

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA

de la Fundació " La Caixa "

INTEGRACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON Y DEL P.A.E., SUS INFLUENCIAS EN LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL.

AUTORES: ASUNCIÓN MORA REBERTÉ

NÚRIA PUJOL ENJUANES

R. 10.591



A nuestras hijas,

Ana y Marina

y a nuestros esposos.

TRABAJO DIRIGIDO POR: SR. ESTEVE PONT

Comisión evaluadora

M. Teixidor	Presidenta
E. Pont	Secretario
C Ferrer	Vocal
F.Ferrer	Vocal
J. Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 15 Julio de 1998

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos muy especialmente a la Sra. Montserrat Teixidor, Directora de la Escuela universitaria de enfermería Sta. Madrona por su disponibilidad y guía en nuestro proyecto.

Igualmente queremos expresar nuestra gratitud al Sr. Esteve Pont, tutor de nuestro proyecto, al igual que al Sr. Pepe Tejada tutor de la parte estadística y a la Sra. Angeles Canal bibliotecaria de la E.U.E. Sta. Madrona.

Sin su colaboración y ayuda no habría sido posible llevar a cabo nuestro proyecto de investigación.

INDICE

1. JUSTIFICACION	6
2. OBJETIVOS	11
3. MARCO TEORICO	12
3.1. MODELOS CONCEPTUALES.....	13
3.2. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	25
3.3. PROCESO DE ENFERMERIA	36
3.3.1. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA	41
3.3.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	44
3.3.3. FORMULACION DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ..	48
3.3.4. LISTADO DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA) ..	49
3.4. PROCESO DE CAMBIO	55
3.4.1. ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO	58
3.4.2. RESISTENCIAS AL CAMBIO	59
3.5. SATISFACCION PROFESIONAL	65
4. MARCO APLICADO	73
4.1. HIPOTESIS Y VARIABLES	74
4.2. POBLACION Y MUESTRA	76
4.3. INSTRUMENTOS	77
4.4. DESARROLLO	78
4.5. RESULTADOS	79
4.5.1. ANALISIS DESCRIPTIVO	79
4.5.2. ANALISIS INFERENCIAL	95
4.5.3. SINTESIS DE CARACTERIZACION DE LA MUESTRA ..	111
4.6. VALORACION RESULTADOS Y CONCLUSIONES	115
4.7. PROPUESTAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	118
5. BIBLIOGRAFIA	120

1-JUSTIFICACION

JUSTIFICACION

Como enfermeras creemos importante el reconocimiento de nuestra identidad profesional. Ya que la profesión de enfermería posee un cuerpo propio de conocimientos.

En este estudio queremos afirmar la importancia del rol autónomo de la enfermera que desarrolla a parte del de colaboración y el de vigilancia. Este rol autónomo la enfermera lo utiliza de forma mental y casi nunca queda registrado en el curso de enfermería, por esta razón, será necesario un cambio en la cultura de enfermería.

Deberán integrarse los modelos conceptuales para poder tener un concepto claro de los cuidados de enfermería y poder utilizar como instrumento el proceso de atención de enfermería.

El Modelo nos dice como deben ser los cuidados de enfermería y el Proceso de Enfermería nos describe como tenemos que organizarnos.

En este trabajo pretendemos valorar centros con diferente metodología de trabajo y su relación con su satisfacción profesional. Este estudio nos permitirá elaborar una estrategia de cambio con el objetivo de implementar el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo conceptual de V. Henderson en nuestro centro.

En la actualidad la enfermería de nuestro centro ha estado trabajando sin basarse plenamente en ningún modelo conceptual, cosa que no ha facilitado la obtención de una visión global del paciente-cliente ni tampoco poder desarrollar plenamente los tres roles de la profesión.

Nosotras creemos que el grado de satisfacción profesional aumentaría con la introducción del Proceso de Atención de Enfermería basado en un Modelo Conceptual. Permittiéndonos así la elaboración de los diagnósticos de enfermería potenciando el rol autónomo profesional.

El Modelo Conceptual que hemos escogido es el de Virginia Henderson. Este modelo, basado en la filosofía humanista, nos permite contemplar al ser humano individualmente y en toda su globalidad, priorizando las necesidades

y dirigiendo los cuidados de enfermería para conseguir la independencia de éste. Resulta ser el más claro al utilizar un lenguaje común sin muchos tecnicismos lo que permite una mayor posibilidad de adaptación a la práctica, parecer ser el modelo de referencia más utilizado en el ámbito hospitalario dentro de nuestra área de influencia(Hospital Granollers, Hospital Mollet, A.B.S. Sant Celoni,)

La elección de este modelo supone una serie de ventajas e inconvenientes. (M^aL. Fernandez Fernandez, et alt, 1998)

Ventajas: - Permite tener una visión global del individuo como ser único

- Facilita la identificación de los problemas de salud de los usuarios.
- Mejora la organización del trabajo
- Unifica criterios por parte de los profesionales
- Permite la identificación de la función profesional propia
- Mejora de la calidad de los cuidados
- Aumento del nivel de la satisfacción personal
- Mejor relación personal con el usuario

Inconvenientes:- Falta de tiempo para operativizarlos

- Falta de continuidad en la formación
- Falta de conocimientos de los profesionales sobre el modelo
- Ausencia de consenso en el colectivo profesional

Ante estos inconvenientes, pensamos que podrían ser superados con una adecuada planificación estratégica del proceso de cambio.

Otro motivo por el que hemos escogido este modelo por ser el que mejor se adapta a la línea marcada por la filosofía del departamento de enfermería de nuestro hospital, cuyos principios generales se basan en:

-Ofrecer una calidad adecuada a las atenciones de enfermería para cubrir las necesidades de la persona que en el proceso salud-enfermedad, se encuentra en situación de no poder realizar por si solo las actividades necesarias para cubrir las necesidades básicas-físicas, sociales, emocionales y espirituales. Mejorar la salud, recuperarse de la enfermedad, evitar la aparición de nuevos problemas y ofrecer una muerte digna

- Trabajar mediante el proceso de atención de enfermería.

- Realizar el rol autónomo de enfermería y el rol delegado.

2-OBJETIVOS

OBJETIVOS

- Saber el nivel de conocimientos teóricos y su aplicación en la práctica del Modelo Conceptual de Virginia Henderson por parte del personal de enfermería.
- Conocer el nivel de satisfacción profesional del personal de enfermería de otros centros parecidos al nuestro que trabajen o no siguiendo un Modelo Conceptual.
- Elaborar una estrategia de cambio en la metodología de trabajo en nuestro centro.

OBJETIVOS A LARGO PLAZO

- Implementar el Proceso de Atención de Enfermería siguiendo el Modelo Conceptual de Virginia Henderson en todos los servicios del Hospital de Sant Celoni.

3-MARCO TEORICO

3.1. - Modelos Conceptuales. Definición.

La enfermería se considera una profesión, al poseer una base científica y unos conocimientos teóricos que le son propios; esto le distingue de un oficio u ocupación.

La profesión de enfermería realiza una función social en su práctica asistencial, ofreciendo cuidados integrales e individuales a la persona, a la familia y a la comunidad.

Según M. Teixidor (1991) “ La denominación profesional se otorga a aquellas personas que habiendo alcanzado un elevado grado de preparación, competencia y especialización, ofrecen un servicio al público, a una clientela. Así mismo, esta denominación confiere a las personas a las que es atribuida autoridad y reconocimiento social.”

La profesión de enfermería cumple unos requisitos mínimos para considerarla como tal, según Hayle (1980) estos requisitos para considerar una profesión son:

- 1- Una profesión es una ocupación que desempeña una función social.
- 2- Su ejercicio requiere un considerable grado de habilidad.
- 3- Esta habilidad es ejercitada en situaciones que no son rutinarias, en cada ocasión se han de abordar problemas nuevos en nuevas situaciones.
- 4- Necesidad de un cuerpo sistemático de conocimientos que no se adquieren a través de la experiencia.
- 5- La adquisición de este cuerpo de conocimientos y el desarrollo de las habilidades requieren un prolongado período de enseñanza superior.
- 6- El periodo de formación y entrenamiento implica también la socialización de los candidatos en los valores y la cultura de la profesión.
- 7- Estos valores tienden a centrarse en el interés del cliente y, a veces, se hacen públicos en un código ético.

- 8- Es esencial que el profesional tenga libertad para poder juzgar y decidir en cada momento.
- 9- Los integrantes de la profesión se organizan como un grupo frente a los poderes públicos.
- 10-La duración de la formación profesional, su responsabilidad y la dedicación al cliente se recompensan con un alto prestigio social y una elevada remuneración.

Las enfermeras desde hace unos años elaboran teorías y filosofías de los cuidados de enfermería reconociendo la necesidad de tener un marco conceptual que dirija sus acciones en su práctica habitual y que les permita el reconocimiento de su identidad profesional. Creándose así, distintos modelos conceptuales que sirvan de guía para la práctica, la formación, la investigación y la gestión de los cuidados de enfermería.

Los modelos conceptuales nos sirven de instrumento de unión entre la teoría y la práctica. Permiten clarificar nuestras ideas sobre los elementos de una situación práctica y relacionarlos entre sí. Ayudando a la comunicación entre los profesionales de enfermería. (JMc Farlane,86).

E.Adam, (1975) consideró que el modelo conceptual “ es el punto de partida conceptual” para la enseñanza, investigación o cuidado de enfermería. Afirma que” un modelo indica la meta de nuestra profesión, una meta ideal y limitada porque nos da instrucciones para la practica, educación e investigación de enfermería “. La enfermera utiliza una gran cantidad de conocimientos científicos así como su experiencia, intuición y creatividad. Al hacer uso de estos conocimientos se guía por su modelo conceptual que es su imagen mental de la Enfermería. A. Marriner.(1989).

R. Poletti (1980) nos define Modelo como: “ Ilustración simbólica, expresado en términos lógicos, de una situación relativamente simple, que demuestra la estructura del sistema original”

Riopelle (1993) considera que un modelo es: "Una representación conceptual de la realidad. No se puede concebir una profesión sin una base conceptual sobre la que se apoye la acción. No se pueden utilizar los diagnósticos de enfermería si no se dispone de un concepto definido de nuestra disciplina. El modelo conceptual y los diagnósticos de enfermería deben articularse, partiendo de la base de que el modelo proporciona las directrices para la práctica y los diagnósticos una manera de identificar los problemas de las personas y las causas presentes en la situación."

M. Phaneuf (1993) considera que un modelo conceptual "es un conjunto de conceptos, o una imagen mental, que permite la representación de la realidad. El modelo conceptual es; una dimensión esencial de las bases en que se apoya el ejercicio de enfermería, cualquiera que sea su campo de actividad (investigación, gestión, enseñanza o asistencia) y a todos los niveles de intervención. El marco conceptual vincula los postulados y los valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los cuidados. Estos postulados y estos valores constituyen, el cómo y el por qué de la profesión de enfermería."

Deberíamos destacar las aportaciones realizadas por F. Nightingale quién reconoció la necesidad de mezclar las actividades intelectuales y las prácticas. Siendo necesario el desarrollo simultáneo de un nivel teórico en el que se base su práctica, ya que en aquellos momentos primaba el nivel técnico. (Nightingale 1859).

Consideramos Nightingale como una guía en la práctica, en la formación y la gestión de los cuidados enfermeros durante varias generaciones (Kérouac et al, 1994).

Fawcett (1984) cree necesario definir los conceptos: persona, salud, cuidados y entorno de las diferentes disciplinas enfermeras.

La relación entre estos conceptos, permite que diversos autores hayan definido los distintos modelos conceptuales. (Kérouac, 1996).

Riopelle (1993) para explicar la naturaleza de los cuidados de enfermería cita a Fawcett quién también identifica los cuatro conceptos. Después de haber analizado los modelos conceptuales afirma que son el núcleo más lógico para desarrollar las teorías en cuidados de enfermería.

Según las bases filosóficas y científicas podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en diferentes escuelas; ofreciendo éstas sus visiones sobre los conceptos del cuidado, la persona, la salud y el entorno. Todas ellas han elaborado guías para la práctica, la formación, la investigación y la gestión en las ciencias enfermeras. (Kérouac et al, 1996).

Según el libro de Kérouac et al (1996); El Pensamiento Enfermero, nos define las seis escuelas siguientes:

- Escuela de las Necesidades
- Escuela de la Intervención
- Escuela de los Efectos Deseables
- Escuela de la Promoción de la salud
- Escuela del Ser humano Unitario
- Escuela del Caring

ESCUELA DE LAS NECESIDADES

Los modelos de la escuela de las necesidades están centrados en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales como define Virginia Henderson(1964) o bien como indica Orem(1991) en la capacidad de llevar a cabo sus autocuidados.

Las enfermeras reemplazan a la persona que; durante un tiempo no puede realizar por si mismo actividades relacionadas con su salud y ayudan a recuperar su independencia en la satisfacción de las necesidades o en la realización de sus autocuidados.

Distintos autores han influenciado a esta escuela, Maslow (1989) en la jerarquía de las necesidades; y Erikson en las etapas del desarrollo.

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson y Dorothea Orem.

Henderson define el modelo de independencia en la satisfacción de las necesidades. D. Orem desarrolla el modelo del autocuidado.

Vamos a definir los conceptos cuidado, persona, salud y entorno según el modelo de V. Henderson(1964).

CUIDADO: Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

PERSONA: Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

SALUD: Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales.

ENTORNO: Factores externos que actúan de forma positiva o negativa.

Henderson presenta como elementos clave de su modelo la integridad, la dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades y las necesidades fundamentales y necesidades específicas.

Según Orem(1991) el autocuidado es una acción adquirida, es decir que es una acción aprendida por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia la acción de manera voluntaria, para mantener su vida, su salud y su bienestar.

Para comprometerse en el autocuidado son necesarios aptitudes que dependen de sus capacidades activas, de su edad, de la etapa del desarrollo, del estado de salud, de la experiencia de los recursos, de los intereses y motivaciones.

Orem define los conceptos de:

CUIDADO: Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.

PERSONA: Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.

SALUD: Estado del ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.

ENTORNO: Todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidados.

Los factores clave de Orem son los autocuidados, el agente de autocuidados, el déficit de autocuidados y el sistema de cuidados enfermeros.

ESCUELA DE LA INTERACCION

Esta escuela apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Según Meleis(1991) "existe una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas."

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo.

En la escuela de la interacción, "el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda. Con el fin de poder ayudar a la persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse al cuidado."

La enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención.

Debe mantenerse la integridad de la persona, ésta es capaz de reconocer las necesidades. La enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona comprende su significado.

Una teorizadora de esta escuela es Hildegard Peplau(1952; 1988) la cual describe el proceso interpersonal.

Peplau define los conceptos de cuidados como:

CUIDADO: Relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución.

PERSONA: Sistema compuesto de características y de necesidades bioquímicas, físicas y psicológicas. Puesto el énfasis en las necesidades psicológicas.

SALUD: Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal.

ENTORNO: Grupo de personas significativas con quien la persona interactúa.

Destacan como puntos clave la necesidad de ayuda y la relación interpersonal terapéutica.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

Esta escuela considera el objetivo de los cuidados enfermeros como en restablecer el equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Meleis(1991).

Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

Son representantes de esta escuela Dorothy Johnson, Lidya Hali y Callista Roy.

Roy se basa en los principios filosóficos del humanismo (Roy 1988), este principio se inspiraba en Maslow"; las dimensiones subjetivas de la experiencia humana son esenciales para el conocimiento de la persona y su valoración."

Roy postula que "la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con su entorno cambiante.

La persona se adapta a los cambios o responde a los del entorno o responde a sus estímulos, sirviéndose de mecanismos de adaptación innatos o adquiridos, los cuales pueden ser biológicos, psicológicos y sociales.

Los estímulos del entorno son de tres ordenes: estímulo focal o aquel al que la persona hace frente inmediatamente, estímulo contextual o todos los que están presentes en una situación y estímulo residual o aquellos que tienen un efecto indeterminado en la situación."

Roy define los conceptos de cuidados:

CUIDADO: Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los conocimientos del cliente y los factores que influyen su adaptación en los cuatro modos, y intervenir modificando esto a factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.

PERSONA: Sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognitivos; ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación: m. fisiológico, m. "autoconcepto", m. "función según los roles" y m. "interdependencia".

SALUD: Estado y proceso de ser o de llegar a ser una persona integral y unificada. El estado-salud es la adaptación en cada uno de los cuatro modos. El proceso-salud es el esfuerzo constante por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.

ENTORNO: Todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamientos de las personas o grupos.

Los elementos clave son los mecanismos reguladores y cognitivos, los modos de adaptación y los estímulos focales, contextuales y residuales.

ESCUELA DE PROMOCION DE LA SALUD

Basado en el <<qué>> de los cuidados enfermeros, en la promoción de comportamientos de salud, como lograrlos y a quien van dirigidos los cuidados enfermeros.

Esta escuela amplía los cuidados a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Moyra Allen (1963) representa esta escuela, teorizadora canadiense elabora un modelo conocido como " Modelo Mc Gill " que se considera modelo conceptual y de intervención.

La profesión de enfermería se reconoce como un recurso primario de salud para las familias y la comunidad.

Según Gottlieb y Rowat (1978) y Krawith (1989), la relación entre enfermería y familia es de colaboración.

Esta escuela nos define así los siguientes conceptos:

CUIDADO: Ciencia que promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud.

PERSONA: Familia y participante activo de una familia o grupo social, capaz de aprender de sus experiencias.

SALUD: Proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo.

ENTORNO: Contexto social en el que se efectúa el aprendizaje.

Sus elementos clave son la promoción de la salud, el aprendizaje, la familia y la colaboración enfermera-cliente.

ESCUELA DEL SER UNITARIO

La escuela del ser unitario se desmarca de la concepción de la profesión de enfermería, orientándola hacia el mundo y hacia el paradigma de la transformación.

Martha Rogers (1970) propone que las enfermeras tengan una visión de la persona y de los cuidados enfermeros basados en teorías filosóficas; físicas y de la teoría general de los sistemas de Bertalanffy (1968).

Rogers inspira la idea la cual la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de la vida y no están opuestas ni divididas.

Kewman (1986), otro representante de esta escuela propone una teoría de la salud como la expansión de la conciencia. La salud es la realización continua de uno mismo como ser humano unitario y la enfermedad está integrada en la salud, forma parte del proceso de expansión de la conciencia, del cambio.

Rogers define:

CUIDADO: Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno; centrado en la integridad de los campos de energía.

PERSONA: Campo de energía unitario y pandimensional caracterizado por los patterns y comportamientos en que el todo no puede ser comprendido a partir del conocimiento de las partes.

SALUD: Valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida.

ENTORNO: Campo de energía pandimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo humano.

Sus elementos clave son: Campo de energía, patterns, pandimensionalidad y principios de homeodinámica.

ESCUELA DEL CARING

El concepto del caring ha sido el centro de varios escritos en la disciplina enfermera.

Según Leininger (1981) caring es la esencia de la disciplina; Benner y Wrubel (1989) define la práctica enfermera como la prioridad del caring, reemplazando el enfoque que comprende promoción, prevención y restauración de la salud.

Otro autor Watson (1985) propone que los enfermeros creen un caring que sea humanista y científico, que facilite, ayude y respete los valores, las creencias, la forma de vida y cultura de las personas. Esta teoría fue defendida por Leininger.

Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura. Watson (1985;1988)

Watson nos define:

CUIDADO: Arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía "cuerpo-alma-espíritu" utilizando diez factores de cuidados.

PERSONA: Forma viviente que crece y que comprende cuerpo, alma y espíritu.

SALUD: Unidad de armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu.

ENTORNO: Realidad interna y externa de la persona.

Los elementos clave que nos presenta esta escuela son: Caring, relación transpersonal y factores de cuidados.

Después de revisar las teorías de las diferentes escuelas, podríamos expresar que en el plan de cuidados queda siempre explícito el significado que tiene la palabra cuidar para las enfermeras. La elaboración de planes de cuidados es especialmente importante para unificar criterios y para el desarrollo de enfermería como profesión autónoma.

En nuestro proyecto de investigación hemos elegido basarnos en el modelo conceptual de Virginia Henderson. A continuación pasaremos a presentarlo con mayor profundidad.

3.2. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Antes de empezar a desarrollar el modelo conceptual de Virginia Henderson queremos destacar que en su preocupación por determinar la naturaleza de la profesión, recopiló sus ideas en la obra "The nature of Nursing" donde se extraen los conceptos básicos de su modelo, referidos a la persona, la salud, el rol profesional y el entorno.

Su obra guió el desarrollo de los modelos conceptuales en América del Norte del 1950 al 1975.

El Consejo Internacional de Enfermería(C.I.E.) y otros organismos internacionales adoptaron la definición que realizó V.Henderson, en los años 60, sobre la función de las enfermeras como profesionales. Fernandez et alt (1998).

V. Henderson se guió por la corriente filosófica de la integración o totalidad hombre/entorno, que se caracteriza por contemplar a la persona como un todo, compuesto por la suma de sus aspectos biopsico-sociales y espirituales en interacción continua con un entorno cambiante que influye sobre su salud y bienestar.

V. Henderson junto a: Nightingale, Abdellah, Hall; Orem, Adam, Leininger y Watson se adhiere a las corrientes humanistas, considerando a la enfermería como un arte y una ciencia. Marriner(1989).

V. Henderson nos ofrece unos aspectos humanistas en su modelo que los identificamos como fundamentales para el desarrollo de nuestra profesión, tales como:

-Unicidad de la persona.*

Concibe a la persona como un todo que presenta 14 necesidades comunes para cualquier ser humano sano o enfermo.

-Individualidad de la persona.

El modo de satisfacer las necesidades difiere de una persona a otra según su edad, sexo, etapa de desarrollo, situación de salud y sus hábitos personales y culturales, todo ello ligado con la herencia y con las diferentes experiencias que ha vivido a lo largo de la vida.

Estas características hacen del ser humano un individuo único.

- Significado que da a su vida, a su responsabilidad y libertad.

Es la posibilidad de hacer elecciones responsables, guiadas por los valores del propio individuo.

- Búsqueda de la actualización o desarrollo del potencial del individuo.

Según V. Henderson (1955) la función propia de la enfermera consiste en "atender al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o su restablecimiento (a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir ésta misión de forma que le ayude a ser independiente lo más rápidamente posible."

- Libertad de elección, responsabilidad ante su vida.

Posibilidad de hacer elecciones responsables guiadas por los valores del propio individuo.

Además de sus valores humanistas, creemos que su modelo y sus principios básicos nos servirán de guía ya que la atención de enfermería que ofrecemos en nuestro hospital se encuadra dentro las tendencias de suplencia, ayuda y autocuidado.

A continuación definiremos las bases de este modelo.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente. Sin embargo, para llegar a planificar los cuidados, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo. La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa, el pensamiento de esta enfermera.

Definición del rol de la enfermera según Virginia Henderson (1955):

“El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría es solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.”

En la obra de V.Henderson se identifican conceptos claves que nos permitan integrar su modelo conceptual, estos son los postulados, los valores y los elementos mayores.

Postulados

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicados de la siguiente manera:

Necesidad fundamental. Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia. Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza es mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia. No-satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia. Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación. Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Valores

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson. Si nos referimos al ejercicio de la profesión además del rol propio de la enfermera, debe añadirse su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Elementos mayores

Inspirándose en la obra de Virginia Henderson, los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivo. Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente. Ser humano que forma un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial:

1. Respirar
2. Beber y comer
3. Eliminar
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos
9. Evitar los peligros
10. Comunicarse con sus semejantes
11. Actuar según sus creencias y sus valores
12. Ocuparse para realizarse
13. Recrearse
14. Aprender

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Las 14 necesidades de los cuidados de enfermería pueden correlacionarse con la jerarquía de las necesidades de Maslow, que comienzan con las necesidades fisiológicas para pasar a los componentes psicosociales. Aunque Henderson describe su teoría de la motivación humana no cita a Maslow como una influencia. Marriner(1989).

Rol de la enfermera. El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera apuntan esencialmente hacia la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo más rápidamente posible.

Relación enfermera-paciente. Identificamos tres niveles en la relación entre enfermera y paciente.

- Enfermera como sustituto del paciente
- Enfermera como ayuda para el paciente
- Enfermera como compañera del paciente

En situaciones de enfermedad grave la enfermera es vista como "sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse "completo", "entero", o "independiente", por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento".

En situaciones convalecientes la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su identidad.

Como compañeros la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

Fuentes de dificultad. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de

conocimientos. Por fuerza se entiende tanto la capacidad física, como las habilidades mecánicas, como la capacidad psíquica o la aptitud del individuo para llevar a término las distintas acciones. Los conocimientos son los relativos a cuestiones relacionadas con la salud y las situaciones de la enfermedad, el autoconocimiento y los recursos disponibles. Se entiende por voluntad la capacidad de una persona de adquirir el compromiso en una decisión determinada. Sin embargo, en la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debidas a la falta de voluntad.

Riopelle, Phaneuf y Grondin (1993) aportan al modelo conceptual de V. Henderson añaden un cuarto tipo de fuente de dificultad, la de orden sociológico, al considerar que las propuestas por V. Henderson no contemplan el aspecto social. El aspecto de "fuerza" lo adscriben a componente biológico y los de "conocimiento" y "voluntad" a componente psicológico, resultando necesario otro componente de orden social. Las autoras afirman que tratan las fuentes de dificultad de una forma más extensa que V. Henderson, convirtiéndose éstas en fuentes de dificultad de orden físico, psicológico y socioeconómico y fuentes de dificultad relacionadas con la falta de conocimientos.

La fuente de dificultad contemplan todos los aspectos de la persona, será valorada desde una óptica integral a través de las catorce necesidades, en los que identificamos su satisfacción o insatisfacción teniendo en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Intervenciones. El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene en el ámbito de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Así, las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar las acciones realizadas por el individuo para satisfacer

sus necesidades. Las formas de suplencia son indicadores de intervención frente a las fuentes de dificultad identificadas.

