuo corre un riesgo acentuado de lesión tisular accidental a causas de factores internos o externos.

TEMOR (P90002)

Estado en el cual, el individuo sufre una sensación vaga de incomodidad, sentimientos de opresión, espanto, terror, cuyo origen suele ser una fuente reconocible y válida que la persona percibe como peligrosa.

RIESGO DE TEMOR (P90003)

DOLOR (P90004)

Estado en el cual, el individuo sufre y expresa a través de indicadores verbales y/o no verbales la existencia de una sensación desagradable y aflictiva, malestar más o menos intenso en respuestas a un estímulo interno o externo y que puede durar desde 1 segundo hasta 6 meses, pudiendo ser persistente, continuo o intermitente.

RIESGO DE DOLOR (P90005)

ANSIEDAD (P90006)

Estado en el cual, el individuo experimenta sensaciones vagas, desasosegantes e indefinidas de inquietud (aprensión), incomodidad, temor, tensión y activación del sistema nervioso autónomo causado por una amenaza a la seguridad personal. Con frecuencia el origen o la fuente es inespecífica o desconocida para la persona.

RIESGO DE ANSIEDAD (P90007)

MANEJO INEFICAZ DEL REGIMEN TERAPEUTICO (P90010)

Estado en el cual, el individuo tiene un patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de las secuelas de la misma que resulta insatisfactoria para cubrir objetivos sanitarios específicos.

RIESGO DE MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO (P90011)

RIESGO DE INFECCIÓN (P90012)

Estado en el cual, el individuo es susceptible de ser invadido por un agente oportunista u organismo patógeno de origen externo.

RIESGO DE VIOLENCIA AUTO-HETERODIRIGIDA (P90015)

Estado en el cual, el individuo experimenta predisposición a efectuar actos violentos o destructivos, una conducta que puede ser físicamente dañina tanto para sí mismo como para los demás.

RESPUESTA POST-TRAUMÁTICA (P90016)

Estado en el cual, el individuo experimenta una respuesta dolorosa persistente debido a un suceso traumático abrumador.

RIESGO DE RESPUESTA POST – TRAUMÁTICA (P90017)**TENSION EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR (P90018)**

Situación en la cual, el cuidador percibe tener dificultad para desempeñar su papel en la familia.

RIESGO DE TENSIÓN EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR (P90019)**NECESIDAD: COMUNICAR****TRASTORNO DE LA COMUNICACION VERBAL (P10.01)**

Estado en el cual, el individuo experimenta una disminución o ausencia de la capacidad para realizar la fonación, hablar o comprender el significado de las palabras, pero puede entender a los demás.

RIESGO DE TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (P10.02)**ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS. (ESPECIFICAR) (P10.03)**

Estado en el cual, el individuo experimenta un cambio en la cantidad o en el tipo de estímulos recibidos acompañado de una disminución, exageración, distorsión o deterioro de la respuesta a dichos estímulos.

RIESGO DE ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS. (ESPECIFICAR) (P10.04)**AISLAMIENTO SOCIAL (P10.05)**

Estado en el cual, el individuo experimenta una situación de soledad que percibe como impuesta por otras personas y como negativa o amenazante.

RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL (P10.06)**ALTERACION DE LOS PROCESOS FAMILIARES (P10.07)**

Estado en el cual, la familia que normalmente funciona de forma efectiva, experimenta un factor de estrés que causa disfunción.

RIESGO DE ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES (P10.08)

ALTERACION DE LOS PATRONES DE SEXUALIDAD (P10.09)

Estado en el cual, el individuo expresa preocupación sobre su sexualidad.

RIESGO DE ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE SEXUALIDAD (P10.10)

NECESIDAD: ACTUAR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (P11001)

Estado en el cual, el individuo experimenta perturbación en sus creencias religiosas o su sistema de valores que constituyen su fuente de fuerza, esperanza y significación para la vida.

RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (P11002)

DUELO (P11003)

Estado en el cual, el individuo o el grupo experimenta una pérdida real o percibida, (persona, objeto, función, estatus, relaciones).

RIESGO DE DUELO (P11004)

NECESIDAD: OCUPARSE PARA REALIZARSE

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (P12001)

Estado en el cual, el individuo, tiene sentimientos negativos sobre sí mismo, como respuesta a un suceso.

RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (P12002)

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (P12003)

Estado en el cual, el individuo tiene una percepción negativa y/o distorsionada de su propia imagen corporal.

RIESGO DE TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (P12004)

ALTERACIONES DEL DESEMPEÑO DEL ROL (P12005)

Estado en el cual, el individuo experimenta un cambio, conflicto o negación de sus responsabilidades o incapacidad para llevarlas a cabo.

RIESGO DE ALTERACIONES DEL DESEMPEÑO DEL ROL (P12006)

AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ (P12007)

Estado en el cual, el individuo tiene alteradas las conductas de adaptación y su capacidad de resolver problemas para satisfacer las demandas y roles de la vida.

RIESGO DE AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ (P12008)

ALTERACION DE LA FUNCION PARENTAL (P12009)

Estado en el cual, la/s figura/s responsables de la crianza y educación de un niño experimentan una incapacidad para proporcionar un entorno constructivo que promueva el crecimiento y desarrollo del mismo.

RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN PARENTAL (P12010)

| |
|-----------------------------|
| NECESIDAD: RECREARSE |
|-----------------------------|

DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (P13001)

Estado en el cual, el individuo experimenta desgana o incapacidad para participar en actividades lúdicas o de ocio.

RIESGO DE DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (P13002)

| |
|----------------------------|
| NECESIDAD: APRENDER |
|----------------------------|

DEFICIT DE CONOCIMIENTOS (P14001)

Estado en el cual, el individuo carece de conocimientos o destrezas específicas que afectan su capacidad para mantener la salud.

RIESGO DE DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS (P14002)**ALTERACION DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO (P14003)**

Estado en el cual, el individuo experimenta una interrupción o trastorno de los procesos mentales: percepción, orientación con respecto a la realidad, memoria, razonamiento, juicio, etc.

RIESGO DE ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO (P14004)

ANEXO II: GUÍA DE LAS ENTREVISTAS

Entrevista del año 2004

- Cuando la dirección de enfermería decidió implantar el programa informático GACELA en su unidad, ¿cómo lo vivió o percibió?
- ¿Cuándo se empezó a trabajar con el PAE? ¿Le dieron cursos de formación?
- El hospital decidió adoptar el modelo de Virginia Henderson como filosofía de cuidados. ¿Lo conocía?, ¿le dieron cursos de formación?
- Su concepción o definición de salud (independencia), persona (receptora de cuidados), cuidados de enfermería y entorno, ¿cree que se han modificado?, ¿cómo los expresaría?
- ¿Cree que su práctica asistencial se ha modificado con la implantación del GACELA y la adopción del modelo de Virginia Henderson?
- ¿Cómo se ha modificado su práctica y cómo describiría los cambios que ha experimentado?

Entrevista del año 2016

- Cuando la dirección de enfermería decidió implantar el programa informático GACELA en tu unidad, ¿cómo lo viviste o percibiste?
- ¿Crees que tu práctica asistencial se ha modificado después de implantar el programa informático GACELA desde la orientación filosófica de Virginia Henderson?
- ¿Crees que la adopción del modelo de Virginia Henderson, por parte de la institución, ha supuesto cambios en tus ideas, opiniones o percepciones sobre tu actividad profesional?
- ¿Cómo se ha modificado tu práctica y cómo describirías los cambios que has experimentado?
- ¿Crees que las expectativas que tenías se han conseguido?
- Si pudieses realizar algún cambio ahora en tu práctica, ¿qué te gustaría modificar?
- Nota: (Sólo para los participantes en el año 2004). Si preguntaban sobre los resultados de la anualidad 2004, se valoraba si habían experimentaron cambios.

