

ADHERENCIA DE LAS ENFERMERAS/OS A UTILIZAR UN MODELO TEORICO COMO BASE DE LA VALORACION DE ENFERMERIA

ADHERENCE OF NURSES TOWARD USING A NURSING MODEL AS A GUIDELINE FOR NURSING ASSESSMENT

JUAN REYES LUNA*, PATRICIA JARA CONCHA**
y JOSE M. MERINO ESCOBAR***

RESUMEN

Estudio cuasiexperimental que describe la adherencia de enfermeras hospitalarias a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería, medida por la actitud y conducta hacia: valoración de enfermería, planificación del cuidado, conocimiento de modelos teóricos e importancia a realizar la valoración de enfermería en base a un modelo teórico. Una vez que el grupo experimental se capacitó en relación a modelos y teorías de enfermería y participó activamente en la elaboración de un instrumento de valoración, la adherencia se midió a través de las escalas de Actitud y de Conducta en Salud de Miller, adaptadas por los autores, y por la evidencia escrita en los registros. Para el análisis de los datos se usó la diferencia en diferencia mediante t de Student. Los resultados muestran que la adherencia medida por la actitud fue aceptada con una asociación estadística significativa; en cambio la adherencia medida por la conducta, no mostró diferencias significativas, resultados que fueron respaldados por la evidencia en los registros de enfermería de sólo un 11% de adherencia. Se concluye que los profesionales de enfermería, en términos de conductas adherentes, no evidenciaron cambios significativos antes y después del tratamiento experimental, pero se obtuvieron resultados positivos en términos cognitivos, ya que manifestó una actitud adherente a trabajar con un modelo teórico lo que es muy positivo para la profesión y es, por tanto, la motivación necesaria para lograr los cambios en el nuevo marco de la gestión del cuidado en enfermería.

Palabras claves: Adherencia, enfermeras, modelo de enfermería.

ABSTRACT

This quasi-experimental research study describes the adherence of hospital nurses toward using a nursing model as a guideline for nursing assessment. Adherence was measured according to nurses' attitude and behavior toward nursing assessment, nursing care plan, nurses' knowledge of nursing models, and the significance of performing their nursing assessment based on a theoretical model. Once the experimental group received training about nursing theories and models and actively participated in constructing an assessment tool, adherence was measured according to the Miller's Health Attitude Scale and Miller's Behaviour Scale both revised and adapted by the authors. Evidence of adherence was also sought in nursing notes from patients' charts. For data analysis the t test difference in difference was used. Results showed that adherence measured by attitude was statistically significant. On the other hand, no significant differences were observed when adherence was measured according to the behaviour scale. These findings were supported by nurses' notes where little adherence was found. We conclude that in terms of adherence behaviour, nurses did not show significant changes after the initial training. Significant findings were found in terms of nurses' attitude toward working with a nursing model as they showed a tendency to adhere to a model in the attitude scale. The latter is very significant for the nursing profession and it motivates us to continue to enact the current nursing reform focused on nursing care management.

Keywords: Adherence, nurses, nursing model.

Fecha de recepción: 27/07/06. Fecha de aceptación: 24/04/07.

* Enfermero, Magíster en Enfermería Universidad de Concepción, Hospital de Tomé, Chile. E-mail: jreyesl@udec.cl

** Enfermera, Magíster en Enfermería. Profesora Asociada Depto. Enfermería, Universidad de Concepción. E-mail: pjara@udec.cl

*** Sociólogo, PhD in Sociology. Profesor Titular Depto. Sociología, Universidad de Concepción. E-mail: jmerino@udec.cl

INTRODUCCION

Actualmente los conocimientos sobre teorías y modelos de Enfermería son impartidos, en las universidades, en las asignaturas de Fundamentos de Enfermería, Bases Conceptuales y Proceso de Enfermería. Este proceso, basado en una teoría o modelo de enfermería, se imparte desde la primera experiencia clínica, donde el alumno comprende que trabajar desde un marco conceptual propio y con el método científico aplicado a las características y peculiaridades del paciente permitirá más adelante a estos profesionales aunar criterios, ahorrar tiempo, facilitar decisiones y unificar un lenguaje profesional. Pese a que hay trabajos en la literatura acerca de modelos y teorías de enfermería, se comprueba que existe un gran vacío entre la teoría y la práctica (López-Parra, Santos-Ruiz, Varez-Pelaez, Abril-Sabater, Rocabert-Luque, Ruiz-Muñoz, Mañé-Buxó, 2006). Además, la bibliografía revisada da cuenta que los profesionales de enfermería no usan un modelo definido, a pesar que en otros países éstos han sido utilizados desde fines de la década de los sesenta para fundamentar la práctica, educación e investigación en enfermería.

Frente a lo anteriormente expuesto, la presente investigación pretende medir la adherencia de un grupo de profesionales de enfermería a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería, ya sea desde un punto de vista cognitivo (actitud) o de conducta, como también a través de sus registros, luego de recibir capacitación en relación a modelos y teorías de enfermería.