Consecuencias deseadas. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson, es evidente que la enfermera apunta como consecuencias deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

E. Adams (1980) publicó "Etre infirmiere y to Be a Nurse " para ayudar a las enfermeras a comprender los escritos de Virginia Henderson. Lo realizó colocando el concepto de enfermería de Henderson dentro de la estructura de un modelo conceptual. Marriner (1989).

Adams explica los elementos esenciales de un modelo conceptual:

Supuestos:

1. Cada individuo lucha y desea la independencia.
2. Cada individuo es una totalidad compleja, hecha de necesidades fundamentales.
3. Cuando una necesidad no se satisface, el individuo no está completo en su totalidad ni es independiente.

Valores: las creencias que forman el fundamento de enfermería en Virginia Henderson son tres.

1. La enfermera tiene una función propia aunque comparte ciertas funciones con otros profesionales
2. Cuando la enfermera se hace cargo de la función del médico, delega su función primaria a personal preparado de forma inadecuada.
3. La sociedad quiere y espera el servicio de la enfermera y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo, o está tan deseoso de hacerlo como ella.

Unidades Principales: del modelo de Virginia Henderson son tres:

1. La meta de la enfermería es mantener o restaurar la independencia del cliente para satisfacer sus necesidades fundamentales.
2. El cliente o beneficiario del servicio de la enfermera es un ser completo constituido por 14 necesidades fundamentales.
3. La función de la enfermera es complementaria y suplementaria.
4. El origen de la dificultad, o el origen probable de aquellos problemas conocidos como problemas de enfermería, esta en la falta de conocimientos, voluntad o fuerza.
5. La intervención: el foco o centro de atención de la actuación de la enfermería es el déficit del cliente o área de dependencia.
6. Las consecuencias pretendidas son el mantenimiento o incremento de la independencia para la satisfacción de las 14 necesidades básicas o, en su caso, para una muerte en paz.

Adams aceptó los principios científicos sobre los que Virginia Henderson fundamentó su trabajo. Definiendo cuales debían ser los elementos esenciales para una profesión de ayuda o de servicios: Marriner (1989)

Supuestos:

Los supuestos son “ las suposiciones que se dan por sentadas por quienes desean utilizar el modelo; son el “ como “ del modelo, su fundamento”.

Creencias y valores:

Las creencias y los valores " constituyen el " porqué " del modelo y no están sujetos a los criterios de verdad ". Deben " reflejar el sistema de valores de la mayor parte de la sociedad a la "que la profesión desea servir " y " ser compartidos por los miembros de la profesión que desean utilizar el modelo".

Unidades Principales:

Las unidades principales son el " qué " del modelo conceptual". "clarifican que la Enfermería existe en cualquier tiempo y lugar".

Meta ideal y limitada:

La meta ideal y limitada de la profesión es " ideal porque representa el logro que los miembros de la profesión les gustaría conseguir y limitada porque delinea los parámetros de la profesión ".

Beneficiario :

El beneficiario del servicio profesional es " esa persona, o grupo de personas, hacia los que la enfermera dirige su atención ". " La enfermera debe tener una clara imagen mental de su cliente, esté sano o enfermo".

Rol del profesional.

El rol del profesional es " el papel jugado en la sociedad por los miembros de la disciplina".

Fuentes de dificultad del beneficiario:

La fuente de dificultad del beneficiario " se refiere al origen probable de la dificultad del cliente, y el profesional, debido a su formación y experiencia, está preparado para hacerle frente". " El origen probable de esos problemas que la enfermera está capacitada para solventar, debe hacerse explícito".

3.3.EL PROCESO DE ENFERMERIA

Después del análisis de los modelos conceptuales podemos afirmar que el modelo nos indica como deben ser los cuidados de enfermería; Así podemos considerar el proceso de enfermería como instrumento para la organización y la aplicación de los cuidados basados en el modelo conceptual escogido.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado que permite administrar cuidados de enfermería individualizados. Centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Aplicando este instrumento aseguramos la calidad en los cuidados del paciente. Así mismo, también nos proporciona una serie de beneficios tanto para el paciente como para el profesional(M.E.Murray, 1985):

Ventajas para el paciente:

- El hecho que se le haga participe de su propio cuidado nos facilita que se comprometa a alcanzar los objetivos pactados.
- El paciente percibirá una continuidad en los cuidados recibidos, todos los turnos tendrán la misma información y actuarán al unísono.

Ventajas para el profesional:

- Adquirir confianza en su trabajo le permite detectar que objetivos son más importantes para el paciente y como puede alcanzarlos.
- Los planes de atención bien elaborados nos ahorraran tiempo y permitirán una coordinación con el equipo.

Evolución Histórica Del Proceso De Enfermería:

En los años 60, las enfermeras remàrcan los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión. Ida Jean Orlando (1961) destacó la necesidad que las acciones de enfermería fuesen deliberadas más que intuitivas, así, Lois Knowles incorporó el planteamiento científico que permitía a la enfermera descubrir, sondear, hacer y discriminar.

Dorothy Johnson(1959) definió la importancia que debería darse a la recogida y análisis rigurosa de los datos. En éstos años, el proceso de enfermería quedó definido como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967 Yura y Walsh definen 4 componentes en el proceso de enfermería. Valoración, planificación, ejecución y evaluación. Considerando de gran importancia las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería.

Ya en 1970 se considera la profesión de enfermería como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente.

Fue en los años 70 cuando diversos autores (Bloch(74), Roy(75), Aspinall(76)) añadieron la fase de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.

En 1973 la Asociación Norteamericana de Enfermeras utilizó el proceso de enfermería como directriz para el desarrollo de las Normas de la Practica de Enfermería, legitimando los pasos del proceso: valoración, análisis, planeación, implementación y evaluación. J. W.Griffith (1986).

Revisando la literatura encontramos varias definiciones del proceso de enfermería que presentamos a continuación.

Ann Marriner(1983): "El proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado

particular. Es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para plantear y efectuar de forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados. Las fases del proceso de enfermería se clasifican en: valoración, planeación, ejecución y evaluación.”

Evellyn Adam (1984) Escribe: “ Un modelo conceptual es una abstracción,(una manera de mirar algo, una invención de la mente) unida a la realidad, que es la práctica a través del proceso de enfermería. El proceso de enfermería es un modo metódico y sistemático de proceder hacia una acción, es dinámico y lógico y consta de cinco pasos o etapas: valoración, análisis, planeación, ejecución y evaluación.”

P.W.Iyer (1988) : Define el proceso de enfermería como” el método mediante el cual se aplica el marco teórico a la practica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente/familia.”

Además define el proceso de enfermería en relación a tres dimensiones: propósito , organización y propiedades.

Propósito: el propósito del proceso es proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas del cliente, de la familia y de la comunidad. Implica una relación interaccional entre el cliente y la enfermera, siendo el cliente el centro. La enfermera convalida con el cliente las observaciones, y conjuntamente utilizan el proceso. Esto ayuda al cliente a afrontar los cambios de salud reales o potenciales, dando como resultado una atención individualizada.

Organización: el proceso de enfermería está organizado en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Propiedades: el proceso de enfermería tiene seis propiedades: Es resuelto, sistemático, dinámico, flexible y con una base teórica.

Yra y Walsh (1988) definen " el proceso de enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir el propósito de la enfermera, conservar el estado óptimo de salud del cliente, y en caso de cambiar este estado, proporcionar la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud. En caso de no poder recuperar la salud, el proceso de enfermería deberá contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo disponible "

.M.E.Murray(1985)" El proceso de atención de enfermería consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión. Con los años dicho proceso ha cambiado y evolucionado y, ha adquirido mayor claridad y comprensión. El proceso de enfermería se divide en cinco pasos: valoración, diagnóstico, planeación, realización y evaluación."

M. E. Doenges, M. F. Moorhouse (1991) definen el proceso de enfermería como el centro de las acciones de enfermería, en cualquiera de sus ámbitos, ya que constituye un método eficaz de organización de los procesos mentales destinados a tomar una decisión clínica y resolver cualquier problema. El proceso de enfermería se aplica desde el planteamiento científico para resolver problemas, y exige la ejecución de las siguientes tareas: recogida de datos, identificación de problemas, planificación, implementación y evaluación.

Para utilizar este proceso, la enfermera debe demostrar habilidades básicas, conocimientos, creatividad, adaptación, compromiso, confianza e iniciativa. Además son importantes la inteligencia y la destreza técnica e interpersonal. Debido a que la toma de decisiones es crucial, la enfermera debe tener en cuenta ciertas premisas en cada fase del proceso:

- El paciente es un ser humano que posee dignidad.
- Existen unas necesidades básicas humanas que deben cubrirse, cuando esto no es posible, y mientras el individuo no pueda asumir su autoresponsabilidad, aparecen problemas que requieren la intervención de otras personas.
- Los pacientes tienen derecho a una salud de calidad y a un cuidado de enfermería realizado con interés, completo, con competencia, y con un enfoque hacia el bienestar y la prevención.
- La relación terapéutica enfermera-paciente es importante en este proceso.

M. Phaneuf (1993) define el proceso de cuidados de enfermería como: "Un instrumento lógico y sistemático que permite la planificación de unos cuidados de calidad".

Analizando las definiciones anteriores encontramos que el proceso puede dividirse en cuatro o cinco etapas según la visión del autor. Dentro de los autores que consideran cinco etapas, encontramos diferencias significativas al nombrar la segunda etapa del proceso de atención. Unos la denominan etapa de análisis (E. Adam 1984, Phaneuf 1993) y otros la identifican como etapa de diagnóstico de enfermería (Alfaro, 1986).

Personalmente nos adherimos al proceso de enfermería formado por cinco etapas, ya que nos parece importante separar como etapa la de diagnóstico de enfermería para realzar su importancia en el rol autónomo de enfermería. Considerando que antes de la formulación del diagnóstico se deberá realizar un exhaustivo análisis de los datos recogidos.

3.3.1. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de enfermería, que son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

1. VALORACIÓN

Se centra en la recogida de información relativa al paciente, relación paciente-familia o al entorno, con el propósito de identificar las necesidades y/o problemas.

Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física y las pruebas complementarias.

Deberá recogerse la información tanto objetiva como subjetiva. Los datos subjetivos son los que facilita el paciente(y otras personas relacionadas con él) con sus propias palabras. Esta información incluye las sensaciones del paciente y aquello que desea compartir. Los datos objetivos son los observados, descritos(cuantitativamente o cualitativamente), y comprobados por otras personas distintas del paciente. Entre ellas se incluye el resultado de las pruebas diagnósticas y de la exploración física.

2. DIAGNOSTICO

Los datos recogidos durante la fase de valoración son analizados e interpretados para detectar necesidades y problemas del paciente. Estos problemas/necesidades se expresan como diagnósticos de enfermería. Esta fase será explicada ampliamente en el siguiente capítulo.

3.PLANIFICACIÓN

Basándose en los diagnósticos de enfermería, se desarrollaran las estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados. La fase de planificación consta de varias etapas:

- ❖ Establecer prioridades para el diagnóstico de problemas.
- ❖ Fijar con el cliente los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas.
- ❖ Escribir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos.
- ❖ Registro, en el plan de cuidados, de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de forma organizada.

4. EJECUCION

Se realizan las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación. Las intervenciones pueden llevarse a cabo por miembros del equipo de salud, el cliente o sus familiares. , esto implica la comunicación del plan a todos los que participen en los cuidados del paciente. La enfermera sigue recogiendo datos relacionados con el estado del paciente y su relación con el entorno. En esta etapa se anotaran los cuidados prestados al paciente, esta documentación nos verifica

que se ha llevado a cabo el plan de cuidados y permite comprobar su eficacia.

5. EVALUACION

La evaluación es un proceso continuo que determina hasta que punto se ha alcanzado los objetivos asistenciales. La enfermera valora el estado del paciente y revisa si es necesario el plan de cuidados.

Esquema de las etapas del proceso de enfermería

- Valoración: Recogida y examen de los datos
- Diagnóstico: Análisis de los datos para identificar fuerzas y problemas
- Planificación: Disposición de objetivos y desarrollo de un plan de acción
- Ejecución: Puesta en práctica del plan de acción
- Evaluación: Decidir la eficacia del plan

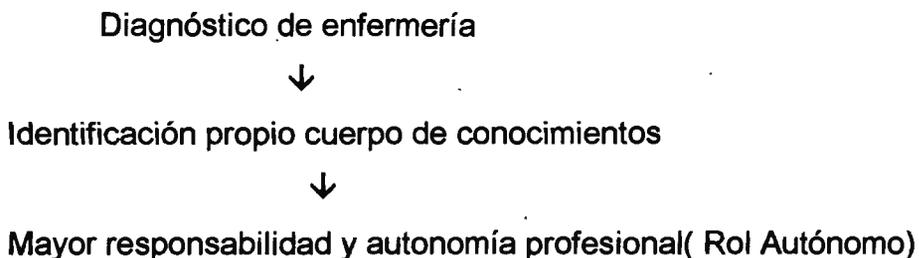
3.3.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La profesión de enfermería con su propio cuerpo de conocimientos desarrollados a través de los modelos conceptuales, elabora sus juicios clínicos mediante la formulación de los diagnósticos de enfermería.

(Carpenito, 1995) definió diagnóstico como: “ El estudio cuidadoso y crítico de algo para determinar su naturaleza. La cuestión no es si las enfermeras pueden diagnosticar, sino qué pueden diagnosticar.”

Debemos destacar que el diagnóstico de enfermería se refiere a un problema, un estado de salud que las enfermeras legalmente pueden tratar. Identifica aquellas funciones de enfermería en que puede actuar de forma independiente, sin que sea necesaria la colaboración con el médico ni con otros profesionales de la atención sanitaria. Estas funciones incluirán tanto enfoque correctivos como preventivos.

Si queremos relacionar el diagnóstico de enfermería con la responsabilidad y autonomía de enfermería diríamos:



Un sistema unificado de terminología establece un lenguaje común que sirve de guía para las enfermeras para valorar datos, identificar problemas potenciales o reales y describirlos.

Revisando la evolución histórica del diagnóstico de enfermería ya en la década de los cincuenta se utilizó por primera vez el término diagnóstico de enfermería. Fue en los años setenta cuando surgió la necesidad de desarrollar una terminología para describir los problemas de salud diagnosticados y

tratados por el profesional de enfermería. En 1973 tuvo lugar la primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad de St. Louis. Aquí empezaron a formularse los diagnósticos de enfermería y quedó publicada una lista provisional.

La American Nurses' Association(ANA) aprobó el uso del término diagnóstico de enfermería en las Directrices para la práctica de la enfermería publicadas en 1973. En ellas se dice que el diagnóstico de enfermería se obtiene de los datos del estado de salud del cliente. A partir de los ochenta a través de la investigación de enfermería, que pretendía clarificar los diagnósticos existentes, aparecieron nuevos diagnósticos.

La North American Nursing Diagnosis Association(NANDA) en 1973 aprobó un método para organizar los diagnósticos y la ANA los adoptó como el sistema oficial de Diagnósticos de Enfermería.

Las expectativas para los diagnósticos de enfermería en los años noventa son la clarificación de los diagnósticos existentes y la investigación y la validación.

- **Definiciones de Diagnóstico de Enfermería**

Según Gordon, en 1976: "Problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar."

Según Carpenito, en 1987: Considera que no todos los problemas que identifica una enfermera son necesariamente diagnósticos de enfermería, ella distingue dos tipos de problemas, los diagnósticos de enfermería que implican el rol independiente de la enfermera y los problemas interdependientes que implican el rol interdependiente o de colaboración de la enfermera. Definiendo así diagnóstico de enfermería como: " una formulación que describe la

respuesta humana(un estado de salud-alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir,*eliminar o prevenir alteraciones.”

Definiendo problema interdependiente como: "Complicación fisiológica que es o puede ser resultado de situaciones fisiopatológicas o relacionadas con el tratamiento". Las enfermeras realizan el control de su inicio-estado y colaboran con el médico para su tratamiento definitivo.

Según ANA, en 1991:" Es un juicio clínico acerca de la reacción del paciente a condiciones o necesidades de salud reales o potenciales. "

Según M. E. Doenges y M.F. Moorhouse (1992) Un diagnóstico de enfermería es " cualquier cosa que requiera la intervención y la gestión de enfermería, que se interfiera en la calidad de vida del paciente o en sus deseos, y que guarde relación con asuntos de su interés, o del de personas significativas, y/o los identifica la enfermera. El diagnóstico de enfermería centra su atención en la respuesta física o de comportamiento ante un problema real o potencial."

Según S.F.Smith, D.J.Duell (1996)" Diagnóstico de enfermería constituye un problema de salud real o potencial, dentro del sistema biológico, social o personal del paciente, que se deriva de la obtención sistemática de datos y de su análisis. Es un juicio clínico sobre un individuo designado, su familia o su comunidad, que proporciona la base para que se complete el proceso de enfermería. Incluye la etiología cuando se conoce, y se relaciona directamente con las características de definición."

Carpenito(1995) describe que el término diagnóstico de enfermería ha sido utilizado de maneras distintas:

- **Como segunda fase del Proceso de enfermería.** En esta fase la enfermera analiza los datos recogidos al evaluar el estado de salud. El uso de diagnósticos de enfermería, según Carpenito, en esta etapa puede hacer que las enfermeras vean todos los problemas como diagnósticos de enfermería.

- **Como una lista de etiquetas o denominaciones diagnósticas.** Desde 1973 se aplica diagnósticos de enfermería para describir estados de salud que las enfermeras pueden legalmente diagnosticar y tratar. (Como las desarrolladas por la NANDA). Se instauran para definir y clasificar el campo de acción de enfermería.

El análisis, la interpretación de los datos y la identificación de los problemas que presenta el paciente realizado en la segunda etapa del proceso de cuidados, permite la formulación de los diagnósticos de enfermería.

Según Phaneuf, 1993, la secuencia para establecer un diagnóstico de enfermería será:

HACER LA RECOGIDA DE DATOS



Clarificar estos datos según las catorce necesidades.

Separar los datos que manifiestan dependencia de los que manifiestan independencia en la satisfacción de las necesidades



Descubrir los problemas de dependencia

Establecer relaciones entre los problemas de dependencia

Definir las fuentes de dificultad (y los factores que contribuyen a ellas)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3.3.3. Formulación de los Diagnósticos de Enfermería

Para su formulación Gordon (1976) presenta el procedimiento llamado PES.

P- Problema o estado de salud del paciente, la familia o la comunidad.

El problema estará expresado de la forma más clara posible.

E- Etiología o causa del problema de salud (conductas del paciente, factores ambientales,...)

La etiología se relaciona con la expresión del problema con las palabras: "relacionado con".

S-Signos y síntomas: Resumen los datos objetivos y subjetivos.

Las palabras que relacionan esta parte del diagnóstico son: "manifestado por".

Otro método para la formulación, que describe Carpenito(1995), es el llamado SOAPIE, éste es un método sistemático para registrar algunos acontecimientos:

S: Datos subjetivos.

O: Datos objetivos

A: Análisis o diagnóstico

P: Plan.

I: Implementación

E: Evaluación.

3.3.4. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA)

.A continuación presentaremos los diagnósticos de enfermería aprobados por la North American Diagnosis Association (NANDA) hasta la décima conferencia, ordenados según las catorce Necesidades Fundamentales.(Pneuff,1993). Hemos añadido en cursiva los nuevos diagnósticos aprobados por la NANDA hasta el 1998, ubicándolos dentro de las necesidades que hemos considerado correctas.

1. Respirar:

- Deterioro en el intercambio gaseoso.
- Incapacidad para mantener la respiración espontánea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Potencial de asfixia.
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

2. Alimentarse e hidratarse:

- Alteración de la nutrición: por defecto.
- Alteración de la nutrición : por exceso
- Alteración potencial de la nutrición : por exceso.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit potencial del volumen de líquidos.
- Déficit del volumen de líquidos.
- Deterioro de la deglución.
- Exceso del volumen de líquidos.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Lactancia materna ineficaz.
- Lactancia materna eficaz
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante.
- Potencial de aspiración.

3. Eliminar

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit de autocuidado: uso del WC.
- Diarrea.
- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.
- Estreñimiento
- Estreñimiento crónico.
- Estreñimiento subjetivo.
- Incontinencia fecal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Incontinencia urinaria refleja.
- Incontinencia urinaria total.
- Retención urinaria.

4. Moverse, conservar una buena postura:

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Deterioro de la movilidad física.
- Disminución del gasto cardíaco.

5. Dormir, reposar:

- Alteración del patrón del sueño.
- Fatiga.
- Intolerancia a la actividad.
- Potencial intolerancia a la actividad.

6. Vestirse y desnudarse:

- Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales:

- Alteración potencial de la temperatura corporal.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Termorregulación ineficaz.

8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.

- Alteración de la membrana mucosa oral.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro potencial de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad hística.

9. Evitar peligros:

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Alteración de los procesos familiares: alcoholismo.
- Alto riesgo de automutilación.
- Ansiedad.
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia.
- Dolor.
- Dolor crónico.

- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- No seguimiento del tratamiento*(especificar).
- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.
- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática.
- Riesgo lesión perioperatoria.
- Síndrome traumático de la violación.
- *Síndrome traumático de la violación; reacción compleja.*
- *Síndrome traumático de la violación; reacción silente.*
- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

10. Comunicarse con sus semejantes:

- Alteración de los procesos familiares.
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- Aislamiento social.
- Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativas).
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la interacción social.
- *Deterioro de la memoria.*

- *Riesgo alteración de la vinculación padres/ lactante / niño.*
- *Riesgo de soledad.*
- *Síndrome de estrés del traslado.*

11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores:

- *Desesperanza.*
- *Impotencia.*
- *Potencial de crecimiento del bienestar espiritual.*
- *Sufrimiento espiritual.*

12. Preocupación por ser útil y por realizarse:

- *Afrontamiento individual inefectivo.*
- *Afrontamiento inefectivo de la comunidad*
- *Alteración del crecimiento , desarrollo.*
- *Alteración de los patrones de la sexualidad.*
- *Alteración en el desempeño del rol.*
- *Alteración parenteral,*
- *Alto riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.*
- *Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.*
- *Conductas generadoras de salud. (especificar).*
- *Conflicto del rol parenteral.*
- *Dificultad para el mantenimiento del hogar.*
- *Dificultad para el mantenimiento de la salud.*
- *Disfunción sexual.*
- *Manejo inefectivo del régimen terapéutico. (Individual).*
- *Potencial de alteración parenteral.*
- *Potencial de la comunidad para mejorar el afrontamiento.*

13. Recrearse:

- *Déficit de actividades recreativas.*

14 Aprender:

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- *Conducta desorganizada del lactante.*
- *Conflicto en la toma de decisiones.*
- *Confusión aguda.*
- *Confusión crónica.*
- Déficit de conocimientos (especificar).
- *Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar.*
- *Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad.*
- *Potencial de mejora en la organización de la "conducta" del lactante.*
- *Riesgo conducta desorganizada del lactante*
- *Síndrome de deterioro de interpretación del entorno.*

3.4. PROCESO DE CAMBIO

Después de ver las definiciones de los modelos conceptuales y de describir el instrumento para poder llevarlos a la práctica, podemos considerar que la integración del modelo y del proceso constituye la base de la práctica profesional.

Toda integración supone una gran complejidad ya que se da a través de un proceso de cambio, lo que se deriva de la necesidad de incorporar modificaciones en las maneras de hacer y pensar de las personas que integran la organización.

Creemos que el proceso de cambio es necesario para afirmar la importancia del rol propio de la enfermera, consiguiendo así los objetivos marcados por las nuevas direcciones de enfermería.

Para poder producir un cambio es necesario elaborar un diagnóstico acompañado de un plan de acción.

El cambio se define como cualquier modificación observada, que permanece con un carácter relativamente estable (J.I. Elorduy, 1993).

En la anterior definición podemos destacar tres ideas fundamentales:

- ❖ El cambio es **modificación**, la nueva situación debe ser distinta de la anterior en un momento determinado.
- ❖ El cambio debe ser observable. Debe percibirse una diferencia entre la situación pasada y la situación actual.
- ❖ La nueva situación debe tener un carácter relativamente **estable**, no debe ser una perturbación que al poco tiempo retorna a su estado anterior.

Según la teoría de Kurt Lewin un proceso de cambio consta de tres etapas:

En la situación inicial del cambio, una de las principales fuentes de resistencia es la inercia. Las personas que trabajan en una organización realizan las tareas de una manera determinada “como se ha hecho siempre”, manteniendo las rutinas existentes.

Además de la comodidad de mantener las cosas como están, el cambio genera inseguridad e incertidumbre.

Para que se produzca el cambio hay que intentar aumentar las fuerzas impulsoras a través de una estrategia de empresa y reducir las fuerzas de resistencia como son la inercia, la inseguridad y las rutinas.

Así podremos determinar el diagnóstico de la organización, detectando los problemas existentes.

Etapas 1- E. Descongelación/ Sensibilización

La etapa de descongelación empieza cuando la persona admite la existencia de un problema y es consciente de que la situación real no se corresponde con lo deseado.

La distancia que separa la situación real de la deseada causa insatisfacción. La insatisfacción es una de las principales fuerzas que impulsan a las personas hacia el cambio.

A mayor insatisfacción mayor será la voluntad de cambiar y mayor la atención prestada a sugerencias de soluciones o planes de acción.

Los objetivos perseguidos en esta etapa serán; el despertar el interés por cambiar y el romper el estado estacionario o la situación de no cambiar.

El rol del agente de cambio será favorecer la expresión de los sentimientos; tener una actitud de ayuda, actitud positiva, tener apertura de espíritu y tener liderazgo.