ANEXO III: CRONOGRAMA DEL PROCESO DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

| Actividad | 2004 | | | | | 2016 | | | | | |
|--------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep |
| Selección del objetivo general | | | | | | | | | | | |
| Preparación guía entrevista | | | | | | | | | | | |
| Realización entrevistas (Nº) | 15 | | | | | 4 | | | 8 | | |
| Selección unidades de análisis | | | | | | | | | | | |
| Redefinición del objetivo | | | | | | | | | | | |
| Análisis de los datos | | | | | | | | | | | |

Tabla 4 Cronograma del proceso de recogida y análisis de los datos.

ANEXO IV: HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIO

HOJA DE INFORMACIÓN AL/LA PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Cambios en la asistencial tras la adopción do Modelo de Virginia Henderson.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Rosa M^a Pita-Vizoso.

Este documento tiene por objeto ofrecer información sobre un estudio de investigación en el que se le invitó a participar.

Este estudio se está realizando en la Escola Universitaria de Enfermería A Coruña, y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Nuestra intención es que usted reciba información personalizada del investigador, lea este documento y haga todas las preguntas que considere necesarias, para valorar si quiere o no participar en el estudio. Además, puede llevar este documento y consultar con otras personas para decidir si participar o no. La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Usted puede decidir no participar, o cambiar de opinión y retirar su consentimiento en cualquier momento.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito del estudio es comprender los cambios experimentados por el personal de enfermería en su práctica asistencial después de la adopción del modelo de Virginia Henderson.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Las personas invitadas a participar en el estudio serán enfermeras y enfermeros del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña que manifiesten utilizar o haber adoptado en la práctica asistencial el Modelo de Virginia Henderson.

Antes de la selección de los participantes, se celebraron sesiones de información en las unidades de enfermería, explicando el propósito del estudio e informándoles que podrían ser seleccionadas.

El número de enfermeras que participan depende de la cantidad de entrevistas y grupos de discusión necesarios para conseguir la saturación de los datos (no se recoge nueva información) Creemos, a priori, que serán necesarias 15 entrevistas individuales y seis a ocho grupos (6 a 8 personas).

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consistirá en hacer una entrevista o ser integrante de un grupo de discusión.

La entrevista es individual y tendrá una duración de aproximadamente 60 a 90 minutos, el contenido será grabado, con el permiso de la persona entrevistada, para la posterior transcripción y el análisis. Se llevará a cabo en un lugar acordado entre el investigador y el entrevistado.

Los grupos de discusión se desarrollarán principalmente en la Escuela de Enfermería de A Coruña, en ellos, las enfermeras conversarán y debatirán entre sí para expresar su percepción de la realidad. Las conversaciones serán grabadas, con el permiso de los participantes, para la transcripción y el análisis posterior. Tendrá una duración aproximada de dos horas.

La investigadora puede decidir terminar el estudio antes de lo previsto o suspender su participación por la aparición de nueva información relevante o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

La participación en el estudio implica un de tiempo para la realización de la entrevista o la participación en grupos de discusión, pero no supone ningún riesgo para usted

¿Obtendré algún beneficio por participar?

Su participación no implica ningún beneficio personal, sin embargo, su contribución permitirá comprender la repercusión en la práctica asistencial de un modelo de enfermería.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted lo manifiesta, se le facilitará un resumen de los resultados y conclusiones.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados serán difundidos en publicaciones científicas. En cualquier caso, siempre serán resultados agregados que no permiten la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Ud. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos, solicitándolo a la investigadora

Solamente el equipo investigador que tiene el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos para el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio de modo codificado, quiere decir que poseen un código que solo la investigadora principal podrá conocer a quien pertenece.