Etapa 2-E.Movimiento/ Implantación

Una vez admitida la existencia del problema, se buscan distintas alternativas para el cambio.

La elección de una de las alternativas nos creará incertidumbre e inseguridad. Por lo que es necesario que las personas que lideren el cambio ofrezcan confianza y seguridad para evitar resistencias.

En esta etapa la perseverancia, insistencia y constancia son condiciones que favorecen el éxito del proceso de cambio. Será esta etapa la del cambio como tal.

Los objetivos perseguidos en esta etapa serán la adopción de nuevos comportamientos.

El rol que le pertenecerá al agente de cambio será planificar el cambio para canalizar las energías favorables, dar instrumentos al personal, evaluar periódicamente la demanda de la empresa, guiar, tener fácil adaptación y ser flexible.

Etapa 3- E. Recongelación

El cambio deberá reforzarse mediante normas, sistemas, procedimientos, creando nuevas rutinas de trabajo evitando así la tendencia natural a recuperar su estado anterior.

El objetivo de la última etapa será facilitar la integración y la consolidación de la nueva manera de funcionar.

El rol del agente de cambio será el de sostener.

Otros autores como Perlman y Takacs(1994) en la profundización de la teoría del cambio nombran diez fases: Equilibrio, negociación, enfado, negociación, caos, depresión, resignación, franqueza, disponibilidad y resurgimiento.

3.4.1. ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO

Chin y Berne(1976) proponen tres tipos de estrategias para el cambio:

1-Estrategia Empírico-racional:

Las personas se mostraran dispuestas a adoptar un cambio si éste está justificado y se les demuestra como podrán beneficiarse de él.

2-Estrategia reeducativa-normativa:

El objetivo de estas estrategias será mejorar las capacidades de solución de problemas del sistema. Los procesos para solución de problemas deben responder tanto a problemas humanos como a los técnicos.

Suele ser de gran utilidad para estas estrategias los agentes de cambio externos.

3- Estrategias de podercoercitivo:

Estrategia que concede mayor reconocimiento a la necesidad del uso del poder político y económico para provocar el cambio.

Para poder realizar un cambio planeado como nos sugiere Robbins(1996) , Es importante describir las metas que se persiguen con este cambio, contrastar los cambios y considerar quien tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo dentro de la organización.

Las metas para este cambio se derivan de buscar la capacidad de la organización para adaptarse a los cambios en su ambiente y procurar cambiar el comportamiento de los individuos o grupos que forman la organización.

El responsable de las actividades de cambio en las organizaciones son los agentes de cambio, estos pueden ser administradores o no administradores, empleados de la empresa o consultores externos.

El empleo de consultores puede ser más objetivo que los que están dentro de la organización, ya que tienen conocimientos especializados en la teoría y métodos de cambio, pero frecuentemente están en desventaja por poseer un conocimiento inadecuado de la historia, de la cultura y del personal de la organización.

3.4.2. RESISTENCIAS AL CAMBIO:

Cualquier cambio propuesto en una organización suele ir acompañado con frecuencia, por la resistencia de los individuos de esta. Esta resistencia puede ser manifestada, implícita, inmediata o diferida.

Las resistencias pueden ser de dos tipos, individuales o organizacionales.(Robbinson),

Las resistencias individuales por lo que los individuos se resisten al cambio son:

- El hábito: tendencia a responder en nuestras formas acostumbradas.
- Seguridad : posible sensación de amenaza.
- Factores económicos: preocupación de que los cambios disminuyan sus propios ingresos.
- Temor a lo desconocido.
- Procesamiento selectivo de información: oyen lo que desean escuchar .Se desentienden de la información que desafía al mundo que han creado .

Las resistencias organizacionales pueden ser identificadas como:

- Inercia estructural: las organizaciones funcionan a través de mecanismos incorporados que les permiten la estabilidad.
- Enfoque limitado del cambio: las organizaciones están constituidas por varios subsistemas interdependientes. No se puede cambiar uno sin afectar a los demás.
- Inercia del grupo: las normas del grupo pueden limitar a los individuos que desean el cambio.
- Amenaza a la habilidad: el cambio puede amenazar la pericia de los grupos especializados.
- Amenaza a las relaciones ya establecidas de poder.
- Amenaza a las asignaciones de recursos ya establecidos.

Las razones más comunes de resistencia según Kotter y Schlesing(1979) son:

1. Las personas piensan que perderán algo valioso; porque se concentran en sus propios intereses y no los de toda la organización.
2. Las personas no comprenden el cambio y sus complicaciones y perciben que es factible que les cueste más de lo que ganarán.
3. La gente valora la situación de manera diferente a quienes inician el cambio; y consideran que para ella, lo mismo que para la organización, el cambio acarreará mayores costos que beneficios.
4. La gente tiene poca tolerancia hacia el cambio; porque teme que no podrá desarrollar las habilidades y el comportamiento nuevo que se requieren de ellos.

También las resistencias pueden ser causadas por la poca confianza que ofrece el agente del cambio; o bien que este no entienda la naturaleza del cambio que apoya y o su importancia para el cliente.

Según Rubin Plounick Fry (1974) la resistencia al cambio significa que la organización está comunicando un mensaje, esta proporcionando una información. Cuales son sus recursos y limitaciones más importantes, su actitud delante el cambio, sus normas y valores, la naturaleza de su relación con otros sistemas del medio ambiente.

Zaltman y Pinsan (1977) reflejan que la resistencia además de una falta de aceptación significa la actitud de los clientes hacia la innovación misma. La innovación puede causar atracción para los innovadores y resistencia para las personas más conservadoras.

Otra causa de resistencia al cambio es la percepción de que el cambio producirá cierta amenaza para el poder o para la influencia de varias partes de la organización.

F.E. Kast, J.E.Rosenzweig (1988) creen necesario para superar las resistencias superar una serie de pasos:

- Primer paso consiste en comprometer a los afectados (si es factible que ellos participen en el diseño del cambio,) así las resistencias , pueden ser reducidas.
- Segundo paso consiste en la comunicación amplia con todos los participantes sobre la naturaleza exacta, el propósito y las consecuencias potenciales de un cambio propuesto.

El objetivo es reducir la confusión y la ansiedad al mismo tiempo que aumentar el conocimiento, la confianza y el compromiso.

Robbins (1996) sugiere seis tácticas para usar como agentes de cambio al tratar con las resistencias:

1. Educación y comunicación. Se puede reducir la resistencia por medio de la comunicación con los empleados, para ayudarles a ver la lógica del cambio. Si los empleados reciben todos los datos y aclaran cualquier mal entendido las resistencias terminan.
2. Participación: es difícil que los individuos resistan una decisión para el cambio en la que han participado.
3. Facilitación y apoyo: los agentes de cambio pueden ofrecer una gama de esfuerzos de apoyo para reducir la resistencia.
4. Negociación: para que el agente de cambio pueda tratar con la resistencia potencial al mismo, intercambia algo de valor para obtener una reducción de la resistencia.
5. Manipulación y cooptación: intentos disimulados de ejercer influencia.
6. Coerción: aplicación de amenazas o fuerza directa sobre los que se resisten al cambio.

Para que el cambio tenga éxito los individuos deben apoyar o compartir el cambio, los individuos deben tener la necesidad del cambio, apertura al cambio y el compromiso con el cambio.

Para poder introducir un cambio en nuestra organización, deberemos planear una metodología de cambio que nos permita vencer las resistencias anteriormente descritas.

Las condiciones necesarias para introducir el cambio, dentro de la práctica profesional, introduciendo un modelo y el proceso de enfermería son: (Bisly, 1997)

- 1- Un concepto claro de los cuidados de enfermería.
- 2- El conocimiento del proceso de enfermería
- 3- Una organización dentro de las áreas asistenciales adaptada.
- 4- Instrumentos que sirvan de soporte a la información.
- 5- Medios suficientes
- 6- Una formación adaptada.

Para la implantación con éxito de un modelo conceptual en cuidados de enfermería, debemos superar las cinco etapas descritas por E. Adam(1979):

- Sensibilización: Concienciar a los profesionales para que identifiquen el cambio como una necesidad de mejora en su rol profesional.
- Escoger un modelo: Identificar el modelo que mejor responda a las necesidades del centro donde se vaya a realizar el cambio.
- Estudio del modelo: Profundización en el modelo escogido.
- Implantación del modelo: Asimilación del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en la práctica.
- Estabilización: Adaptación y seguimiento del cambio realizado.

Después de la revisión bibliográfica anterior, consideramos que es necesario planificar el cambio para que permita implantar una nueva metodología de trabajo con el objetivo de aumentar las fuerzas impulsoras y disminuir las resistencias que crea éste.

Es necesario vencer la inercia, la inseguridad y las rutinas existentes mediante la sensibilización, despertando el interés para cambiar.

Debemos despertar la necesidad del profesional de enfermería de difundir su Rol propio y los cuidados de enfermería.

El agente de cambio de nuestra organización deberá ser un propio miembro de ésta; porque conoce la historia del centro, su cultura y a los profesionales que la forman. Este agente de cambio deberá ofrecer seguridad y confianza.

Creemos necesaria la colaboración de un consultor externo para llevar a cabo la fase de formación; ya que posee conocimientos más especializados sobre el tema.

Para introducir el cambio se empezará por comunicar al personal los objetivos propuestos por el departamento de enfermería para que vean la lógica del cambio y se obtenga su sensibilización.

Para disminuir la inseguridad del personal, se establecerá un programa de formación continuada.

Se empezará formando al personal del servicio sociosanitario y a las polivalentes, con el objetivo de que adquieran un concepto claro y estandarizado de los cuidados de enfermería.

Se programarán cuatro sesiones de formación sobre el modelo conceptual de V. Henderson y el P.A.E. por una persona especializada en el tema y de fuera del centro. Tendrán una duración de tres horas cada una, se combinarán las sesiones teóricas con ejercicios prácticos.

Este grupo de trabajo tendrán libertad para cambiar los registros existentes, adaptándolos a las nuevas necesidades. Se les facilitará bibliografía sobre el tema.

Se nombrará a la adjunta de enfermería como persona de referencia del centro para inspirar confianza y servir de guía en todo el proceso.

Después de finalizar la formación se hará la implantación de manera gradual en las distintas unidades.

3.5. SATISFACCION PROFESIONAL

En diversas ocasiones se emplean las palabras Satisfacción y motivación sin marcar diferencias entre ambas. Estos conceptos están interrelacionados y puede depender uno del otro pero cada una tiene su propio significado.

A continuación vamos a definir estos conceptos:

SATISFACCION

- Satisfacción hace referencia, según el diccionario a “confianza, tranquilidad de ánimo”, “cumplimiento de un deseo o gusto”, “reparación de un daño”, “respuesta a algo”, entre otras.

SATISFACCION LABORAL

- Satisfacción laboral puede definirse como una respuesta afectiva del trabajador hacia diferentes aspectos de su trabajo. En consecuencia esta respuesta vendrá condicionada por las circunstancias del trabajo y las características de cada persona.

- Según Marriner(1996) otra definición sería: Contento con el propio trabajo.

- Otra concepción más amplia establece que la satisfacción en el trabajo es la medida en que son satisfechas determinadas necesidades del trabajador y el grado en que este ve realizadas las diferentes aspiraciones que puede tener en su trabajo, ya sean de tipo social, personal, económico o higiénico. Para obtener la satisfacción de estas necesidades, Lloyd I. Byars y Leslie W. Rue(1997) identifican varios componentes en el puesto de trabajo que son:

1. La actitud ante el grupo de trabajo
2. Condiciones generales de trabajo
3. Actitud ante la empresa
4. Ventajas monetarias
5. Actitud ante los supervisores

6. Estado de ánimo del empleado en relación con el trabajo y con la vida en general.

- A veces también se asocian los conceptos de "calidad de vida laboral" y "satisfacción laboral". Hay que tener presente que la pregunta al profesional por su satisfacción laboral nos ayuda a conocer los problemas que este percibe, pero no forzosamente los que padece y de los que a veces ni es consciente por muy graves que sean.

La satisfacción laboral se constituye como uno de los principales indicadores de calidad de vida laboral.

Para que la persona sienta la necesidad de lograr la satisfacción laboral, deberá ser motivada para satisfacer sus necesidades (como sentirse mejor como persona, tener la oportunidad de desarrollar sus capacidades, tener la oportunidad de aprender cosas nuevas, sentir que se ha realizado algo meritorio y tener más autonomía en el trabajo).

Según Marriner (1997) define las fuentes de satisfacción descritas por el personal de enfermería, destacando los factores más importantes: el sentido de la realización, el reconocimiento, el desafío en el trabajo, la responsabilidad, el potencial progreso, la autonomía, la autoridad, un entorno laboral agradable, un horario conveniente y una planificación de plantilla adecuada.

La revisión bibliográfica nos ha permitido identificar que significa el concepto de motivación y las diferentes teorías sobre ésta.

MOTIVACION

Motivación hace referencia según el diccionario Larousse a: "Acción y efecto de motivar", "Proceso por el cual un agente social consciente se da a sí mismo motivos para emprender una acción deliberada y voluntaria."

Según Marriner(1997) otra definición sería: "Impetu dado para incitar o impulsar, o animar."

E.Kast, J. E. Rosenzweig (1988) definen la motivación como " lo que impulsa a una persona a actuar en determinada forma o, cuando menos, a desarrollar una propensión para un comportamiento específico. Esta necesidad de acción puede ser generada por un estímulo externo, o bien puede generarse internamente en los procesos fisiológicos y de pensamiento del individuo."

S.P.Robbins (1996) nos define motivación como: " voluntad de ejercer altos niveles de esfuerzos para alcanzar las metas organizacionales, voluntad que está condicionada por la capacidad que tiene ese esfuerzo para satisfacer alguna necesidad individual."

Antes de analizar las distintas teorías de la motivación describiremos como se realiza el proceso de la motivación. En el contexto de una organización las variables básicas que interviene en el proceso son: el esfuerzo, el desempeño y la satisfacción individual. Además en la conducta de los individuos, intervienen los factores externos o colectivos, como son los objetivos, los valores de la organización además de la estructura y de los procesos administrativos. Los factores individuales y los colectivos, afectan la motivación de los individuos y de los grupos dentro de las organizaciones.

A continuación pasamos a revisar las diferentes teorías que definen la motivación:

TEORIA MONISTA DE TAYLOR.

Taylor afirma que si las personas enérgicas con un alto nivel de productividad se dan cuenta que no ganan más que un trabajador vago, que hace lo mínimo posible, perderían interés por el trabajo y producirán menos. Taylor argumenta que es necesario un incentivo para prevenir la pérdida de productividad, de forma que el salario dependa de la productividad. Considera incentivos: Aumentar el sueldo según capacidad, tener un sistema de bonos, participación en los beneficios, ... Siendo así, el dinero el principal motivador.

TEORIA DE MASLOW DE LA JERARQUIA DE LAS NECESIDADES

Maslow desarrollo el concepto de jerarquía de las necesidades para analizar la motivación como una serie de impulsos diferentes. En su concepto determina que las necesidades "superiores" se activan a medida que se satisfacen determinadas necesidades "inferiores". Estas necesidades básicas están relacionadas entre sí y se dice que las personas se sienten motivados por el deseo de satisfacer estas cinco necesidades: (E.Kast, J.E. Rosenzweig 1988)

- Fisiológicas: hambre, sed, ciclo de actividad-sueño, actividad sexual y evacuación.
- Seguridad: protección contra peligros, amenazas y privaciones.
- Social: asociación con otros, pertenencia a grupos, y dar o recibir amistad y afecto.
- Estima : respeto por sí mismo, respeto de otros, y necesidades de ego o de nivel social.

- **Autorealización:** alcanzar el potencial dentro de uno mismo, el máximo desarrollo, creatividad y autoexpresión.

En las de autorealización destacamos los sentimientos de realización, responsabilidad, de importancia, de desafío, de progreso y las nuevas experiencias y oportunidades de crecimiento.

TEORIA DE LAS NECESIDADES BASICAS DE MC CLELLAND

MC CLELLAND identifica tres necesidades básicas que toda persona tiene en grado variable:

- ❖ necesidad de realización
- ❖ necesidad de poder
- ❖ necesidad de estar afiliado.

La necesidad de realización implica un deseo de contribución, de sobresalir y tener éxito. Las personas con un alto nivel de realización se muestran deseosas de tener responsabilidad de asumir riesgos calculados obtener una respuesta a su rendimiento. La gente con una alta necesidad de poder quiere llegar al control y desea ejercer influencia sobre otros, se muestra más interesada en el prestigio personal y en el poder que en el rendimiento efectivo.

La gente con mucha necesidad de afiliación desea trabajar en entornos humanos y busca amistades significativas. Quiere ser respetada y evita las decisiones que se oponen a las normas de grupo.

TEORIA DE MOTIVACION-HIGIENE DE HERZBERG

Frederick Herberg descubrió que entre los motivadores del trabajo se incluyen la realización, el crecimiento, la responsabilidad, el progreso, el reconocimiento y el trabajo en sí.

Si la gente está satisfecha con su trabajo, recibe una respuesta positiva, desarrolla sus habilidades y mejora su rendimiento. Herzberg mantiene que los empleados pueden ser motivados proporcionándoles un trabajo que les suponga un desafío y en el cual puedan asumir una responsabilidad. Aunque la eliminación de las características insatisfactorias de un puesto no necesariamente lo convierten en satisfactorio. Afirma que lo opuesto a "satisfacción" es "no satisfacción", y lo opuesto a "insatisfactorio" es "no insatisfactorio"

TEORIA DE LA EXPECTATIVA DE VROOM

Se basa en la teoría de campo de Kurt Lewin. La teoría de la expectativa establece que la motivación depende de cuánta gente quiere algo y su estimación de la probabilidad de conseguirlo.

Una persona para estar altamente motivada necesita encontrar un resultado atractivo, creer que ciertas acciones llevarán hasta el resultado deseado y considerar que para lograr el resultado merece la pena el esfuerzo. Por consiguiente para motivar al personal, los directivos deben clarificar las conexiones entre el trabajo y el resultado, y recompensar el comportamiento deseado.

TEORIA X Y TEORIA Y DE MCGREGOR

Esta teoría se basa en la premisa de que la gente evitará trabajar cuando sea posible, dado que no le gusta tener que hacerlo; por consiguiente, la mayoría de la gente debe ser dirigida, controlada, obligada y amenazada. La teoría X asume que las personas desean una dirección, tienen poca ambición y evitan la responsabilidad, pero quieren seguridad. Un directivo que siga la

filosofía de la Teoría X recurrirá probablemente al miedo y a las amenazas para motivar al personal, supervisará su trabajo de cerca, delegará poca responsabilidad y no tomará en consideración la participación del personal a la hora de planificar.

McGregor califica los avances en el desarrollo de la dirección como teoría Y. En ésta plantea la premisa de que a la gente le gusta trabajar, y que disfruta haciéndolo, de que se autodirige y busca la responsabilidad. Mantiene que la mayoría de las personas están dotadas de imaginación, ingenio, creatividad y otras capacidades intelectuales que son aprovechadas solo parcialmente. Un directivo que defienda la filosofía de la Teoría Y recurrirá al uso de incentivos positivos, tales como el elogio y el reconocimiento, hará una supervisión general, proporcionará oportunidades para el crecimiento individual, delegará responsabilidades y animará a la participación en la resolución de problemas.

MOTIVACION INTRINSECA

Edward L. Deci descubrió que algunas actividades constituyen fines en si mismas y no simplemente medios para alcanzar otros fines. No existe en ellas aparente recompensa excepto la de la propia actividad en sí. El comportamiento motivado intrínsecamente parece venir estimulado por las necesidades que las personas tiene de sentirse competentes y autodeterminantes. Así, cuando no existe motivación aparente, la gente se las arregla para buscarla, y cuando las personas están sobreestimuladas, retroceden, se reagrupan y reafirman su competencia. Cuando los sentimientos de competencia de las personas y de autodeterminación se realzan, la motivación intrínseca aumenta. Si su percepción de competencia y de autodeterminación se reduce, la motivación intrínseca baja.

Debemos mencionar a V. Ortún Rubio (1993) que definió motivación intrínseca como: satisfacción que logra una persona por la acción que realiza, y vendrían determinados por el interés a realizar esa acción (la necesidad de logro, responsabilidad y competencia personal, etc). Además de la motivación intrínseca distingue otros tipos de motivación desde el punto de vista del sujeto motivado:

Motivación Extrínseca: Estarían fuera de la persona y se refiere a los incentivos y recompensas que recibe una persona por realizar una acción por parte de la organización. Serían motivadores extrínsecos: remuneración, promoción, buena relación, agradables condiciones de trabajo, etc.

Motivación social: Engloba los reconocimientos del tipo agradecimiento, aprecio del trabajo bien hecho, amistad, prestigio, etc.

cional del personal de enfermería

4-MARCO APLICADO

SUBHIPÓTESIS:

Este estudio surgió ante el deseo de implementar el proceso de atención de enfermería basado en el modelo conceptual de V. Henderson en nuestro centro. Mediante este instrumento la enfermera puede desarrollar las tres dimensiones del rol profesional.

Para poder desarrollar un proceso de cambio en la práctica diaria, hemos analizado la relación existente entre trabajar o no, con el proceso de atención de enfermería y la satisfacción profesional. Según los resultados obtenidos elaboraremos nuestra estrategia de implantación. Para basarnos en el modelo conceptual de V. Henderson, utilizando el P.A.E. como instrumento.

4.1.-HIPÓTESIS Y VARIABLES:

HIPÓTESIS:

Trabajar con el proceso de atención de enfermería(P.A.E.) basándonos en un modelo conceptual, aumenta la satisfacción profesional del personal de enfermería.

SUBHIPÓTESIS:

Una buena formación del personal de enfermería, facilita la aplicación del P.A.E. basado en un modelo conceptual.

VARIABLES:

V. Dependiente: Satisfacción profesional

V. Independiente: Trabajar siguiendo el P.A.E.

V. Intervinientes: Edad, Género, Estado civil, turno de trabajo, situación laboral, año de finalización de los estudios, titulación académica, antigüedad en la empresa, servicio donde se trabaja, formación académica, formación continuada, conocimientos sobre los modelos y el P.A.E.

VARIABLES DEL ESTUDIO

	FUNCION	CONTROL	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDIDA
- Satisfacción profesional	V. Dependiente	Estadística	Cuestionario	Cuantitativo
- Trabajar siguiendo el P.A.E.	V. Independiente	Estadística	Cuestionario	Cualitativo
- Turno laboral	V. Interviniente	Estadística	Cuestionario	Cualitativa
- Edad del personal	V. Interviniente	Estadística	Cuestionario	Cuantitativa
- Servicio donde trabaja	V. Interviniente	Sist. Control: agudos serv. especiales socio-sanitario	Cuestionario	Cualitativa
- Nivel Conocimientos P.A.E.	V. Interviniente	Sist. Control	Cuestionario	Cuantitativa
- Entorno laboral	V. Interviniente	Sist. Control: Trabajo en equipo interdisciplinar Trabajo por tareas	Cuestionario	Cualitativa
- Reconocimiento trabajo realizado	V. Interviniente	Sist. Control: Incentivos sociales Incentivos económicos.	Cuestionario	Cuantitativo
- Cargas de trabajo	V. Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativo
- Antigüedad en la profesión	V. Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativo
- Estado civil	V. Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativo
- Género	V. Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativo
Situación laboral	V. Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativo
Año finalización estudios	V. Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativo
Titulación académica	V. Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativo

4.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA:

El estudio estará basado en una muestra de personal de enfermería de tres hospitales con características similares. En los tres la población escogida será mayoritariamente la que trabaja en las unidades sociosanitarias.

Escogeremos:

Hospital 1-Personal de enfermería de hospital comarcal concertado, sin modelo conceptual definido.

Hospital 2-Personal de enfermería de un hospital concertado de Barcelona que no trabajen siguiendo un modelo conceptual.

Hospital 3-Personal de enfermería de un centro geriátrico público que ya esté utilizando el P.A.E. siguiendo un modelo conceptual.

El estudio se ha llevado a cabo mediante un muestreo intencional, con el objetivo de conseguir información del personal de las unidades sociosanitarias.

	POBLACIÓN	MUESTRA	
Hospital 1	31	28	90.3%
Hospital 2	20	13	65%
Hospital 3	20	14	70%

4.3.- INSTRUMENTOS:

El instrumento utilizado para recoger los datos ha sido un cuestionario con 51 preguntas, distribuidas en tres secciones, la primera, con 9 preguntas sobre datos generales(edad, género, estado civil...), la segunda con 21, sobre conocimientos de los modelos y del P.A.E. y la tercera con 20 ítems agrupados para valorarlos según una escala de satisfacción(1=Muy insatisfactorio, 2= insatisfactorio, 3= Ni satisfactorio ni insatisfactorio, 4= Satisfactorio y 5= Muy satisfactorio).

El cuestionario fue presentado para su validación a 4 jueces seleccionados por sus conocimientos sobre el tema. Directora E.U.I. de Santa Madrona, Sra. Montserrat Teixidor. Directora de Enfermería Hospital de Sant Celoni , M^a Angeles Pi. Profesor de Investigación del Master de Administración y Gestión en Enfermería de E.I.U de Santa Madrona, Pepe Tejada. Tutor del trabajo de investigación y responsable de la coordinación pedagógica del Master de Administración y Gestión en Enfermería de E.I.U de Santa Madrona. Esteva Pont.

El control de todas las variables a sido realizado mediante tratamiento estadístico , utilizando el programa SPSS PC como soporte informático.

4.4. DESARROLLO:

.- INCIDENCIAS:

Hospital 1: Con el objetivo de la posterior implantación del P.A.E. era necesario pasar las encuestas a todos los servicios, abarcando el máximo personal de enfermería para establecer sus conocimientos.

Hospital 2: La muestra recogida ha sido la más baja, consideramos que es representativa, ya que es del 65%.

Hospital 3: La muestra recogida solo abarca los turnos de día, el turno de noche quedo fuera del estudio por problemas internos de la organización.

4.5. RESULTADOS:

El total de encuestas recogidas en los tres centros son de 55.

4.5.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

A continuación presentamos el análisis descriptivo de los resultados obtenidos a partir de la media de los tres centros.

Los resultados serán expuestos a través de tres grupos de variables:

Grupo A : Variables personales y sociocontextuales.

Grupo B: Variables de conocimientos, Modelo conceptual y P.A.E.

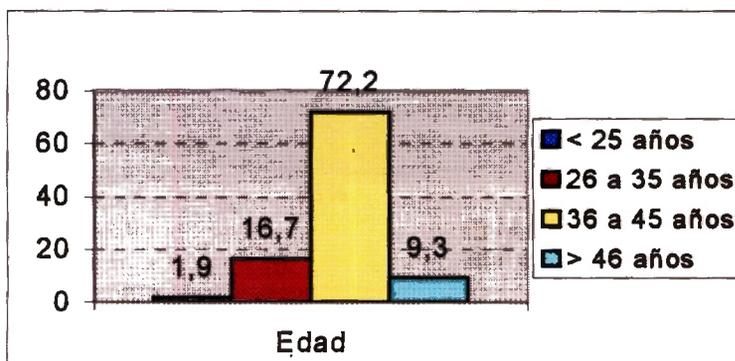
Grupo C : Variables de Satisfacción profesional.

A. VARIABLES PERSONALES Y SOCIO CONTEXTUALES:

1- Variable edad:

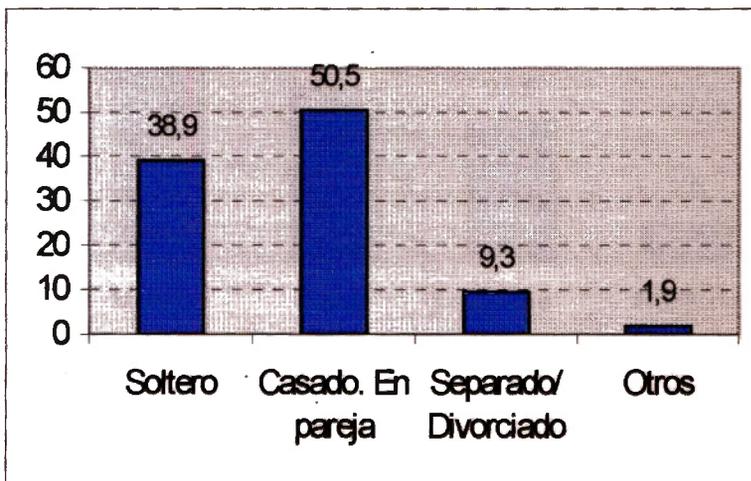
La edad de la mayoría de los encuestados comprende entre los 36 y 45 años, corresponde a un 72,2% de la población.

Gráfica 1: Edad



2- Variable Estado civil:

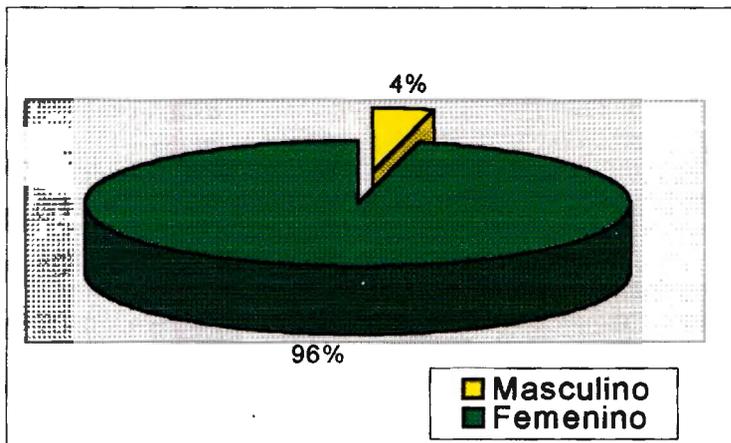
El porcentaje de casados o en pareja es del 50,5%, aunque considerando que uniendo los grupos de solteros y el de separados o divorciados obtenemos un 47,3%, no apreciamos diferencias significativas.



Gráfica 2: Estado civil

3-Variable Género:

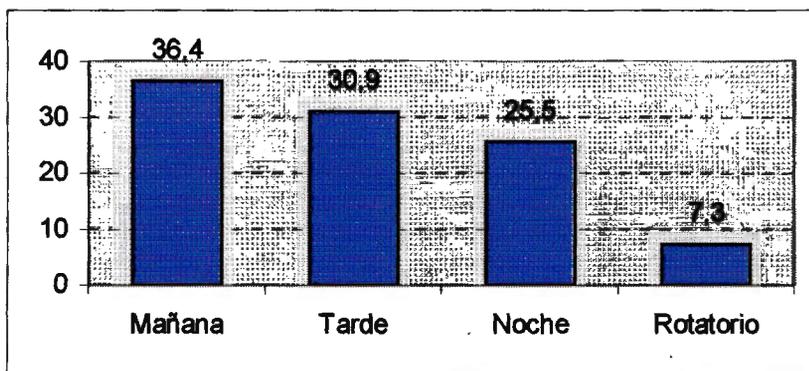
La mayoría de encuestas reflejan que en la profesión de enfermería sigue primando el género femenino(96%) ante el masculino(4%).



Gráfica 3: Género

4-Variable turno de trabajo

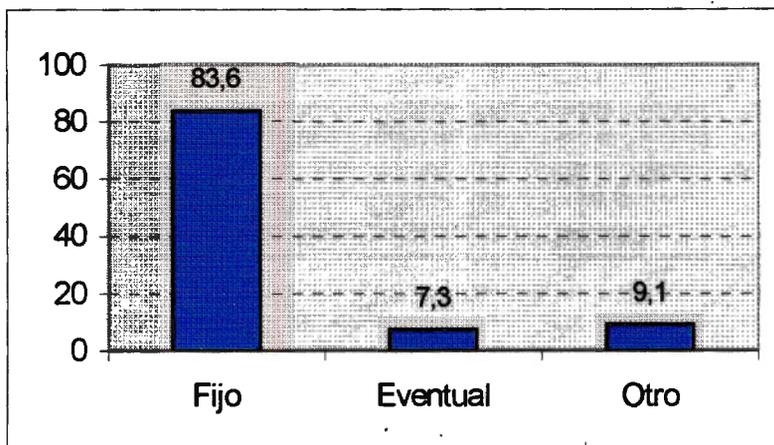
Entre los turnos de mañana, tarde y noche no existen diferencias significativas en los porcentajes, debemos destacar la poca gente que trabaja en un turno rotatorio, que solo representa el 7,3%.



Gráfica 4: Turno de trabajo

5- Variable tipo contrato de trabajo:

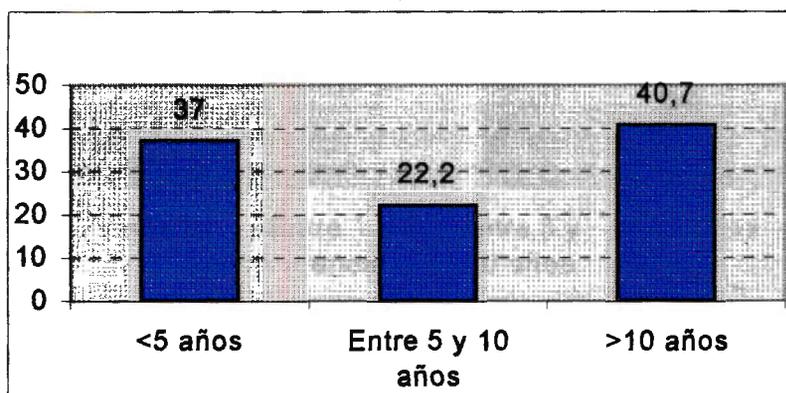
La mayoría de encuestados tienen un contrato laboral fijo(83.6%).



Gráfica 5: Contrato de trabajo

6- Variable año finalización de los estudios:

Podemos ver que el año de finalización de los estudios de los encuestados se reparte entre los dos extremos, El 37% acabaron hace menos de cinco años y el 40,7% hace más de diez. Estos dos grupos en total representan el 77,7% de la población.



Gráfica 6: Año finalización de estudios

7-Variable titulación académica:

La gran mayoría de la población realizó sus estudios como Diplomado en Enfermería.

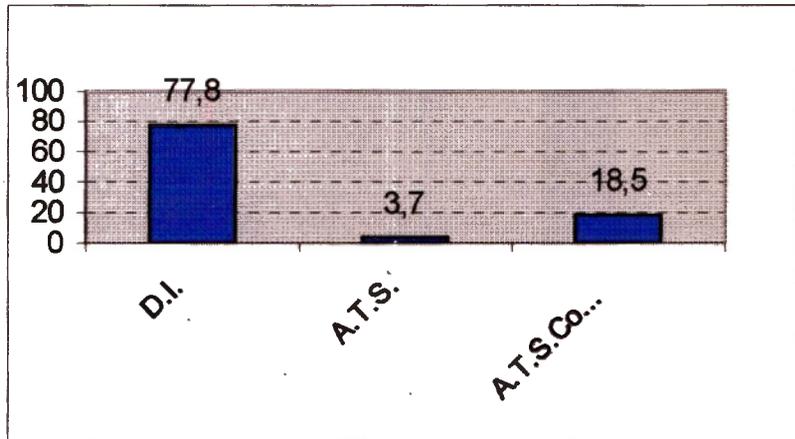
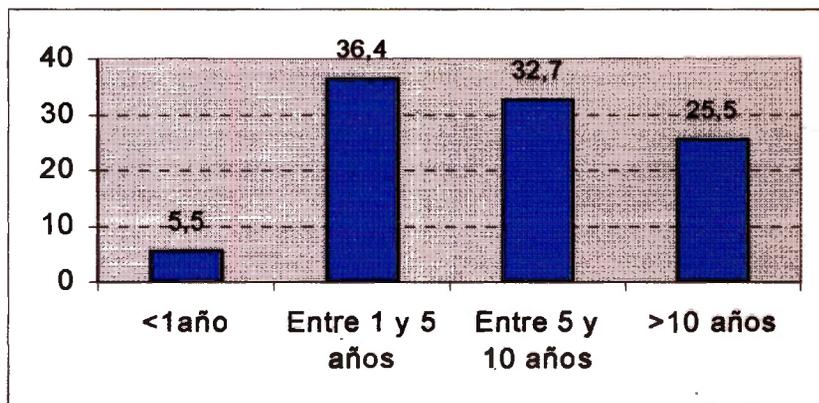


Gráfico 7: Titulación Académica.

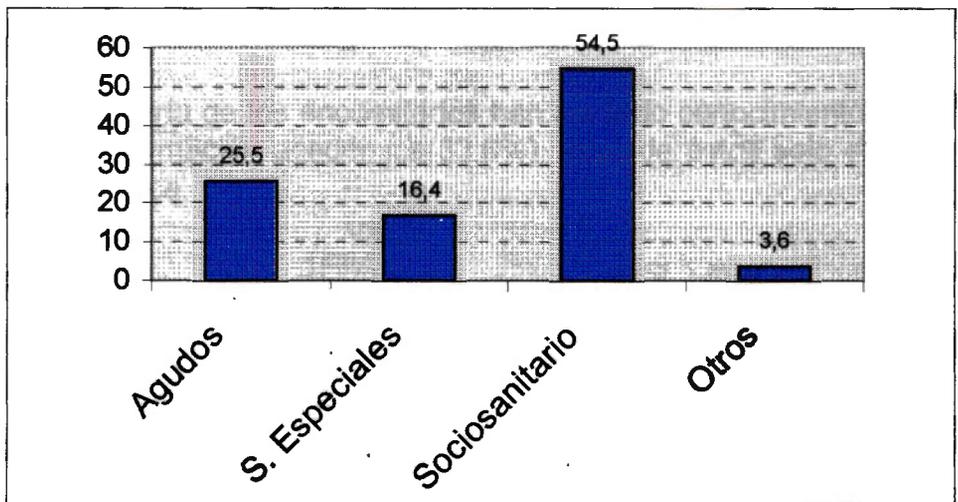
8-Variable Antigüedad en la empresa:



Gráfica 8: Antigüedad en la empresa.

9-Variable servicio donde se trabaja:

La mayoría de la población trabaja en el servicio Sociosanitario, ya que representa el 54,5% de la población.

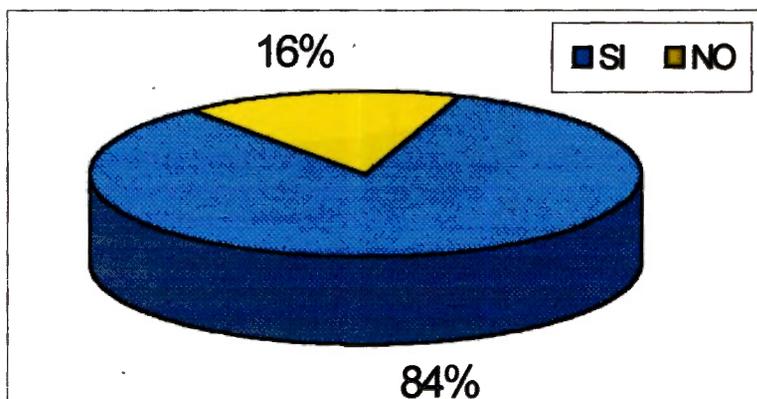


Gráfica 9:Servicio de trabajo.

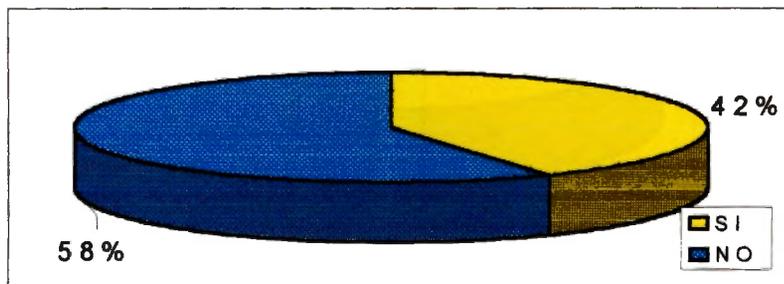
B- VARIABLES SOBRE CONOCIMIENTOS

10-Variable conocimientos sobre modelos conceptuales durante la formación académica para poder aplicarlo a la práctica.

La mayoría de los encuestados han recibido conocimientos sobre los modelos en su formación académica(83,6%). Pero de éstos solo el 41,7% lo aplican en la práctica.



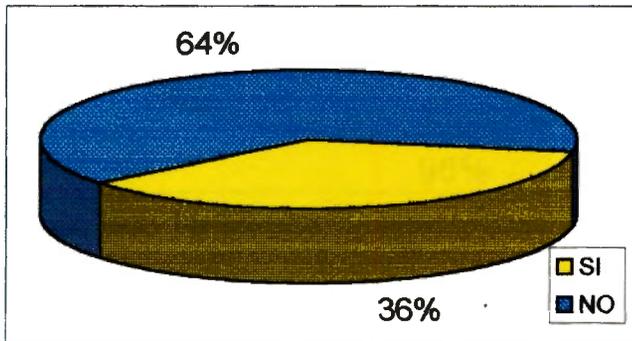
Gráfica 10: Conocimientos modelo en la formación académica



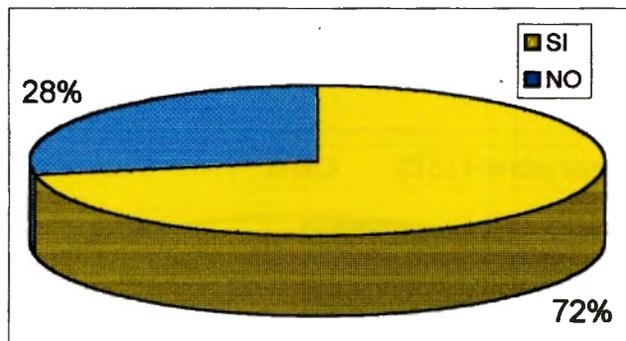
Gráfica 11: Aplicación modelos en la práctica

11- Variable conocimientos sobre modelos conceptuales durante la formación continuada para poder aplicarlo a la práctica.

Pocos encuestados(36,4%) han recibido durante su formación continuada conocimientos sobre los modelos conceptuales. Estos afirman que la formación continuada recibida les permitiría aplicarlo a la práctica(72%)



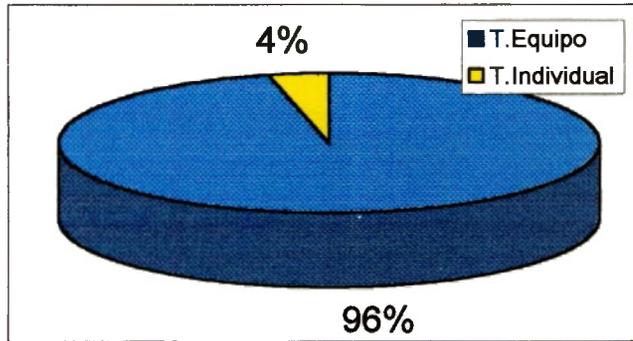
Gráfica 12: Formación continuada sobre modelos



Gráfica 13: Formación continuada que permite aplicación de modelos.

12-Variable metodología de trabajo:

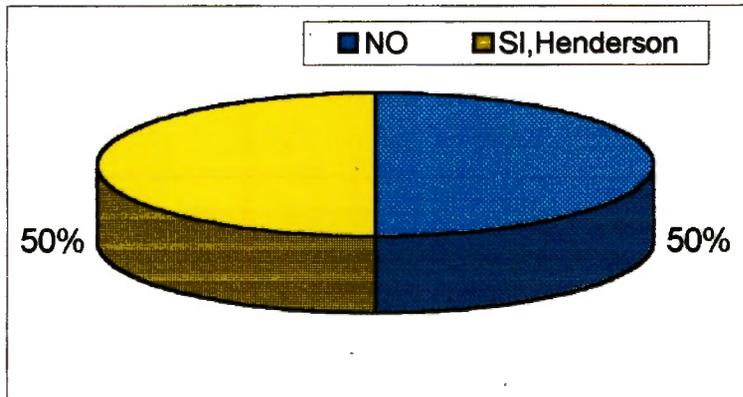
Consideramos que casi la mayoría de la población encuestada trabaja en equipo.



Gráfica 14: Metodología de trabajo

13- Variable aplicación de un modelo conceptual en el trabajo.

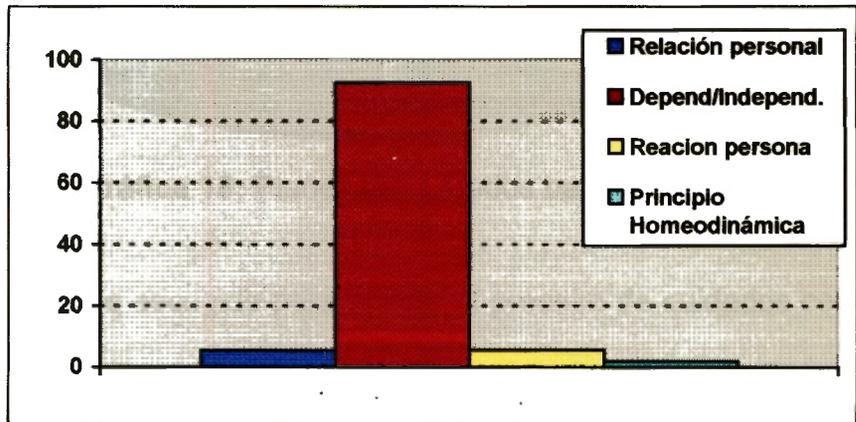
De los encuestados el 50% utiliza un modelo conceptual en su trabajo habitual. El modelo elegido por todos éstos es el modelo conceptual de Virginia Henderson.



Gráfica 15: Aplicación modelo conceptual

14-Variable identificación elementos clave del modelo de V. Henderson:

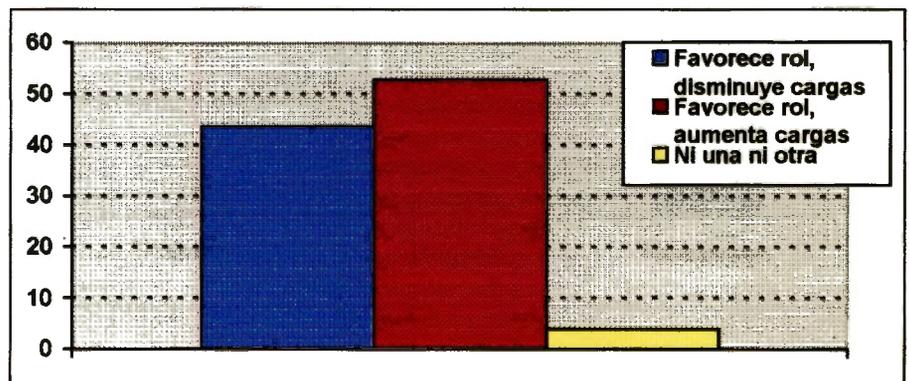
La gran mayoría de la población encuestada muestra un elevado porcentaje de conocimientos sobre los elementos clave del modelo de V. Henderson. Identificando como tales, la dependencia y la independencia en la satisfacción de las necesidades.



Gráfica16: Conocimientos modelo V.Henderson

15- Variable consecuencias de trabajar con un modelo conceptual:

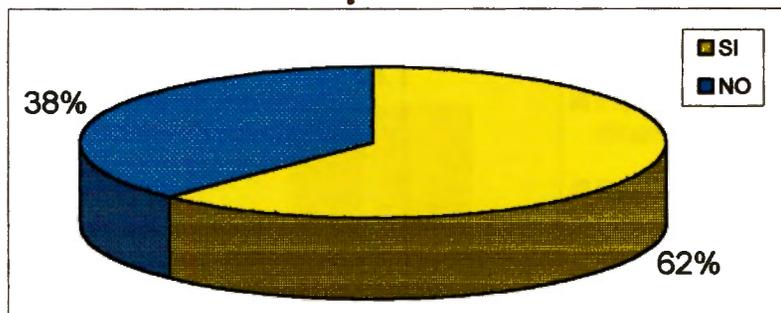
Queda evidente que la mayoría de los encuestados cree que trabajar siguiendo un modelo conceptual favorece el rol autónomo, lo que no queda tan claro es como repercute sobre las cargas de trabajo. El grupo encuestado queda dividido en los que creen que trabajar basándose en un modelo favorece el rol y disminuye las cargas de trabajo y los que creen que favorece el rol pero aumenta las cargas de trabajo.



Gráfica 17: Modelo conceptual y rol autónomo

16-Variable trabajar mediante la elaboración de un plan de cuidados basado en necesidades:

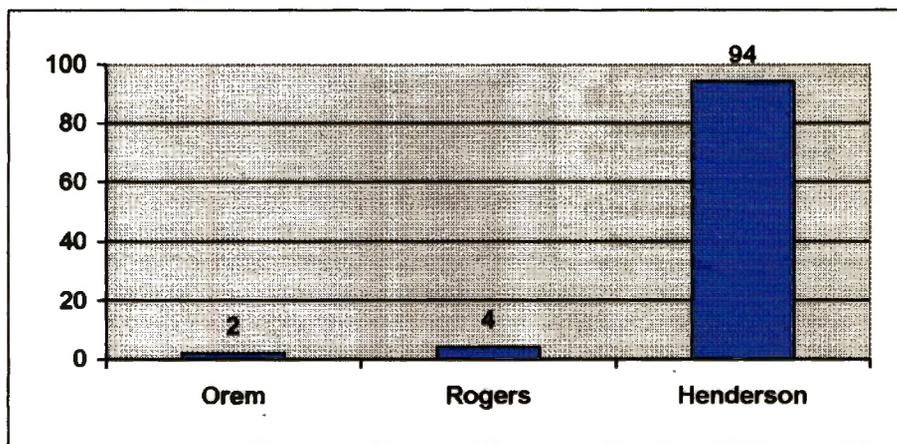
Un porcentaje elevado(62%) de los encuestados trabajan elaborando planes de cuidados.



Gráfica 18: Planes de cuidados basados en necesidades

17-Variable de modelo escogido para aplicar el proceso de cuidados centrado en las necesidades.

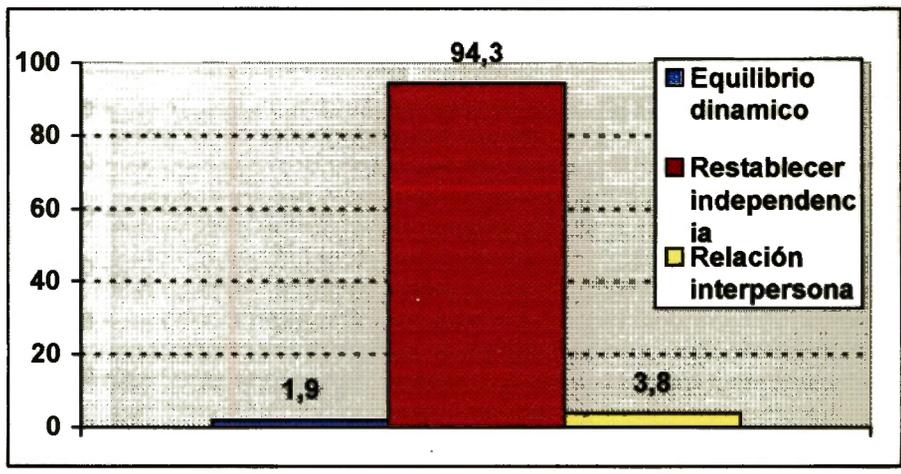
Nos queda evidente que la mayoría(94%) identifican correctamente el modelo conceptual de V.Henderson como el que se centra en las necesidades.