La responsable de la custodia de los datos es la investigadora principal, Rosa Pita- Vizoso. Al terminar el estudio los datos serán anonimizados (destruyendo en fichero de código/identidad), es decir no podrán ser identificados ni siquiera por el equipo investigador. La investigadora se compromete a destruir las grabaciones una vez finalizado el estudio.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

La investigadora no recibirá ninguna remuneración por la dedicación al estudio y usted no será retribuido por participar.

¿Quién me puede dar más información?

Para cualquier aclaración puede contactar con el investigador principal:

Rosa María Pita-Vizoso en el teléfono 981 167 000 (Ext. 5822).

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO V: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Cambios en la práctica asistencial tras la adopción del Modelo de Virginia Henderson.

Yo,.....

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Rosa M. ^a Pita Vizoso y hacer todas las preguntas necesarias para comprender las condiciones del estudio, considero que recibí suficiente información.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos, así como, a la custodia y destrucción de las grabaciones detalladas en la hoja de información al participante,

- NO accedo que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio.
- Accedo a que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.
- Accedo a que la investigadora custodie las grabaciones y las destruya una vez finalizado el estudio.
- Accedo a que la investigadora custodie las grabaciones durante el período del estudio y realice la destrucción en mi presencia una vez terminado el estudio.

En cuanto a los resultados,

- DESEO conocer los resultados del estudio.
- NO DESEO conocer los resultados del estudio.

Asdo.: El/la participante,

Asdo.: Rosa M^a Pita-Vizoso

Fecha:

Fecha:

**ANEXO VI: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
DE A CORUÑA-FERROL**



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE A CORUÑA-FERROL

Carlos Rodríguez Moreno, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 1/20/2016 el estudio:

Título: Cambios na practica asistencial tras a adopción do modelo de Virginia Henderson

Promotor: Rosa M^a Pita Vizoso

Tipo de estudio: Outros

Version:

Código del Promotor:

Código de Registro: 2015/704

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, y el la Circular nº 07 / 2004, investigaciones clínicas con productos sanitarios.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité.

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio por el/la **investigador/a del centro:**

| Centros | Investigadores Principales |
|--|---------------------------------|
| Escola Universitaria de Enfermería de A Coruña | Rosa M ^a Pita Vizoso |

* Solicitamos que, en el apartado de confidencialidad de la Hoja de Información al Participante (HIP), incluya un párrafo donde se recuerda el derecho de los participantes a ejercer los derechos ARCO: *"En todo momento, Ud. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos, solicitándolo ante el investigador"*.



Y hace constar que:

1. El Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol cumple los requisitos legales vigentes (R.D 223/2004 de ensayos clínicos, y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica).
2. El Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol tanto en su composición como en sus PNTs cumple las Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95).
3. La composición actual del Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol es:

Salvador Pita Fernández (Presidente). Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Gestión Integrada A Coruña.

Lucía Fuster Sanjurjo (Vicepresidenta). Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Área de Gestión Integrada Ferrol

Carlos Rodríguez Moreno (Secretario). Médico especialista en Farmacología Clínica. Área de Gestión Integrada Santiago

Natalia Cal Purriños (Vicesecretaria). Licenciada en derecho. Fundación "Profesor Nóvoa Santos". A Coruña

Juana M^a Cruz del Río. Trabajadora social. Consellería de Sanidad

Begoña Graña Suárez. Médica especialista en Oncología Médica. Área de Gestión Integrada A Coruña

Angel Lopez-Silvarrey Varela. Médico especialista en Pediatría. Área de Gestión Integrada A Coruña

Alejandro Pazos Sierra. Médico. Universidad de A Coruña

Gonzalo Peña Pérez. Médico especialista en Cardiología. Hospital de San Rafael. A Coruña

José M^a Rumbo Prieto. Diplomado en enfermería. Área de Gestión Integrada Ferrol

María Isabel Sastre Gervás. Farmacéutica Atención Primaria. Área de Gestión Integrada A Coruña

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor / investigador, en Santiago de Compostela,

El secretario