Gráfica 19: Modelo según necesidades

18-Variable definición "Cuidado" según V. Henderson:

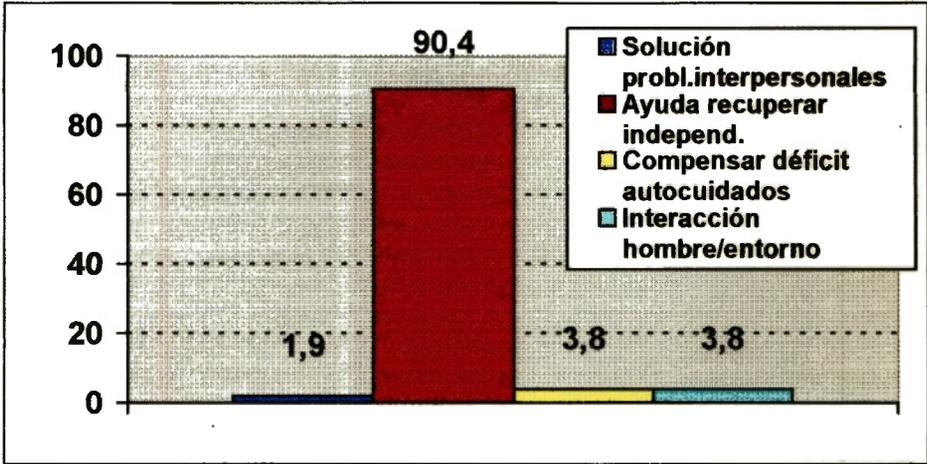
Se evidencia un alto grado(94,3) de conocimiento de dicha definición por parte de la población encuestada.



Gráfica 20: Definición cuidado.

19-Variable rol de la enfermera según V. Henderson:

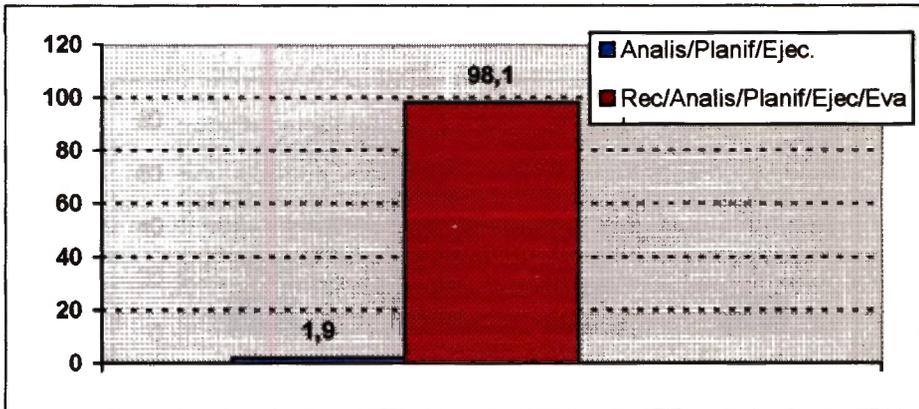
Siguiendo la línea de la pregunta anterior, aquí también existe un alto porcentaje(>90%) de respuestas correctas en cuanto a identificar cual es el rol de la enfermera según V. Henderson; " Ayudar al individuo sano o enfermo a conservar o recuperar la salud para ayudarlo a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.



Gráfica 21: Rol de la enfermera.

20- Variable etapas del proceso de enfermería basadas en la NANDA.

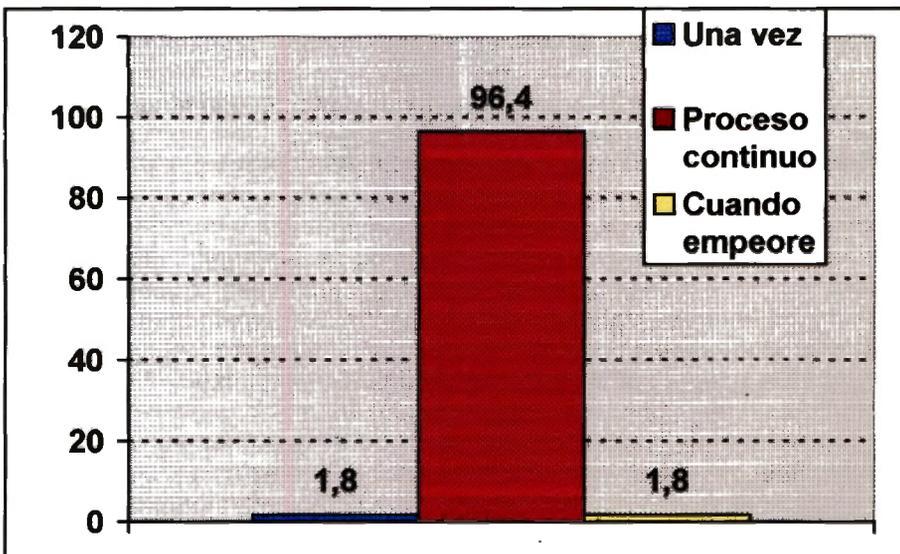
Se nos hace evidente que la mayoría de los encuestados conoce las etapas del proceso de enfermería según la NANDA, éstas son recogida, análisis, planificación, ejecución e evaluación.



Gráfica 22:1. Etapas del proceso.

21-Variable recogida de datos se hará:

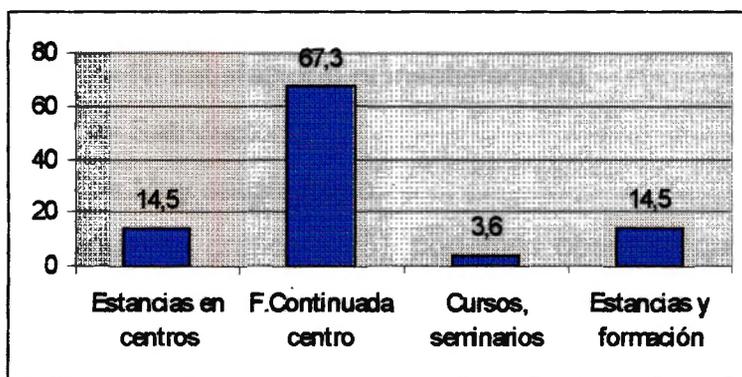
La mayoría de encuestados reconoce la recogida de datos como un proceso continuo, que debe iniciarse a la llegada del cliente al servicio.



Gráfica 23: Recogida de datos

22-Variable metodología para la implantación:

Un alto porcentaje cree que el mejor método para la implantación es recibir formación continuada en el centro. Aunque debe tenerse en cuenta que un 14.5% preferirían realizar estancias en otros centros donde ya está implantado.



Gráfica 24: Modo implantación

C- VARIABLES SATISFACCION PROFESIONAL

Para valorar el grado de satisfacción profesional, hemos elaborado una escala de valores del 1 al 5.

Siendo 1= Muy insatisfactorio;

2= Insatisfactorio,

3= Ni satisfactorio ni insatisfactorio,

4= Satisfactorio,

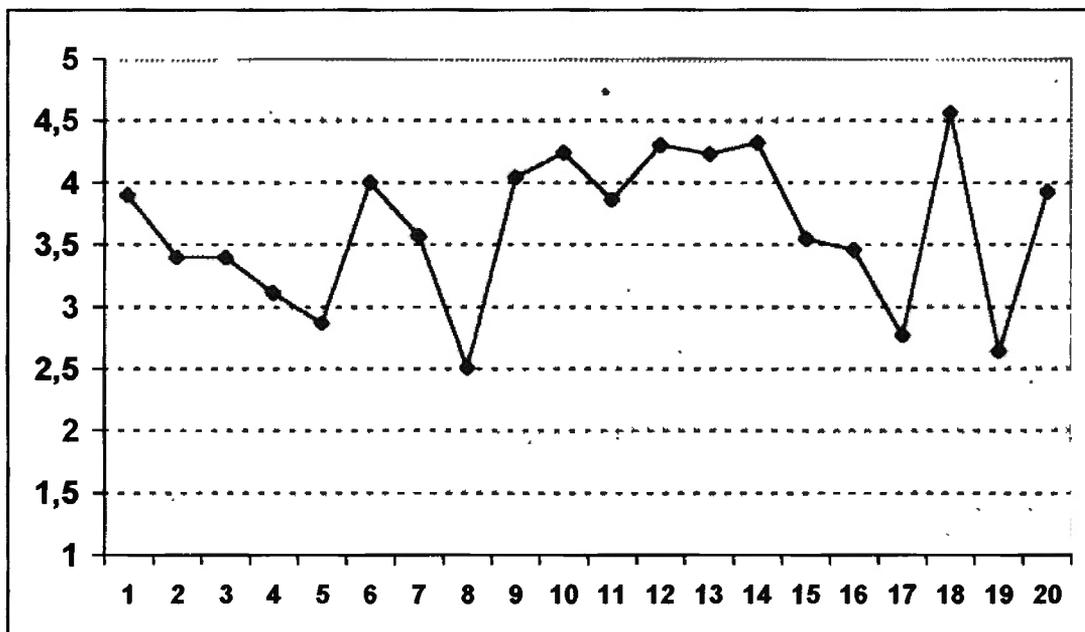
5= Muy satisfactorio.

En la siguiente gráfica(nº25), podemos observar que la mayoría de las variables están por encima del valor 3, así se puede afirmar que el grado de satisfacción respecto a la mayoría de las variables es elevado.

Las variables obtenidas por debajo del grado de ni insatisfactorio ni satisfactorio son: el ritmo de trabajo, la remuneración económica, las cargas de trabajo, la formación continuada y el trabajar por tareas.

Las variables que producen un nivel de satisfacción más elevado son: el reconocimiento del trabajo por parte del paciente, percibir incentivos no económicos, posibilidad de escoger servicio de trabajo, participar en la organización y planificación del trabajo, participar en la elaboración de objetivos anuales, trabajar en un centro basado en la gestión participativa, trabajar en equipo y trabajar con el P.A.E.

La variable en que se obtiene un mayor grado de satisfacción es la de poder trabajar en equipo.



Gráfica 25: satisfacción profesional (media de los tres centros)

- 1-Reconocimiento de tu trabajo por parte del paciente
- 2-Reconocimiento de tu trabajo por parte de otros profesionales
- 3-Grado de autonomía para la toma de decisiones
- 4-Ritmo de trabajo resulta
- 5-Remuneración económica resulta
- 6-Percibir incentivos no económicos resulta
- 7-Grado de satisfacción profesional es
- 8- Cargas de trabajo de la unidad son
- 9-Posibilidad de escoger servicio donde se trabaja es
- 10-El haber podido escoger el servicio la satisfacción es
- 11-Posibilidad de promoción profesional resulta
- 12-Participar en la organización y planificación del trabajo resulta
- 13-Participar en la elaboración de objetivos anuales del departamento de enfermería es
- 14-Trabajar en un centro basado en la gestión participativa resulta
- 15-Relación entre formación académica y práctica profesional
- 16-Relación entre la formación continuada y la práctica profesional
- 17-Formación continuada recibida por la empresa es
- 18-Trabajar en equipo resulta
- 19-Trabajar por tareas resulta
- 20-Trabajar con el proceso de enfermería basándose en un modelo conceptual resulta

4.5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

A continuación presentamos el análisis inferencial de los resultados obtenidos diferenciados por centros.

Hospital 1-Personal de enfermería de hospital comarcal concertado, sin modelo conceptual definido.

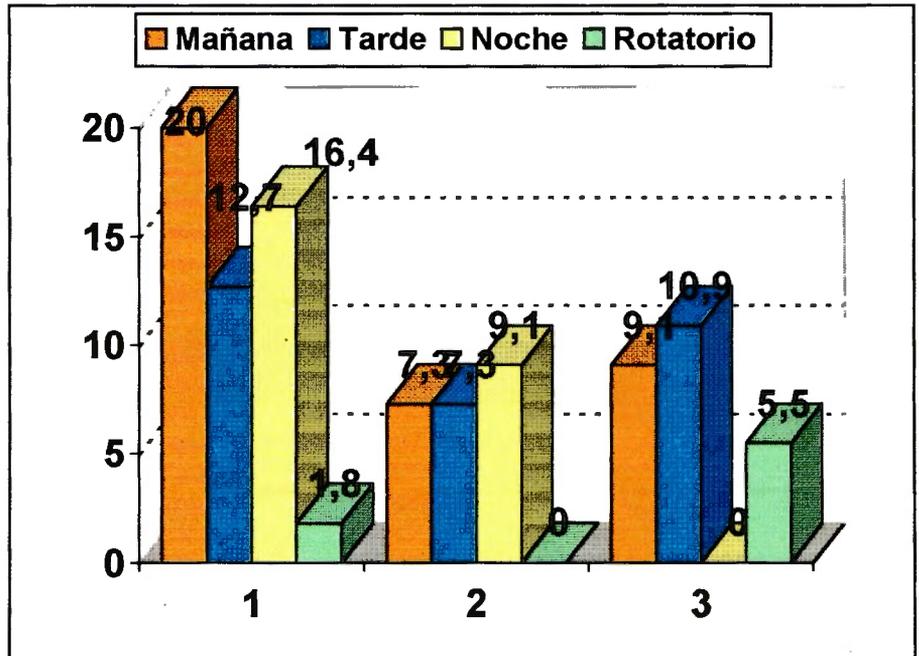
Hospital 2-Personal de enfermería de un hospital concertado de Barcelona que no trabajen siguiendo un modelo conceptual.

Hospital 3-Personal de enfermería de un centro geriátrico público que ya esté utilizando el P.A.E. siguiendo un modelo conceptual.

A- VARIABLES PERSONALES Y SOCIO-CONTEXTUALES POR CENTROS

1- Variable Turno de trabajo por centros:

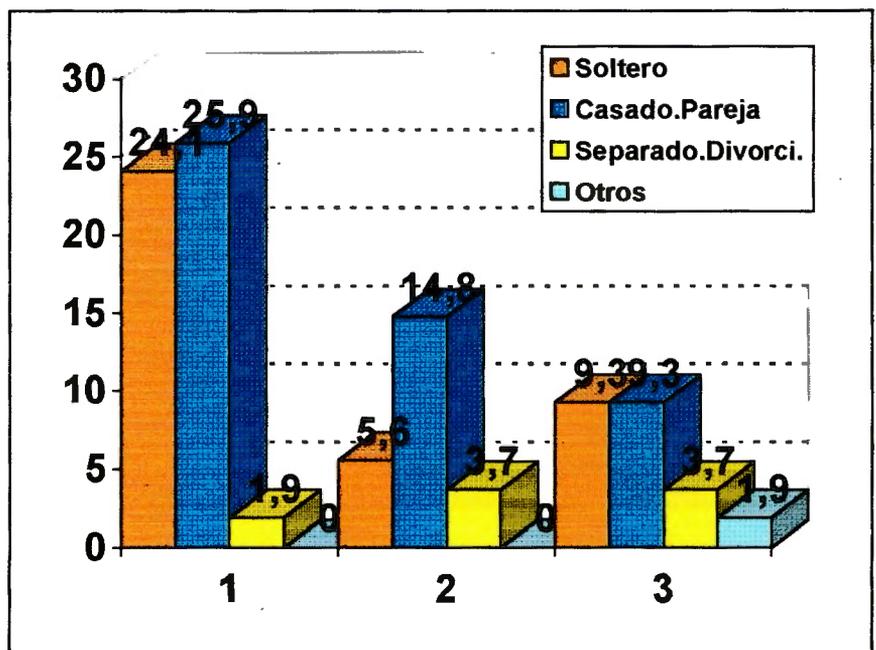
Se puede observar que en el centro 2 no hay personal con turno rotatorio; siendo el porcentaje más bajo en los otros dos centros.



Gráfica 26 : Turno de trabajo por centros.

2- Variable estado civil por centros:

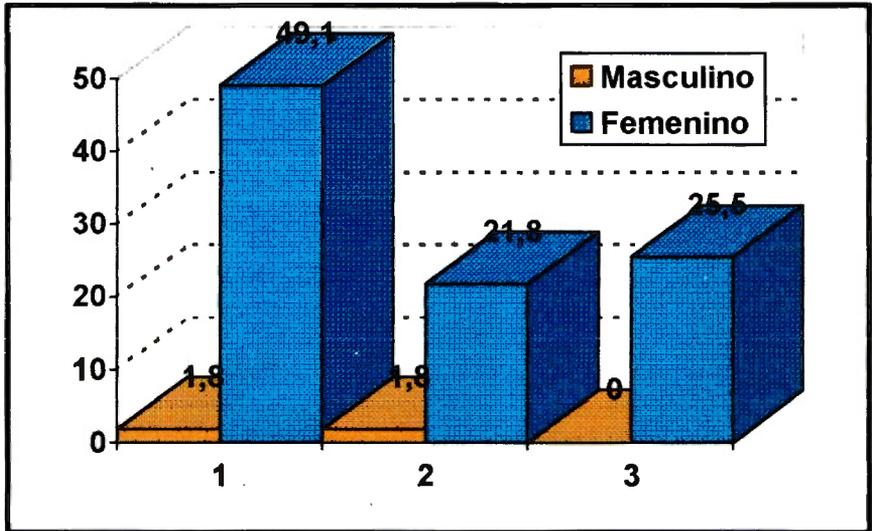
En todos los centros predomina la categoría casados o en pareja.



Gráfica 27 : Estado civil por centros.

3-Variable genero por centros:

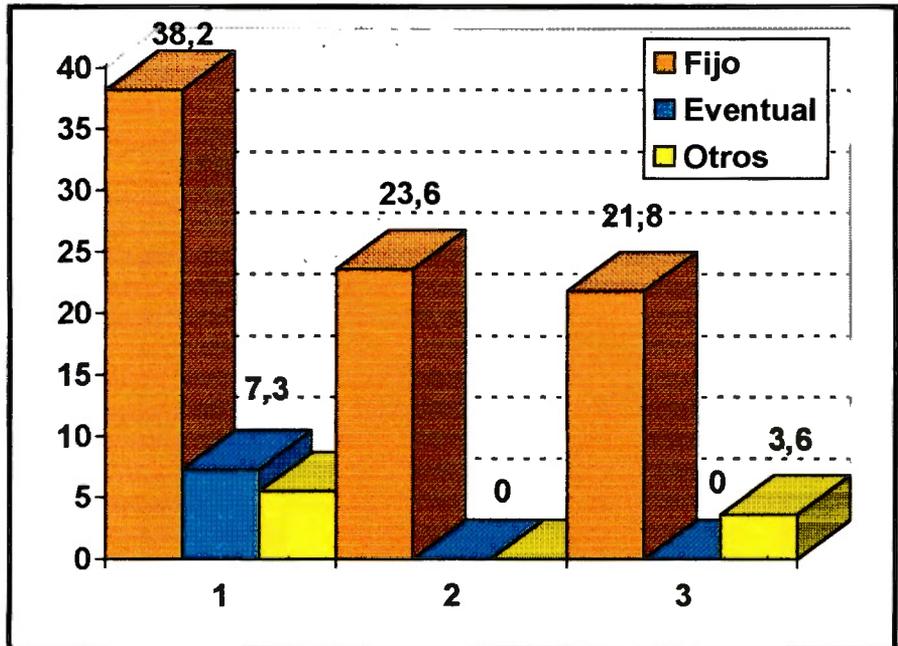
En los tres centros prima el genero femenino.



Gráfica 28 : Genero por centros.

4-Variable contrato de trabajo por centros:

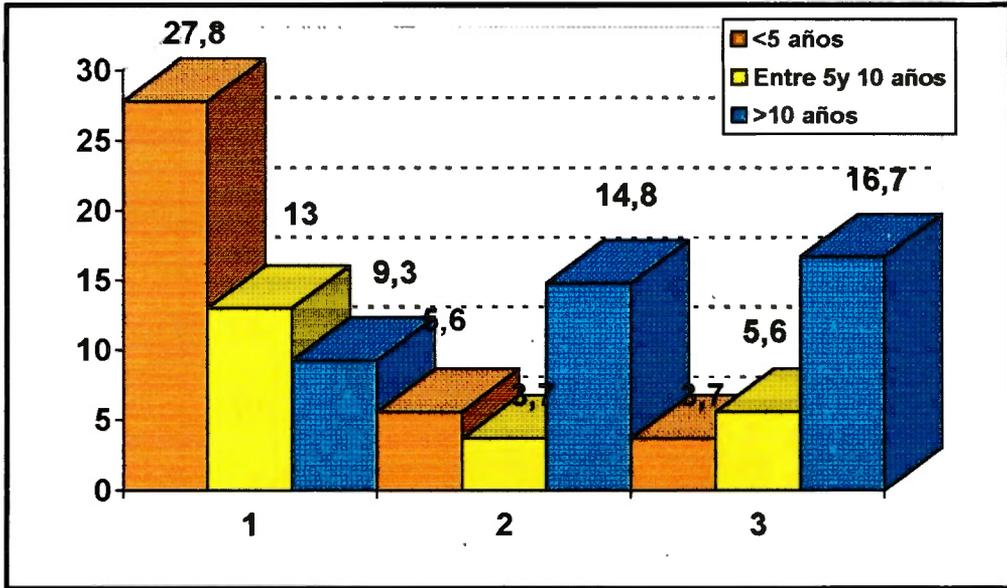
Un porcentaje alta de los tres centros tiene contrato laboral fijo.



Gráfica 29: Contrato de trabajo por centros.

5- variable año final estudios por centros:

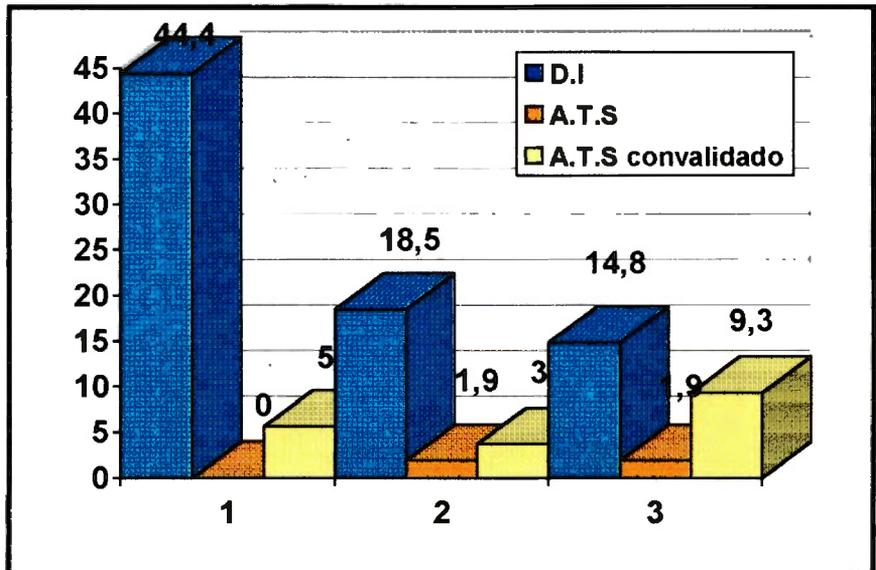
En el centro 1 los profesionales finalizaron los estudios hace menos de 5 años y en los otros dos centros hace más de 10 años.



Grafica 30 : Año finalización estudios por centros.

6- Variable titulación académica por centros:

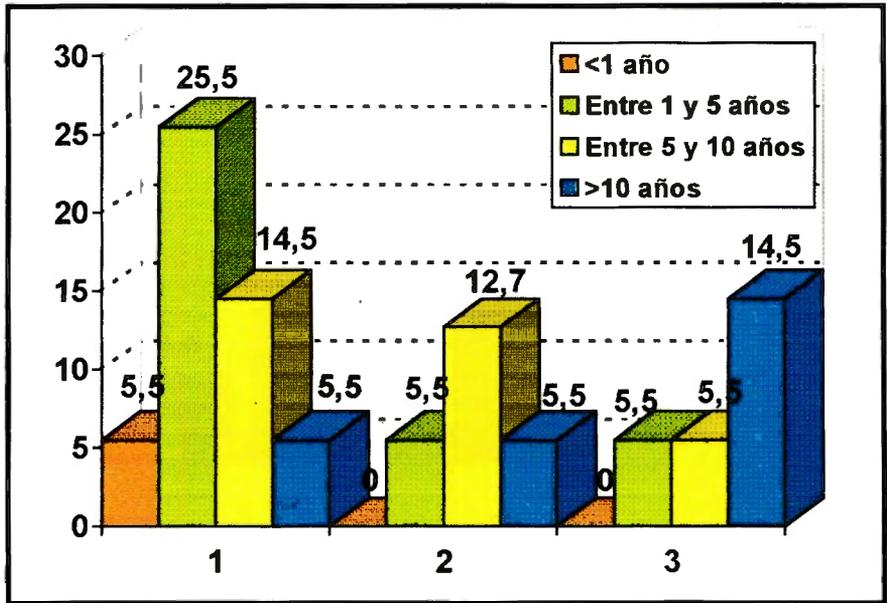
Podemos considerar que en los tres centros se observa la titulación académica de Diplomados en Enfermería.



Gráfica 31 : Titulación académica por centros.

7- Variable antigüedad en la empresa:

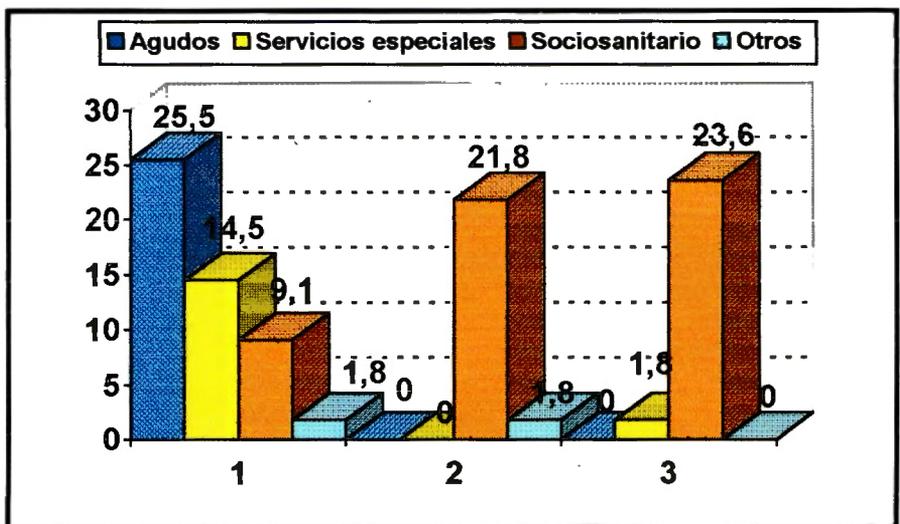
En el centro 1 se observa una antigüedad de los profesionales inferior a 5 años, siendo en el centro 3 la antigüedad superior a 10 años.



Gráfica 32 : Antigüedad en la empresa por centros.

8-- Variable servicio de trabajo por centros:

En el centro 2 y 3 la mayoría trabajan en el área sociosanitaria, quedando el centro 1 profesionales que trabajan en distintos servicios.

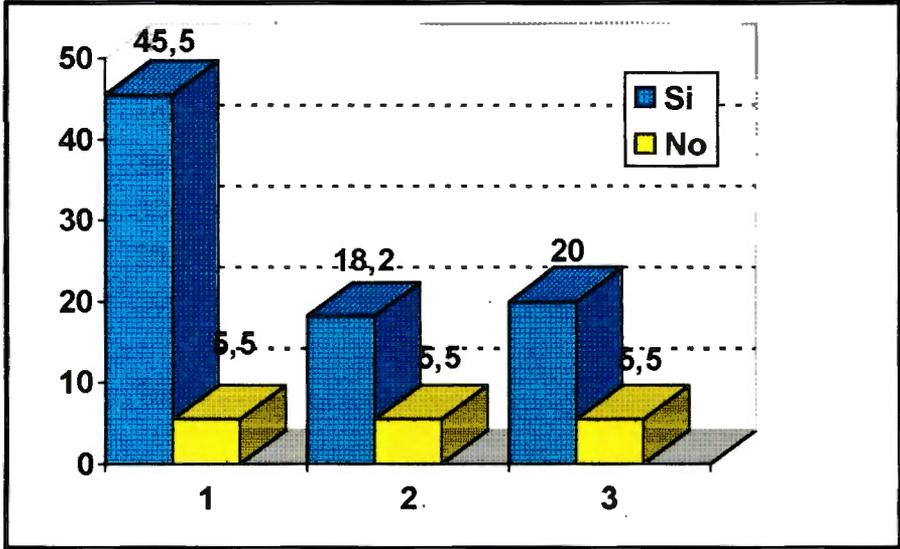


Gráfica 33 : Servicio de trabajo por centros.

B- VARIABLES SOBRE CONOCIMIENTOS

9- Variable conocimientos sobre modelos en formación académica:

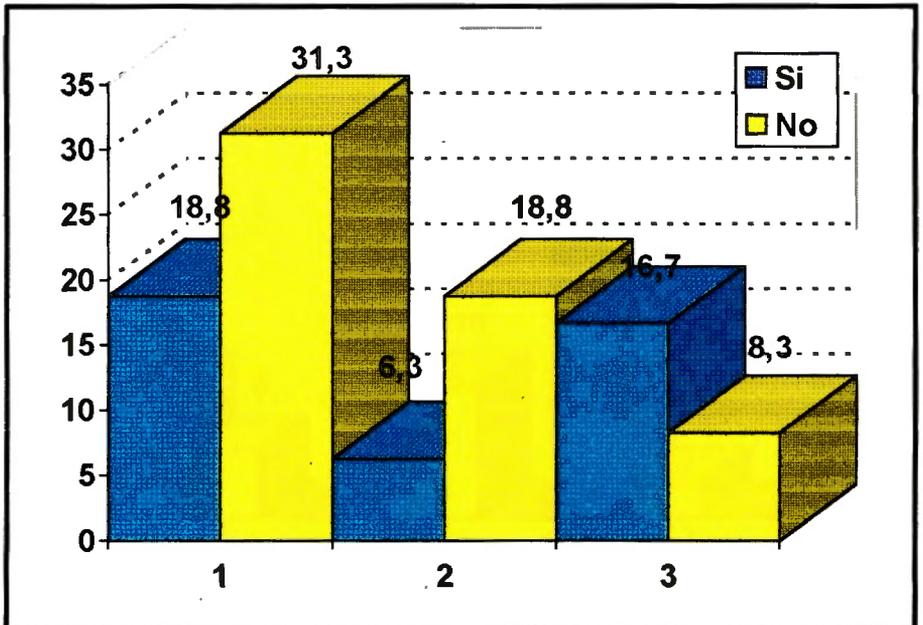
En el centro 1 esta caracterizado por profesionales que finalizaron su formación académica hace menos de 5 años son los que han recibido mas conocimientos sobre modelos. .



Gráfica 34 : Antigüedad en la empresa por centros.

10-Variable formación académica para la practica por centros:

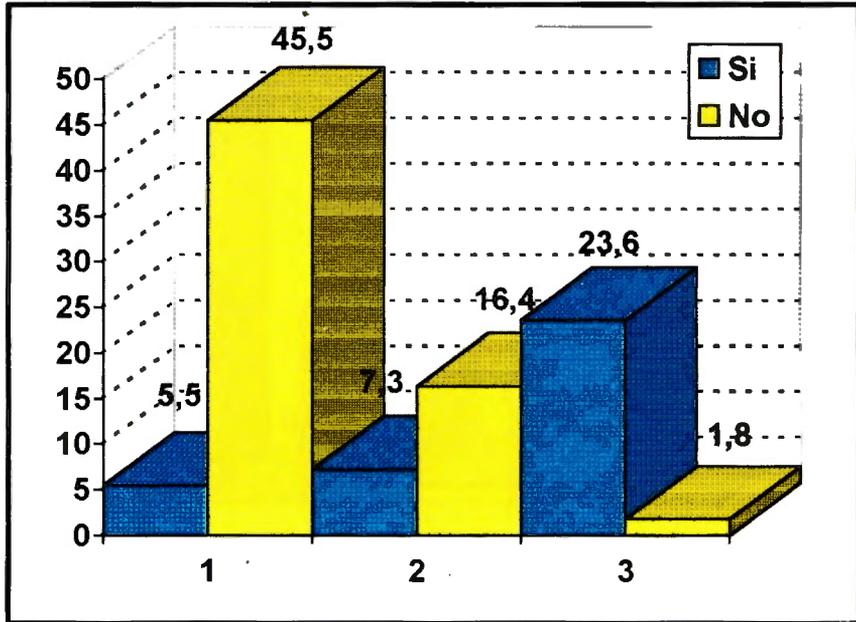
En el centro 3 aunque son pocos los que han recibido formación académica sobre modelos , estos la mayoría pueden aplicarlos en la practica.



Gráfica 35: Formación académica para la practica por centros.

11-Variable formación continuada sobre modelos:

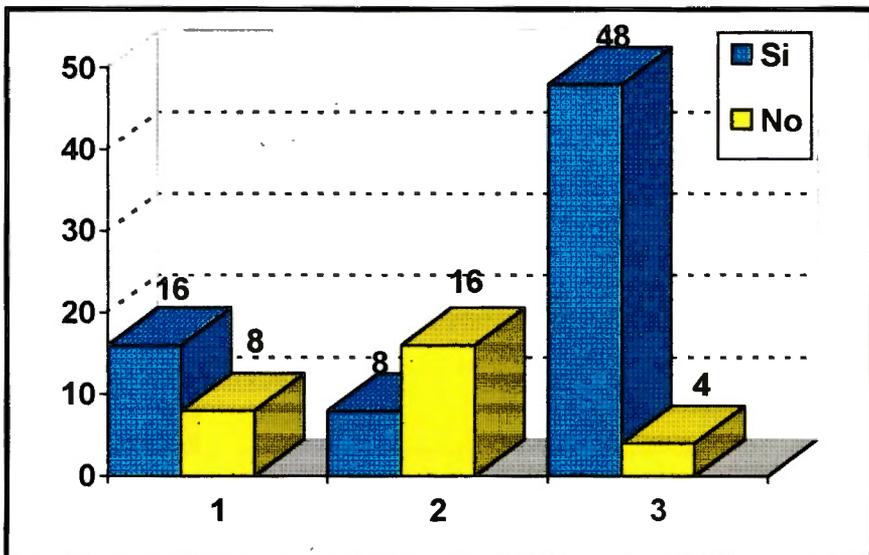
La diferencia del centro 3 respecto a los otros dos, evidencia que este ha realizado formación continuada sobre modelos.



Gráfica 36 : Formación continuada por centros.

12- Variable formación continuada sobre modelos para la practica por centros :

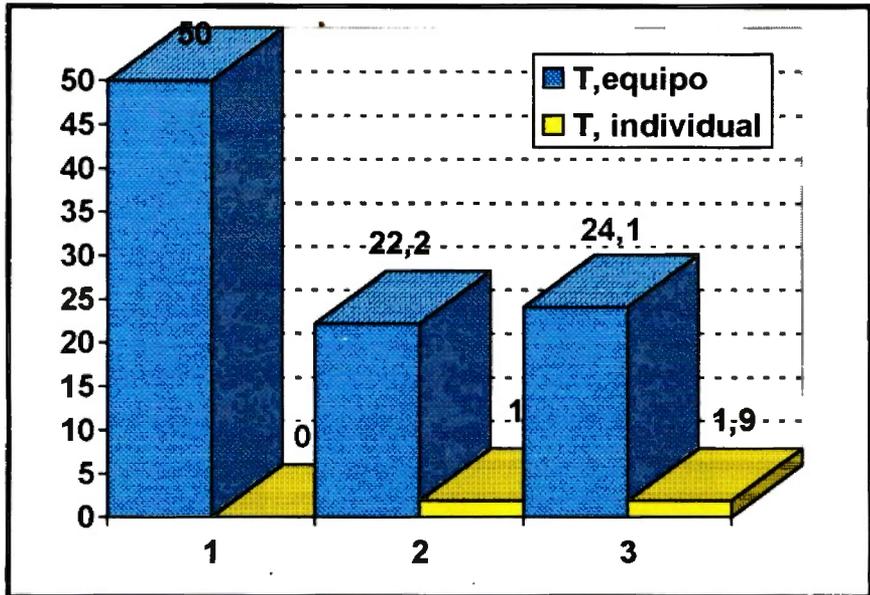
En el centro 3 donde se ha realizado formación continuada sobre modelos ha permitido su aplicación en la practica profesional.



Gráfica 37 : Formación continuada sobre modelos para la practica por centros.

13-Variable Metodología trabajo por centros:

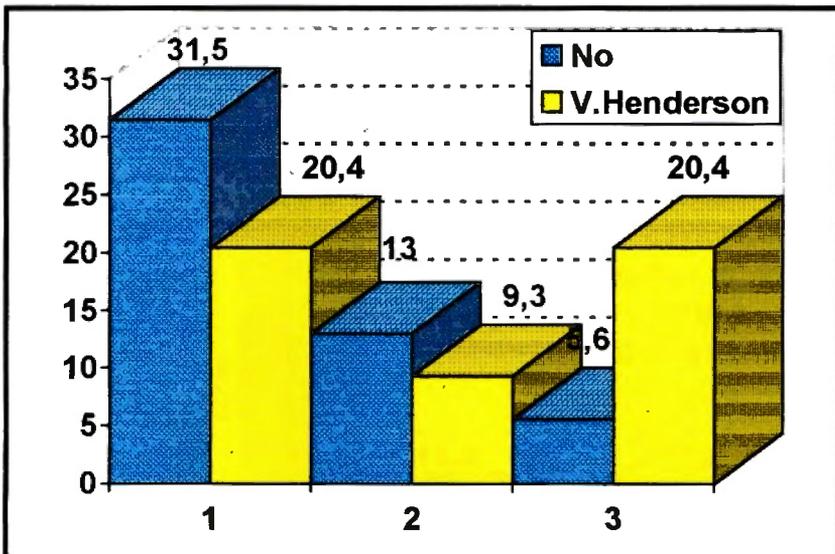
En los 3 centros el personal considera que la metodología de trabajo es por equipo



Gráfica 38 : Metodología de trabajo por centros.

14- Variable Basas tu trabajo en el modelo por centros:

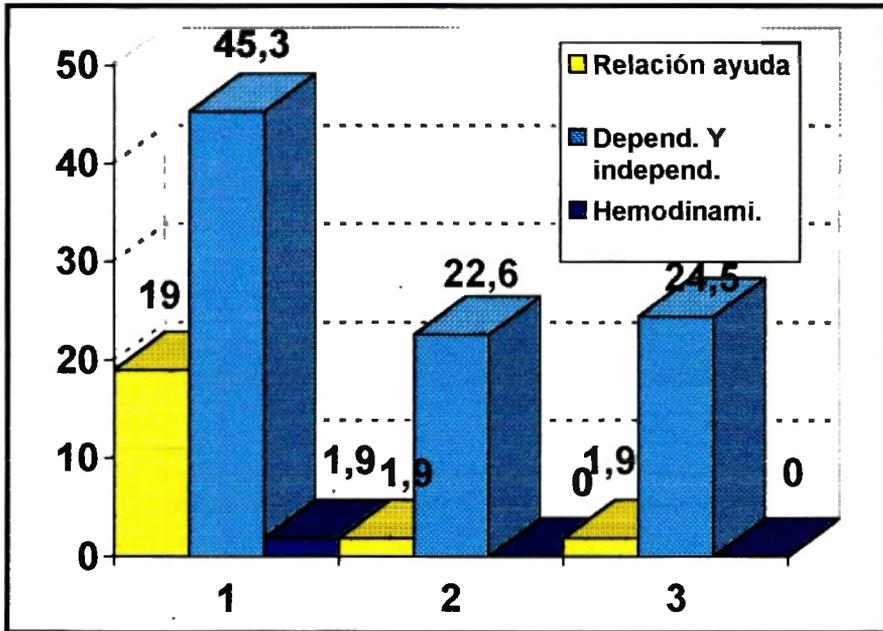
Se evidencia que solo en el centro 3 basan su trabajo siguiendo un modelo conceptual.



Gráfica 39 : Basas tu trabajo en el modelo por centros.

15- Variable Elementos clave V.H por centro:

En los tres centros la mayoría de encuestados reconocen los elementos clave del modelo de Virginia Henderson.

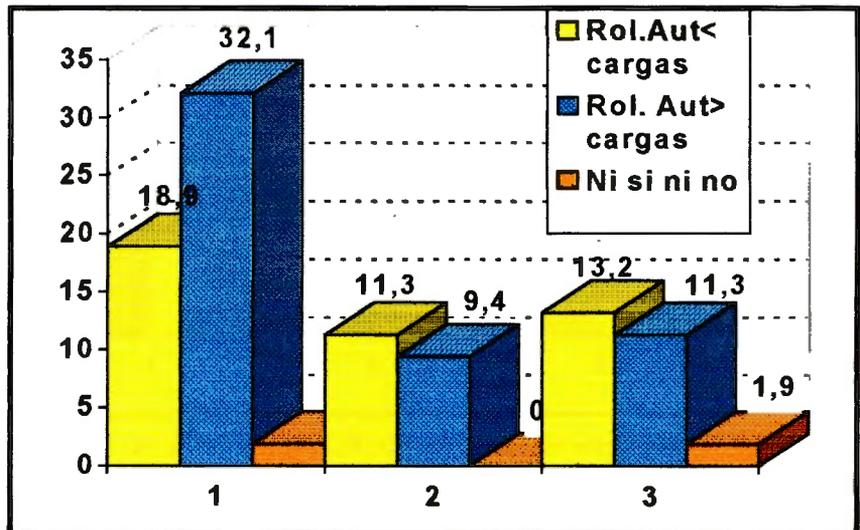


Gráfica 40 : Elementos clave V. H por centros.

16- Variable Trabajar con M.C por centro:

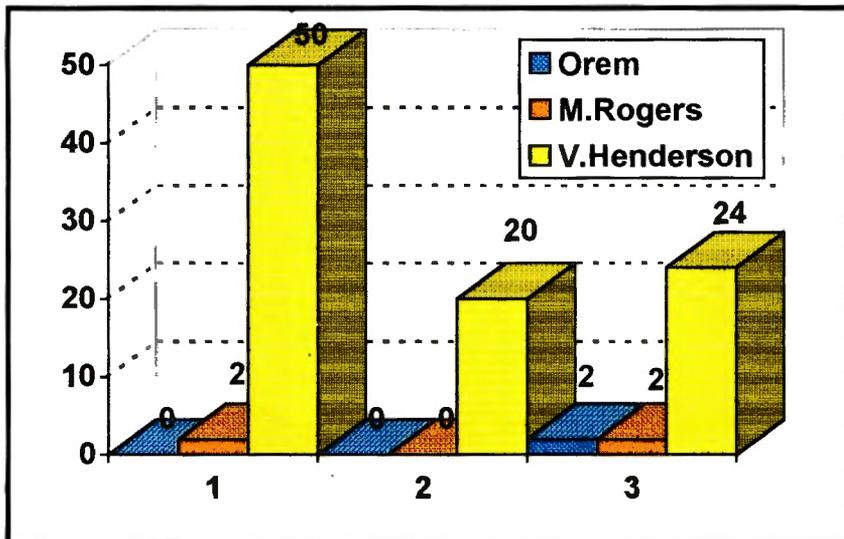
En los tres centros confirman que trabajar con un modelo conceptual permite desarrollar el rol autónomo de la enfermera. En cuanto si esto aumenta o disminuye las cargas en el trabajo, el centro 1 indica que las aumenta y en el resto las opiniones quedan muy igualadas.

Gráfica 41 : Trabajar con M.C por centros.



17-Variable Aplicar M.C según necesidades por centros:

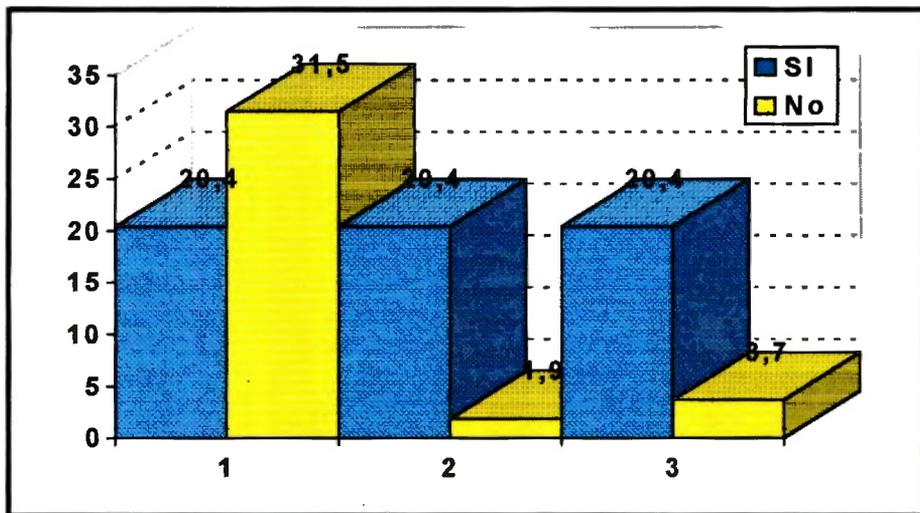
Todos los centros identifican en su mayoría que el modelo basado en las necesidades es el de Virginia Henderson.



Gráfica 42 : Aplicar M.C según necesidades por centros.

18- Variable Trabajar con un plan de cuidados según necesidades por centros:

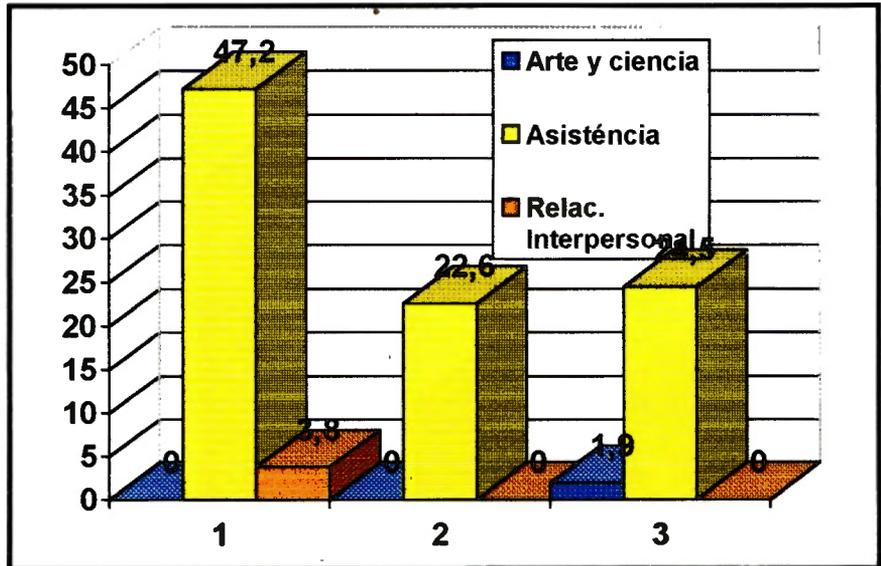
En los tres centros se observa que trabajan mediante un plan de cuidados basados en necesidades.



Gráfica 43 : Trabajar con un plan de cuidados según necesidades por centros.

19-Variable concepto cuidado según V.H por centros:

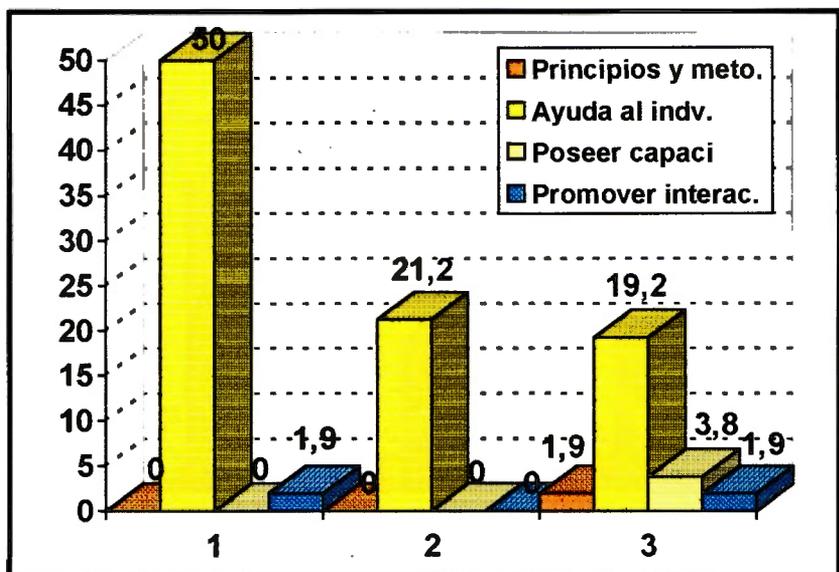
La mayoría de encuestados de los tres centros identifican correctamente la definición de cuidado del modelo de Virginia Henderson.



Gráfica 44 : Concepto de cuidado por centros.

20- Variable Rol enfermera según V.H por centros:

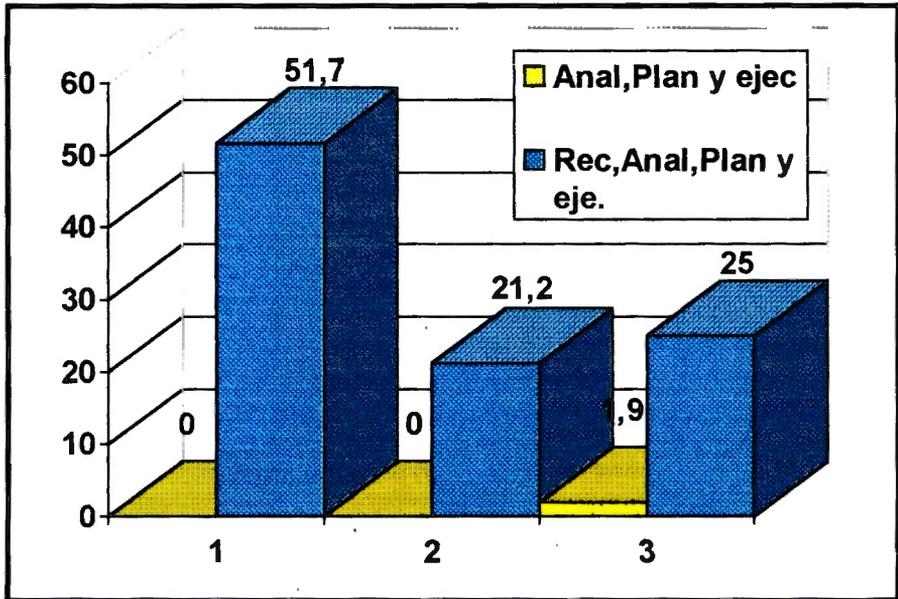
Al igual que la anterior , en los tres centros se ha identificado correctamente en su gran mayoría , cual es el rol de la enfermera según Virginia Henderson .



Gráfica 45 : Rol enfermera según V. H por centros

21-Variables Etapas proceso según NANDA por centros:

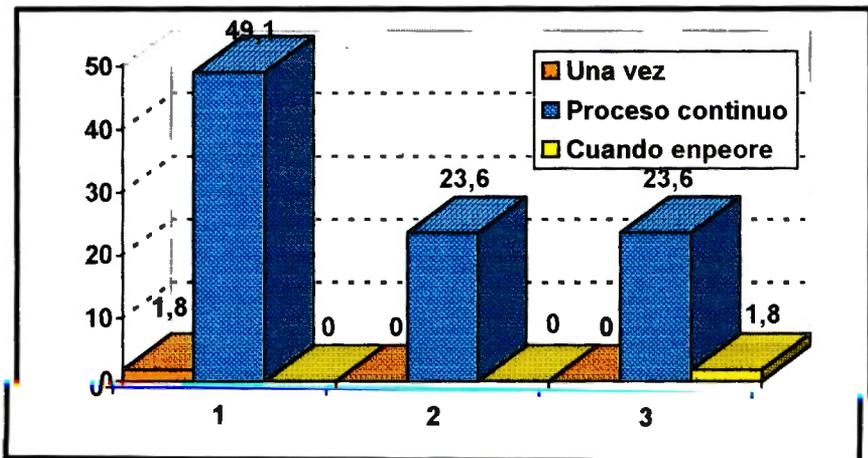
No existen diferencias en los tres centros en cuanto a identificar las etapas del proceso de enfermería según NANDA. La mayoría las reconoce correctamente.



Gráfica 46 : Etapas del proceso según NANDA por centros.

22-Variable recogida de datos por centros:

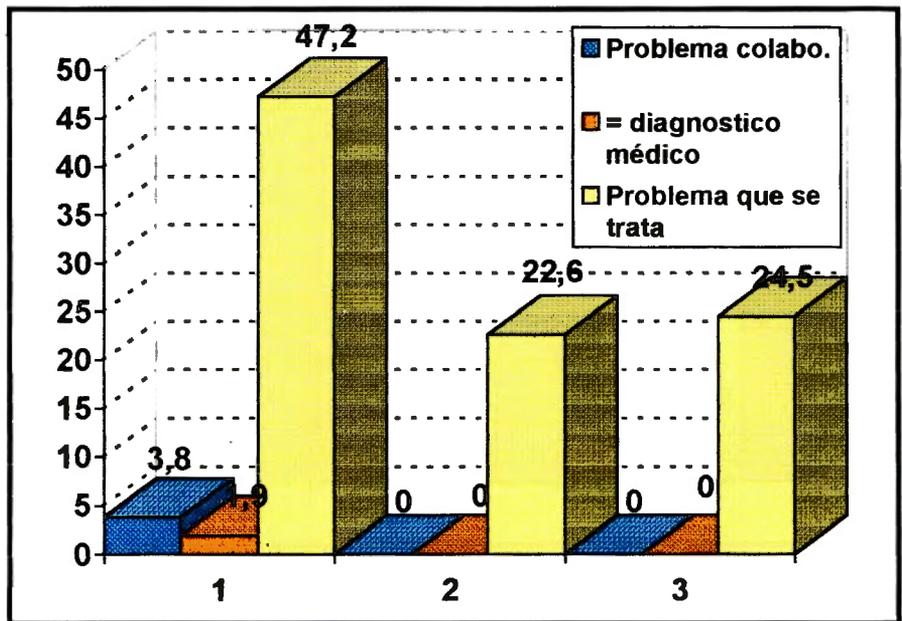
La mayoría de los encuestados de los tres centros creen que en la 1ª etapa del proceso de enfermería, la recogida de datos, debe hacerse como un proceso continuo durante todo el ingreso, por lo que no existen diferencias entre centros.



Gráfica 47 : Recogida de datos por centros.

23- Variable Diagnostico de enfermería por centros:

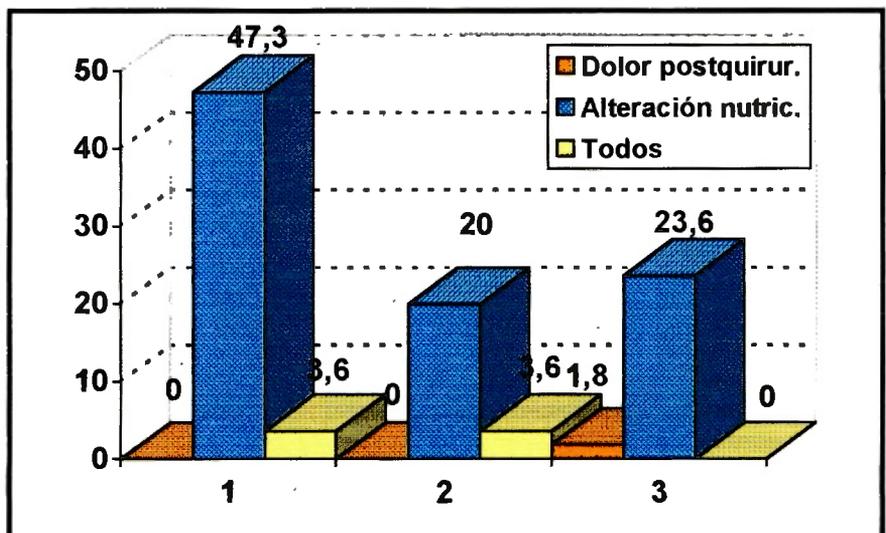
En el centro 1 se observa un porcentaje bajo de personas que no identifican que es el diagnostico de enfermería. En los otros dos centros su mayoría lo hace correctamente



Gráfica 48 : Diagnósticos de enfermería por centros.

24-Variable Diagnostico de enfermería por centros:

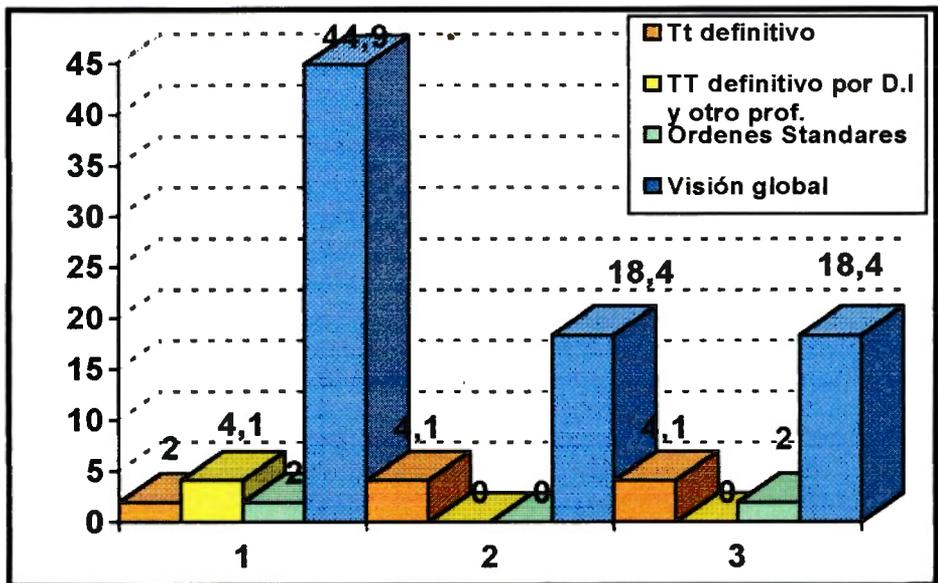
En los tres centros la mayoría de encuestados reconocen el diagnostico de enfermería correcto no existiendo diferencias significativas entre los centros.



Gráfica 49 : Diagnostico de enfermería por centros.

25- Variable Diagnostico enfermería te permiten... por centro:

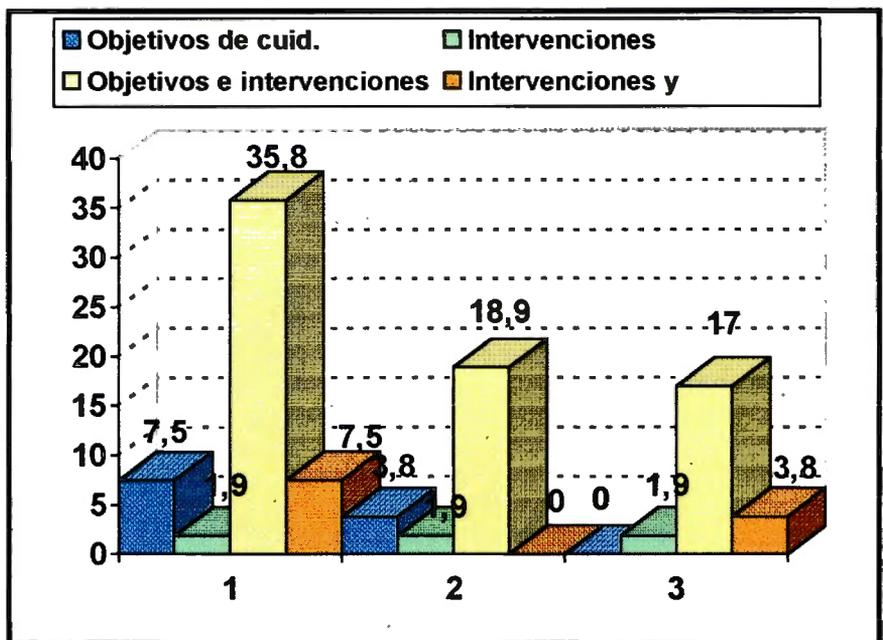
En los tres centros, la mayoría reconocen que los diagnósticos te permiten tener una visión global del paciente.



Gráfica 50 : Diagnósticos de enfermería permiten, por centros.

26-Variable Elementos planificación por centros:

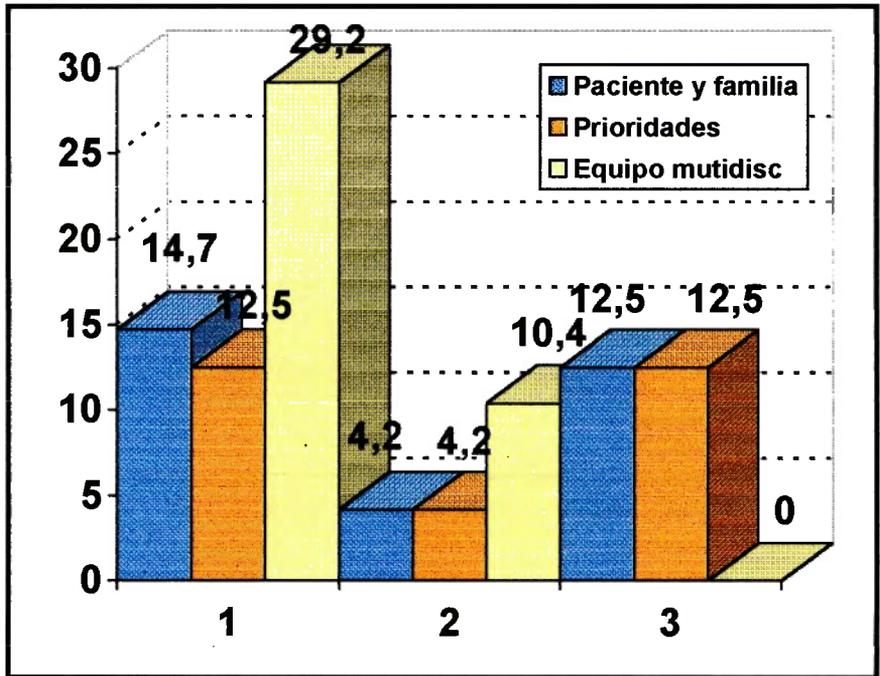
En los tres centros se identifican como elementos de la etapa de planificación los objetivos y las intervenciones.



Gráfica 51 : Elementos planificación por centros.

27- Variable Objetivos de diagnósticos por centros:

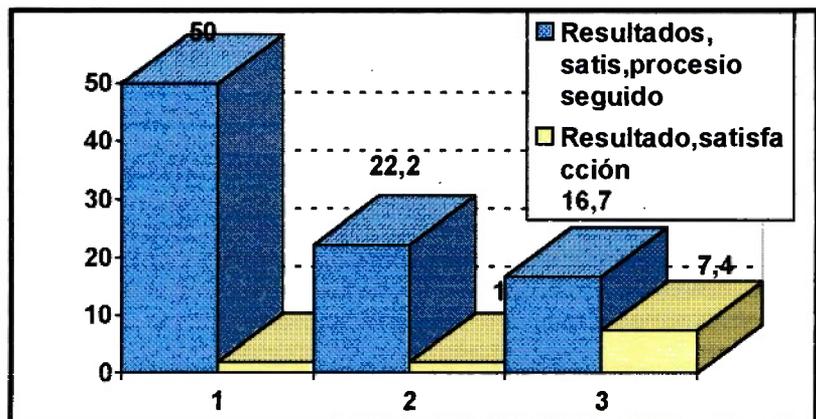
En el centro 1 y 2 creen en su mayoría que los objetivos de los diagnósticos de enfermería se establecen con el equipo multidisciplinar, cosa que no es correcta. En el centro 3 donde ya se elaboran diagnósticos quedan divididas las opiniones en que se establecen los diagnósticos con el paciente y la familia o que se establecen según prioridades del paciente.



Gráfica 52 : Objetivos de diagnósticos por centros.

28- Variable Evaluación por centros:

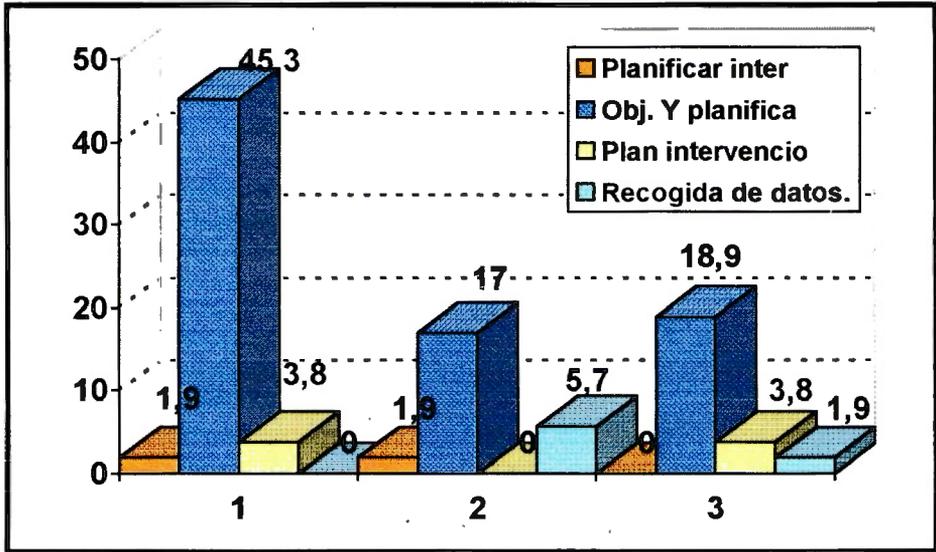
En los tres centros no se evidencian diferencias en cuanto a identificar que se valorará en la etapa de evaluación del proceso: los resultados, la satisfacción del paciente y el proceso seguido.



Gráfica 53 : Evaluación por centros.

29- Variable Pasos para planificación por centros:

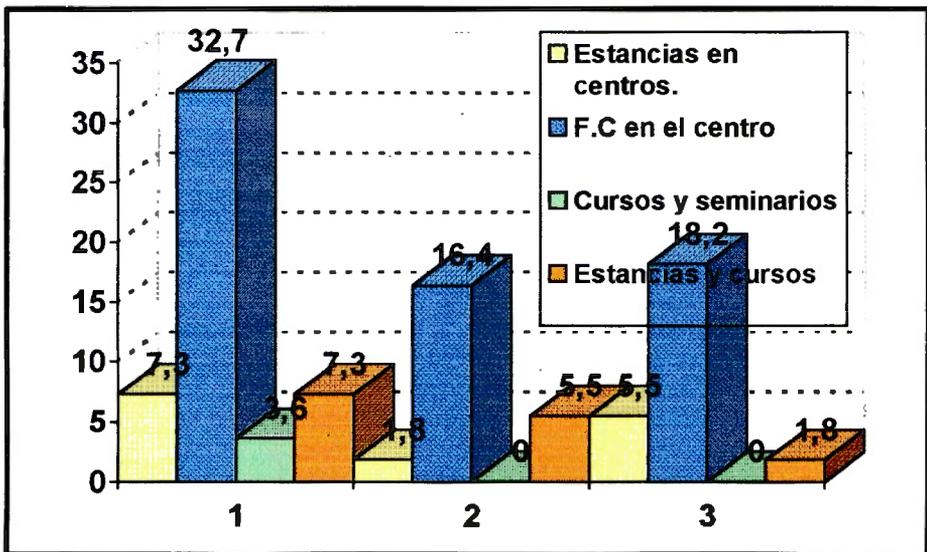
Los tres centros coinciden en los pasos a seguir para realizar una planificación de los cuidados. La mayoría marcaría unos objetivos y a partir de ellos planificaría unas intervenciones.



Gráfica 54 : Pasos para la planificación.

30-Variable Metodología formativa para implantación por centros:

La mayoría de encuestados de los tres centros prefieren la formación continuada en el centro para recibir formación sobre el modelo conceptual y su implantación a la practica profesional.



Gráfica 55 : Metodología formativa por centros.

4.5.3. SINTESIS DE CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

Variables	Global	Centro 1	Centro 2	Centro 3
Edad	33	29,5	33,4	38,9
Estado civil	Casados/en pareja	Igualdad entre solteros y casados	casados	Igualdad entre solteros y casados
Género	Mayoritariamente femenino	Mayoritaria-mente femenino	Mayoritaria-mente femenino	Todo femenino
Turno de trabajo	Igualdad mañana, tarde y noche	Mayoritaria-mente mañana	Mayoritaria-mente noche, no rotatorio	Mayoritaria-mente tarde, no noche
Tipo de contrato	Fijo	Fijo	Fijo	Fijo
Año finalización estudios	<5 años >10 años	<5 años	>10 años	>10 años
Titulación académica	D.I.	D.I.	D.I.	D.I. y A.T.S. convalidado
Servicio donde se trabaja	Sociosanitario	Agudos / Sociosanitario	Sociosanitario	Sociosanitario

C- VARIABLES SATISFACCION PROFESIONAL POR CENTROS

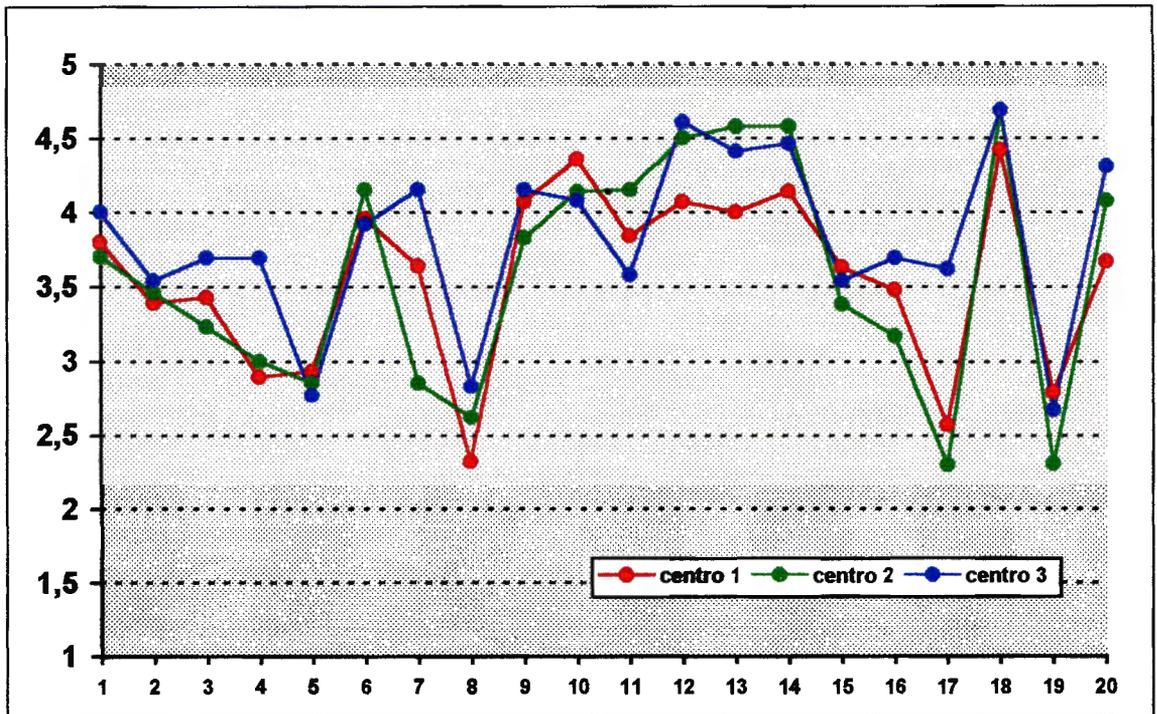
Para valorar el grado de satisfacción profesional, hemos elaborado una escala de valores del 1 al 5.

- Siendo 1= Muy insatisfactorio;
- 2= Insatisfactorio,
- 3= Ni satisfactorio ni insatisfactorio,
- 4= Satisfactorio,
- 5= Muy satisfactorio.

Como se observa en la gráfica nº56, la mayoría de las variables indican un elevado grado de satisfacción ya que pocas de ellas se encuentran por debajo del nivel tres.

En los tres centros las variables que no las consideran ni satisfactorias ni insatisfactorias son: la remuneración económica, las cargas de trabajo y el trabajar por tareas. Las variables identificadas como más satisfactorias son: percibir incentivos no económicos, el poder escoger el servicio de trabajo y el poder trabajar en equipo.

Se observan diferencias significativas en cuanto a las variables: ritmo de trabajo, grado de satisfacción profesional, participar en la elaboración de los objetivos anuales y la formación continuada recibida por la empresa.



Grafica nº 56: Satisfacción por centros.

- 1-Reconocimiento de tu trabajo por parte del paciente
- 2-Reconocimiento de tu trabajo por parte de otros profesionales
- 3-Grado de autonomía para la toma de decisiones
- 4-Ritmo de trabajo resulta
- 5-Remuneración económica resulta
- 6-Percibir incentivos no económicos resulta
- 7-Grado de satisfacción profesional es
- 8- Cargas de trabajo de la unidad son
- 9-Posibilidad de escoger servicio donde se trabaja es
- 10-El haber podido escoger el servicio la satisfacción es
- 11-Posibilidad de promoción profesional resulta
- 12-Participar en la organización y planificación del trabajo resulta
- 13-Participar en la elaboración de objetivos anuales del departamento de enfermería es
- 14-Trabajar en un centro basado en la gestión participativa resulta
- 15-Relación entre formación académica y práctica profesional
- 16-Relación entre la formación continuada y la práctica profesional
- 17-Formación continuada recibida por la empresa es
- 18-Trabajar en equipo resulta
- 19-Trabajar por tareas resulta

Análisis inferencial. Variables con diferencias significativas.

Variables	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Significación	Diferencia
Ritmo de trabajo	2,89	3,0	3,69	p<0,05	3>1
Grado satisfacción profesional	3,64	2,84	4,15	p<0,001	3>1,2
Participar objetivos	4,00	4,58	4,42	p<0,005	2,3>1
Formación continuada	2,58	2,31	3,62	p<0,001	3>1,2
Trabajar con P.A.E.	3,68	4,08	4,31	p<0,05	3>2,1

Tal como se observa en la gráfica nº56, no se evidencian diferencias en nuestras variables según los centros, exceptuando el ritmo de trabajo, el grado de satisfacción profesional, la participación en los objetivos, la formación continuada y el trabajar con P.A.E. Agrupadas en la tabla anterior.

Así, la tabla nos indica que:

A)- El grado de satisfacción manifestado por los profesionales que trabajan basándose en un modelo conceptual es claramente superior en: el ritmo de trabajo, la formación continuada y el trabajar utilizando el Proceso de Atención de Enfermería.

Podemos observar que el trabajar con el P.A.E. siguiendo un modelo conceptual permite desarrollar las tres dimensiones del rol de la enfermera(autónomo, de vigilancia y de colaboración) dando así un alto grado de satisfacción profesional, evidenciado en el centro 3.

B)- El poder participar en la elaboración de los objetivos anuales del departamento de enfermería se considera satisfactorio en dos centros, el 2 y el 3.

4.6. VALORACION RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Los encuestados en el estudio son una población con una media de edad de 33 años. Siendo el centro 1 donde se encuentra la población más joven. En el centro 2, el estado civil que predomina es el de casados o en pareja. En los otros dos centros existe igualdad entre solteros y casados.

La muestra esta formada mayoritariamente por el género femenino

No existen diferencias en cuanto al tipo de contrato de los tres centros, ya que predomina el contrato laboral fijo en todos ellos.

Existe igualdad en cuanto a los turnos de trabajo en los tres centros. Considerando que en el centro 3 no se pudo recoger encuestas en el turno de noche por problemas de organización interna.

Los encuestados finalizaron sus estudios hace menos de 5 años obteniendo la Diplomatura de Enfermería y hace más de 10 convalidando sus estudios.

La mayoría de los encuestados del centro 2 y 3 trabajan en los servicios sociosanitarios, quedando la población del centro 1 representando todos los servicios.

En relación a las variables sobre satisfacción profesional, podemos observar que la mayoría están por encima del valor 3(ni satisfactorio ni insatisfactorio) se puede afirmar que el grado de satisfacción respecto a la mayoría de las variables es elevado.

Las variables obtenidas por debajo del grado de ni insatisfactorio ni satisfactorio son: el ritmo de trabajo, la remuneración económica, las cargas de trabajo, la formación continuada y el trabajar por tareas.

Las variables que producen un nivel de satisfacción más elevado son: el reconocimiento del trabajo por parte del paciente, percibir incentivos no

económicos, posibilidad de escoger servicio de trabajo, participar en la organización y planificación del trabajo, participar en la elaboración de objetivos anuales, trabajar en un centro basado en la gestión participativa, trabajar en equipo y trabajar con el P.A.E.

La variable en que se obtiene un mayor grado de satisfacción es la de poder trabajar en equipo.

Podemos observar que el personal de los tres centros ha recibido durante su formación académica conocimientos sobre los modelos conceptuales, aunque reconocen que no los suficientes para llevarlos a la práctica. En el centro 3, donde se ha recibido una formación continuada del P.A.E. siguiendo el modelo conceptual de V. Henderson, ha permitido de llevarlos a la práctica. En conclusión afirmamos que los conocimientos sobre los modelos han sido adquiridos por todos los profesionales, pero no todos han recibido formación sobre el instrumento que les permita llevarlo a la práctica diaria.

El modelo conceptual más conocido por todos los profesionales es el de V.Henderson.

La metodología formativa que prefieren la mayoría de profesionales de los tres centros es la de recibir formación continuada en su centro.

Podemos observar que el trabajar con el P.A.E. siguiendo un modelo conceptual de V. Henderson, permitiendo desarrollar las tres dimensiones del rol de la enfermera(autónomo, de vigilancia y de colaboración) dando así un alto grado de satisfacción profesional.

El personal encuestado reconoce con un alto grado de satisfacción ante la posibilidad de poder participar en la organización y planificación del trabajo, en la elaboración de los objetivos anuales del departamento de enfermería y el trabajar en un centro basado en la gestión participativa. El funcionamiento organizativo de la institución (trabajar por tareas y las cargas de trabajo) produce un nivel de Satisfacción más bajo.

Solo en un centro consideran que la formación continuada que reciben es satisfactoria.

La remuneración económica considerada previamente como un factor importante en la Satisfacción profesional, a posteriori , en el estudio queda reflejado como un factor menos determinante que otros tipos de incentivos no económicos.

Relacionando los resultados obtenidos con el marco teórico de referencia, podemos afirmar que para un proceso de cambio en la metodología de trabajo es necesario incidir con la formación previa, para disminuir las resistencias al cambio y facilitar la sensibilidad de los profesionales.

La formación continuada irá orientada a dar conocimientos sobre el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus instrumentos (P.A.E.).

La formación motiva a las enfermeras al permitirles desarrollar sus tres roles profesionales en su práctica diaria. En consecuencia aumentará el grado de satisfacción profesional.

4.7. PROPUESTAS Y LINEAS DE INVESTIGACION:

A partir de los datos obtenidos en el estudio realizado, proponemos un cambio planificado en la manera de trabajar en nuestra organización. Para ello es necesario:

- Elaborar el programa de formación continuada en el centro sobre el P.A.E. basado en el modelo de V. Henderson.
- Aplicación práctica del P.A.E. en la unidad socio-sanitaria como prueba piloto.
- Después de la valoración de la prueba piloto, implementación en el resto de las unidades.
- Elaboración de una guía de funcionamiento del P.A.E.
- Crear un grupo de trabajo para elaborar un dossier de cuidados con una documentación mas adecuada al centro.

Líneas de investigación:

- Medir la calidad de los cuidados de enfermería utilizando o no el P.A.E.
- Elaborar estándares de cuidados que permitan evaluar cualitativamente los cuidados de enfermería
- Valorar las expectativas de las enfermeras frente a la profesión, para poder motivarlas
- Valorar otros centros donde trabajen con el P.A.E. basado en el modelo conceptual de V. Henderson.
- Investigar como motivar al personal de enfermería mediante la formación continuada.

5-BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Adam, Evelin. *être infirmière*. HRD Ltée. 1979.
- Alfaro R. *Aplicación del proceso de enfermería*. 2 a. edic. DOYMA, 1992.
- Atkinson, L. D, Murray, M.E. *Proceso de atención de enfermería*. Manual Moderno. 1985.
- Bergeron, P. *La gestion moderne*. Gaëtan morin editeur. 2ªEdic. 1989.
- Bergeron, Pierre-G. *La Gestion moderne*. Théorie et cas. 2ª Edic. Gaëtan Morin éditeur.
- Bisly M., Apunts del Màster en Administració i Gestió d'Infermeria de l'escola infermeria Santa Madrona. (8^{ena} promoció).
- Borrella M.S, Bermejo C, Durán M.T. Evaluación de la metodología de trabajo en una unidad de geriatría. *Gerokosmos* 1993; 8(4) 67-73
- Burak, Elmer H. *Planificación y aplicaciones creativas de recursos humanos. Una orientación estratégica*. Edic. Diaz de Santos. 1990.
- Byars, L.I. y Rue, L. *Gestión de recursos humanos*. McGraw-Hill. 1997.
- Cantera Lopez, F.J. Evaluacion de la satisfaccion laboral: Métodos directos e indirectos. Notas técnicas de prevención NTP-212, 1988, Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.
- Carpenito, L.J. *Diagnóstico de enfermería*. 5ªEdic. McGraw-Hill, Interamericana, 1995.
- Dalmases L, Capella N, Control de calidad es un método de identificación de problemas, con el objetivo de buscar alternativas y estrategias adecuadas para la solución de los mismos. Biseden 1992.
- Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1997-1998. Harcourt Brace. 1997.
- Druker P.F. *La innovación y el empresario innovador*. Edhasa. 1986.

- Elorduy Mota, J. Ignacio. *Estrategia de empresa y recursos humanos. Una división dinámica de la empresa*. McGraw-Hill. 1993.
- ENCICLOPEDIA LAROUSSE
- Fernandez ferrin, C. Valores humanistas en la obra de Virginia Henderson. *Enfermería Clínica* 1996; Vol 6 nº5 (207-211).
- Granadero E, Arangüena C, Sánchez A.M. Programa Virginia: método para desarrollar un plan de cuidados informatizado. *Enfermería Clínica* 1996; 1(6) 29-35
- Henderson V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Consejo internacional de enfermeras, 1971.
- Hinchliff S.M., Norman S.E, Schober J.E.. *Enfermería y cuidados de salud*. Doyma, 1993.
- Kast, F.E. *Administración en las organizaciones*. McGraw-Hill. 1988.
- Kérouac S, Pepin J., Ducharme F, Duquette A. y Major F. *El pensamiento enfermero*. Masson, 1996.
- Iler P.W et al. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 3ª Edic. Interamericana, 1995.
- Lasaga A, Bonfill E, Mateu MªL. Seguimiento de un anciano afectado de hemorragia cerebral según modelo de V. Henderson. *Enfermería Clínica* 1995; 4(5) 171-174
- Leng M.C., Duquesme F. *Bilans d'indépendance*. Pradel. 1989.
- Llopis S, Rosales I, Soler R, Pérez F, Cardona V y Ruiz J. Motivación laboral. Creación de círculos de calidad. *ROL* 1993; 176(14) 32-38
- Luis T, Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica. *ROL* 1991; 157(14) 57-62
- Marriner-Tomey, A. *Administración y liderazgo en enfermería*. 5ª Edic. Mosby.
- Murray-Atkinson. *Proceso de atención de enfermería*. 5ª edición. Interamericana, 1994.
- Ortun Rubio V. Incentivos. *ROL* nº 178, junio 1993 pag 20-22

- Phaneuf M. *Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería*. Interamericana, 1993.
- Poletti R. *Cuidados de enfermería*. 1ª Edic. ROL, 1980.
- Riopelle, L. Grondin, L. Phaneuf, y M. *Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Interamericana, 1993.
- Riopelle, L.. El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero. *Enfermería Clínica* 1993; Vol 3 nº4 (133-134).
- Robbins Stephen P, *Comportamiento Organizacional. Teoría y práctica*. 7ª Edic. Prentice-Hall.
- Robbins, S. *Comportamiento organizacional*. Prentice Hall. 7ª Edic. 1996.
- Roper, Logan, Tierney. *Modelo de enfermería*. Interamericana. 1987.
- Smith S.F, Duell D.J. *Enfermería básica y clínica*. El Manual Moderno. 1996.
- Tejada, J. El proceso de investigación científica. Fundació la Caixa. 1997.
- Toffler, A. El "shock" del futuro. Plaza & Janés. 1971.
- Tomás A.Mª. Metodología para la elaboración de planes de cuidados. *Enfermería Clínica* 1994; 1(4) 36-38
- Tomás,A.Mª. Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados. *Enfermería Clínica* 1994; 1 (4) 28-35
- Tyer P. w.. *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. Interamericana, 1986.
- Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Diaz de Santos. 1994.
- Velaz Rivas, J.I. *Motivos y motivación en la empresa*. Diaz de Santos. 1996.
- Yura H., Walsh, M.B. *El proceso de enfermería*. Alhambra. 1982.

6-ANEXOS

La encuesta que le presentamos a continuación forma parte del trabajo de investigación que estamos realizando como estudiantes de la 8ª promoción del Máster en Administración y Gestión en Enfermería impartido por la escuela universitaria de Santa Madrona.

El estudio tiene como objetivo:

- Conocer el grado de satisfacción profesional del personal de enfermería.
- Conocer el nivel de conocimientos sobre el proceso de enfermería basado en los modelos conceptuales.

El cuestionario va dirigido al personal de enfermería. Por ello solicitamos tu colaboración en el cumplimiento del mismo. Garantizando la confidencialidad de los datos y su única utilización será estadística.

Instrucciones para el cumplimiento de la encuesta:

- Leerlo detalladamente antes de cumplimentarlo.
- Marcar con una X la respuesta satisfactoria.
- Cada pregunta solo tiene una posible respuesta.

Agradeciendo por adelantado tu colaboración

Atentamente: Asunción Mora Reberté
Núria Pujol Enjuanes

1. EDAD:Años

2. ESTADO CIVIL: 1. Soltero 2. Casado. En pareja
3. Separado/Divorciado 4. Otros

3. GENERO: 1. Masculino 2. Femenino

4. TURNO DE TRABAJO: 1. Mañana
2. Tarde.
3. Noche
4. Rotatorio

5. CONTRATO LABORAL: 1. Fijo
2. Eventual
3. Otro

6. AÑO DE FINALIZACION DE LOS ESTUDIOS:
1. Menos de 5 años
2. Entre 5 y 10 años
3. Mas de 10 años

7. TITULACION ACADEMICA:
1. Diplomado en Enfermería
2. A.T.S.
3. A.T.S. convalidado

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:
1. Menos de 1 año
2. Entre 1 y 5 años
3. Entre 5 y 10 años
4. Mas de 10 años

9. SERVICIO DONDE TRABAJAS:
1. Agudos
2. Servicios especiales(ucies, uci, quirófano)
3. Sociosanitario
4. Otro

10. DURANTE TU FORMACION ACADEMICA HAS RECIBIDO CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERIA:

1. Sí
2. No

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta

11. CREES QUE LA FORMACION ACADEMICA QUE RECIBISTE SOBRE LOS MODELOS CONCEPTUALES TE PERMITE LLEVARLO A LA PRACTICA PROFESIONAL:

1. Sí
2. No

12. HAS RECIBIDO FORMACION CONTINUADA SOBRE LOS MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERIA:

1. Sí

2. No

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta

13. CREES QUE LA FORMACION CONTINUADA QUE RECIBISTE SOBRE LOS MODELOS CONCEPTUALES TE PERMITE LLEVARLO A LA PRACTICA PROFESIONAL:

1. Sí

2. No

14. QUE METODOLOGIA DE TRABAJO SE APLICA EN TU UNIDAD:

1. Trabajo en equipo

2. Trabajo individual

3. Otra:

15. BASAS TU TRABAJO EN UN MODELO CONCEPTUAL:

1. No

Sí 2. Henderson 3. Orem 4. Rogers

5. Otro.....

16. QUE ELEMENTOS CLAVE IDENTIFICAS DENTRO DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON:

1. Establecer una relación personal terapéutica

2. Dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades

3. Modos de adaptación

4. Principios de homeodinamica

17. CREE QUE EL TRABAJAR SIGUIENDO UN MODELO CONCEPTUAL:

1. Favorece el rol autónomo de la enfermera y disminuye las cargas de trabajo

2. Favorece el rol autónomo de la enfermera aunque aumenta las cargas de trabajo

3. No favorece el rol autónomo de la enfermera ni afecta las cargas de trabajo

18. SI SE QUIERE APLICAR EL PROCESO DE CUIDADOS BASADO EN UN MODELO CONCEPTUAL CENTRADO EN LAS NECESIDADES, CUAL ESCOGERIAS:

1. Orem

2. Rogers

3. Henderson

19. EN EL TRABAJO DIARIO ELABORAS UN PLAN DE CUIDADOS BASADO EN NECESIDADES:

1. Sí

2. No

20. COMO DEFINIRIA "CUIDADO" EL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON:

1. Es la promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre hombre y entorno
2. Arte y ciencia que tienden a la restauración, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema comportamental en el grado mas alto posible
3. Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, voluntad o conocimientos con el fin de conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales
4. Relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución

21. CUAL ES EL ROL DE LA ENFERMERA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON:

1. Utilizar principios y métodos que orienten el proceso hacia la solución de problemas interpersonales
2. Ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o recuperar la salud para ayudarlo a reconquistar su independencia lo mas rápidamente posible
3. Poseer capacidades especializadas que permitan proporcionar cuidados que compensen o ayuden a compensar el déficit de autocuidados derivados de la salud
4. Promover una interacción sinfónica entre el hombre y el entorno; fortalecer la consistencia e integridad de los seres humanos y dirigir y redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno a efectos de lograr un potencial de salud máximo

22. CONOCES LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA BASADOS EN LA NANDA:

1. Recogida de datos, ejecución
2. Análisis, planificación y ejecución
3. Recogida, análisis, planificación, ejecución y evaluación
4. Análisis, planificación y evaluación

23. LA RECOGIDA DE DATOS SE HARA:

1. Una sola vez al ingreso
2. Es un proceso continuo, debe iniciarse a la llegada del cliente al servicio
3. Cuando empeore el estado del paciente

24. EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NOS PERMITE:

1. identificar problemas de colaboración
2. Lo mismo que el diagnostico medico
3. Identificar problemas en los que se interviene sobre la causa
4. No existe el diagnostico de enfermería

25. CUAL DE ESTOS ENUNCIADOS IDENTIFICARIAS COMO DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

1. Dolor postquirurgico por intervención de fractura de fémur
2. Traumatismo craneal
3. Alteración de la nutrición por desconocimiento de una dieta equilibrada
4. Todos

26. LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA TE PERMITEN:

1. Prescribir el tratamiento definitivo para lograr el resultado deseado sin necesidad de acudir a otro profesional
2. La prescripción de un tratamiento definitivo por parte de la enfermera y de otro profesional
3. Disponer de ordenes estándares, ya sea del medico o de la institución
4. Tener una visión global del paciente

27. CUALES SON LOS ELEMENTOS QUE COMPONEN LA PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS:

1. Objetivos de cuidados
2. Intervenciones
3. Objetivos e intervenciones
4. Intervenciones y evaluación

28. LOS OBJETIVOS DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA SE ESTABLECEN:

1. Conjuntamente con el paciente y la familia
2. Según los protocolos de funcionamiento del centro
3. Según las prioridades del paciente
4. Conjuntamente con el equipo multidisciplinar

29. QUE SE VALORARA EN LA EVALUACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA:

1. Resultados obtenidos, satisfacción del cliente y el proceso seguido
2. Resultados obtenidos y satisfacción del cliente
3. El coste económico y satisfacción del cliente
4. Satisfacción del cliente

30. QUE PASOS SEGUIRIA PARA REALIZAR UNA PLANIFICACION DE CUIDADOS:

1. Planificar intervenciones y según estas marcar objetivos
2. Marcar objetivos y planificar intervenciones
3. Aplicar un plan de intervención y realizar la evaluación
4. Recogida de datos y intervención

31. PARA IMPLANTAR EL MODELO CONCEPTUAL EN TU PRACTICA PROFESIONAL QUE METODOLOGIA FORMATIVA UTILIZARIAS:

1. Estancias en centros donde se apliquen
2. Formación continuada en el centro a cargo de una persona experta
3. Participación en cursos y seminarios

Valorar las siguientes preguntas según la siguiente escala:

1-Muy satisfactorio

2-Satisfactorio

3-Ni satisfactorio ni insatisfactorio

4-Insatisfactorio

5-Muy insatisfactorio

		1	2	3	4	5
1.	-El reconocimiento que recibe tu trabajo por parte del paciente es a tu juicio:					
2.	-El reconocimiento que recibe tu trabajo por parte de otros profesionales es a tu juicio:					
3.	- El grado de autonomía para tomar decisiones en el ejercicio de tus funciones es:					
4.	-El ritmo de trabajo que realizas te resulta:					
5.	-La remuneración económica que recibes te parece:					
6.	-Percibir incentivos no económicos por tu trabajo te parece:					
7.	-El grado de satisfacción profesional en tu trabajo te parece:					
8.	-Las cargas de trabajo en tu unidad te parecen:					
9.	-La posibilidad de elegir el servicio donde trabajas te parece:					
10.	-Si has podido escoger el servicio donde trabajas como calificarías tu satisfacción:					
11.	-La posibilidad de promoción profesional te parece:					
12.	-Participar en la organización y planificación del trabajo te parece:					
13.	-Poder participar en la elaboración de los objetivos anuales de departamento de enfermería te parece:					
14.	-Trabajar en un centro que se base en la gestión participativa te parece:					
15.	-Al relacionar la formación académica recibida con tu práctica profesional la clasificarías de:					
16.	-Al relacionar la formación continuada recibida con tu práctica profesional la clasificarías de :					
17.	-La formación continuada que recibes en tu empresa te parece:					
18.	-Como profesional de enfermería el trabajar en equipo te parece:					
19.	-Como profesional de enfermería el trabajar por tareas te parece:					
20.	-Trabajar con el proceso de enfermería basandose en un modelo conceptual te parece:					

List of variables on the working file

Name		Position
V1	EDAD Print Format: F2 Write Format: F2	1
	Value Label	
	1 <25	
	2 26 a 35	
	3 36 a 45	
	4 > 46	
V2	ESTADO CIVIL Print Format: F2 Write Format: F2	2
	Value Label	
	1 Soltero	
	2 Casado.En pareja	
	3 Separado/Divorciado	
	4 Otros	
V3	Genero Print Format: F2 Write Format: F2	3
	Value Label	
	1 Masculino	
	2 Femenino	
V4	Turno de trabajo Print Format: F2 Write Format: F2	4
	Value Label	
	1 Mañana	
	2 Tarde	
	3 Noche	
	4 Rotatorio	

V5 Contrato de trabajo 5
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

1 Fijo
2 Eventual
3 Otro

V6 Año final estudios 6
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

1 <5 años
2 entre 5 y 10 años
3 >10 años

V7 Titulación academica 7
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

1 D.I.
2 A.T.S.
3 A.T.S. convalidado

V8 Antigüedad en la empresa 8
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

1 < 1 año
2 Entre 1 y 5 años
3 Entre 5 y 10 años
4 >10 años

V9 Servicio de trabajo 9
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

1 Agudos
2 Servicios especiales
3 Sociosanitario
4 Otros

V10	Conocimientos sobre modelos en f. academica Print Format: F2 Write Format: F2	10
	Value Label	
	1 si	
	2 no	
V11	F.A. modelos para la practica Print Format: F2 Write Format: F2	11
	Value Label	
	1 si	
	2 no	
V12	F.C. sobre modelos Print Format: F2 Write Format: F2	12
	Value Label	
	1 si	
	2 no	
V13	F.C. sobre modelos para la practica Print Format: F2 Write Format: F2	13
	Value Label	
	1 si	
	2 no	
V14	Metodologia trabajo Print Format: F2 Write Format: F2	14
	Value Label	
	1 T. equipo	
	2 T. individual	
	3 Otra	

V15 Basas tu trabajo en un modelo conceptual 15
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

- 1 no
- 2 Henderson
- 3 Orem
- 4 Rogers
- 5 Otro

V16 Elementos clave de V.H. 16
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

- 1 Relacion personal terapeutica
- 2 Dependencia y independencia
- 3 Adaptacion
- 4 Homeodinamica

V17 Trabajar con M.C.: 17
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

- 1 R. aut. < cargas
- 2 R. aut.> cargas
- 3 Ni si ni no

V18 Aplicar M.c. segun necesidades 18
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

- 1 Orem
- 2 Rogers
- 3 Henderson

V19 Trabajas con un plan de cuidados segun necesidades 19
Print Format: F2
Write Format: F2

Value Label

- 1 si
- 2 no

V20	Cuidado segun V.H. Print Format: F2 Write Format: F2	20
	Value Label	
	1 Promocion	
	2 Arte y ciencia	
	3 Asistencia	
	4 Relacion interpersonal	
V21	Rol enfermera segun V.H. Print Format: F2 Write Format: F2	21
	Value Label	
	1 Principios y metodos	
	2 Ayuda al individuo	
	3 Posseer capacidades	
	4 Promover interaccion	
V22	Etapas proceso segun Nanda Print Format: F2 Write Format: F2	22
	Value Label	
	1 Recogida ejecucion	
	2 Anal,Plan y ejec.	
	3 Rec,anal,plan y eval.	
	4 Anal,plani y eval.	
V23	Recogida de datos Print Format: F2 Write Format: F2	23
	Value Label	
	1 una vez	
	2 proceso continuo	
	3 cuando empeore	

V24	Diagnostico de enfermeria Print Format: F2 Write Format: F2	24
	Value Label 1 problemas colaboracion 2 =diagnostico medico 3 problema que se interviene sobre la causa 4 no existe	
V25	Diagnostico de enfermeria = Print Format: F2 Write Format: F2	25
	Value Label 1 Dolor postquirurgico fractura femur 2 traumatismo craneal 3 Alteracion nutricion desconocimiento dieta 4 todos	
V26	Diagnosticos de enf. te permiten Print Format: F2 Write Format: F2	26
	Value Label 1 Tto sin otro prof. 2 Tto con otro prof. 3 Ordenes standares 4 Vision global	
V27	Elementos planificacion Print Format: F2 Write Format: F2	27
	Value Label 1 Objetivos de cuidado 2 Intervencione 3 1+2 4 Intervenciones y evaluacion	

- V32 Reconocimiento trabajo por el paciente 32
Print Format: F2
Write Format: F2
- Value Label
- 1 muy insatisfactorio
 - 2 insatisfactorio
 - 3 ni insatiso-ni satiso
 - 4 satisfactorio
 - 5 muy satisfactorio
- V33 Reconocimiento trabajo por profesionales 33
Print Format: F2
Write Format: F2
- Value Label
- 1 muy insatisfactorio
 - 2 insatisfactorio
 - 3 ni insatiso-ni satiso
 - 4 satisfactorio
 - 5 muy satisfactorio
- V34 Grado autonomia 34
Print Format: F2
Write Format: F2
- Value Label
- 1 muy insatisfactorio
 - 2 insatisfactorio
 - 3 ni insatiso-ni satiso
 - 4 satisfactorio
 - 5 muy satisfactorio
- V35 Ritmo de trabajo 35
Print Format: F2
Write Format: F2
- Value Label
- 1 muy insatisfactorio
 - 2 insatisfactorio
 - 3 ni insatiso-ni satiso
 - 4 satisfactorio
 - 5 muy satisfactorio

V36

Remuneracion economica
Print Format: F2
Write Format: F2

36

Value	Label
1	muy insatisfactorio
2	insatisfactorio
3	ni insatiso-ni satiso
4	satisfactorio
5	muy satisfactorio

V37

Incentivos no economicos
Print Format: F2
Write Format: F2

37

Value	Label
1	muy insatisfactorio
2	insatisfactorio
3	ni insatiso-ni satiso
4	satisfactorio
5	muy satisfactorio

V38

Grado satisfaccion
Print Format: F2
Write Format: F2

38

Value	Label
1	muy insatisfactorio
2	insatisfactorio
3	ni insatiso-ni satiso
4	satisfactorio
5	muy satisfactorio

V39

Cargas de trabajo
Print Format: F2
Write Format: F2

39

Value	Label
1	muy insatisfactorio
2	insatisfactorio
3	ni insatiso-ni satiso
4	satisfactorio
5	muy satisfactorio

V40

Elegir servicio
Print Format: F2
Write Format: F2

40

Value Label

- 1 muy insatisfactorio
- 2 insatisfactorio
- 3 ni insatiso-ni satiso
- 4 satisfactorio
- 5 muy satisfactorio

V41

Escoger servicio y satisfaccion
Print Format: F2
Write Format: F2

41

Value Label

- 1 muy insatisfactorio
- 2 insatisfactorio
- 3 ni insatiso-ni satiso
- 4 satisfactorio
- 5 muy satisfactorio

V42

Promocion profesional
Print Format: F2
Write Format: F2

42

Value Label

- 1 muy insatisfactorio
- 2 insatisfactorio
- 3 ni insatiso-ni satiso
- 4 satisfactorio
- 5 muy satisfactorio

V43

Organizacion y planificacion
Print Format: F2
Write Format: F2

43

Value Label

- 1 muy insatisfactorio
- 2 insatisfactorio
- 3 ni insatiso-ni satiso
- 4 satisfactorio
- 5 muy satisfactorio

V48	Formacion continuada	48
	Print Format: F2	
	Write Format: F2	
	Value Label	
	1 muy insatisfactorio	
	2 insatisfactorio	
	3 ni insatiso-ni satiso	
	4 satisfactorio	
	5 muy satisfactorio	
V49	Trabajo en equipo	49
	Print Format: F2	
	Write Format: F2	
	Value Label	
	1 muy insatisfactorio	
	2 insatisfactorio	
	3 ni insatiso-ni satiso	
	4 satisfactorio	
	5 muy satisfactorio	
V50	Trabajar por tareas	50
	Print Format: F2	
	Write Format: F2	
	Value Label	
	1 muy insatisfactorio	
	2 insatisfactorio	
	3 ni insatiso-ni satiso	
	4 satisfactorio	
	5 muy satisfactorio	
V51	Trabajar con P.A.E.	51
	Print Format: F2	
	Write Format: F2	
	Value Label	
	1 muy insatisfactorio	
	2 insatisfactorio	
	3 ni insatiso-ni satiso	
	4 satisfactorio	
	5 muy satisfactorio	