MARCO TEORICO

a) Proceso de enfermería

El proceso de Enfermería, lo define Yura & Walsh (Iyer, Taptich y Bnocci, 1995: 11) como “la serie de acciones pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bien-

estar óptimo del cliente”. Quiere decir que en la atención del usuario, es básico por parte de la enfermera/o, el empleo integral de las habilidades cognoscitivas, interpersonales y psicomotoras. Como cada una de las etapas del proceso están relacionadas entre sí y afectan al todo, una valoración completa permitirá identificar un listado sin omisiones y exacto de diagnósticos de Enfermería, así como la Planificación del cuidado debe conducir a una intervención y ésta a una ejecución, y será la evaluación constante durante el proceso la encargada de generar un nuevo objetivo. El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que la(él) enfermera (o) organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.

Para Henderson (1982) el proceso de Enfermería “es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos los que prestan atención cuando su actuación o ayuda que ofrecen van encaminados a resolver los problemas de los pacientes”. Es decir, va dirigido a un objetivo y la(él) enfermera(o) utiliza las fases del proceso para proporcionar cuidados de calidad centrados en el individuo.

La valoración de Enfermería como primer paso en la aplicación del Proceso de Enfermería consiste en recoger y valorar los datos entregados por los pacientes, los familiares o diferentes documentos clínicos. La valoración la define Beare & Myers (1995), como la “observación sistemática y el informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica/fisiológica, ambiental/seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica/de autoestima y espiritual/autorrealización”.

Durante la fase de valoración, conforme se recopilan los datos, éstos deben verificarse con el usuario y con otras fuentes; si se observan discrepancias, es necesario aclararlas, y la información no debe utilizarse como base para hacer deducciones o juicios. En esta etapa se produce simultáneamente la organización y análisis de los patrones que existen dentro de

la información. Como resultado de esta valoración se plantean los diagnósticos de Enfermería y luego se planifican los cuidados de Enfermería que el usuario requiere. Dichos cuidados, por lo cierto, han evolucionado y se han adaptado a través de la historia de la humanidad.

Adoptar un modelo de Enfermería o adaptar uno de los existentes para aplicar el proceso de Enfermería en un determinado contexto de la práctica de enfermería, es esencial en este momento histórico cuando se está implementando la gestión del cuidado y se necesita identificar indicadores que permitan medir la calidad del cuidado de enfermería. Al mismo tiempo, la aplicación del cuidado con base en un modelo teórico facilita el uso de un lenguaje común o estandarizado para la práctica de enfermería (Lunney, 2006; García, Muñoz, Alamilla, García, J. y Montejo, 2006). Como también implica aceptar un cambio del modelo de valoración biomédico existente y crear un registro coherente con el modelo teórico aceptado por el grupo de enfermeras/os.

b) Evolución del cuidado de enfermería

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen. El ser humano como todos los seres vivos ha tenido siempre necesidad de ser cuidado, porque cuidar es un acto de vida, que permite que la vida continúe (Sanhueza, 2001). Cuidar, es el resultado de una construcción propia de cada situación, se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas que demandan cuidado (Orrego, 2001).

Para Ortiz (2003): “Cuidar es tratar de ayudar al ejercicio de la libertad, es crear un nuevo orden, un nuevo marco referencial, donde el sujeto vulnerable se reencuentre y sepa a qué atenerse, porque, en definitiva, dejarse cuidar es un acto de confianza”. Collière (1997) se refiere al concepto como: “Cuidar es ayudar a vivir, no se trata de un rol, no es una definición, ni es una regla de pensamien-

to que enseñe a las(os) enfermeras(os) cómo cuidar, sino del testimonio de que los cuidados de enfermería se basan en las leyes que presiden la salud, con las que se confunden, ya que son, en realidad, de la misma naturaleza, están orientadas a los sanos y enfermos”. Cuidado, según el Diccionario de la Real Academia Española [DRAE], (2004), es la “solicitud y atención para hacer bien alguna cosa”, lo que en definitiva expresa la intención y acción de hacer el bien.

Cuenta la historia, que los cuidados no fueron propios de un oficio y aun menos de una profesión. Estas tareas se organizaban alrededor de las necesidades fundamentales: alimentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y los recursos. A medida que los grupos ratificaban sus prácticas de cuidado habituales, erigiéndolas en ritos, encargaron, primero al chaman y luego al sacerdote, la tarea de garantizar estos ritos. Este papel mediador entre el orden físico y el del más allá se fue transformando, conforme el avance de la historia, a un ritmo lento para dar lugar ulteriormente al nacimiento de la medicina. Con el nacimiento del hospital, el médico se centra en la enfermedad. La evolución de la asistencia médica y la costumbre dieron el nombre de “clínica” al arte médico, etimológicamente al cuidado del enfermo en cama. Posteriormente, la medicina asume defender la vida humana y curar la enfermedad (Sanhueza, 2001).

Cuidado, entonces consistiría especialmente en el esfuerzo personal del ser humano para ser humano, en el sentido de proteger, promover y preservar la humanidad, ayudando a las personas a encontrar significado a la enfermedad. Para Jara, Polanco y Alveal (2005) este último significado del cuidado es en la actualidad, la idea que mejor interpreta y por lo que muchos estudiantes siguen ingresando a la carrera de Enfermería: “ayudar a la gente”.

Es importante conocer el significado del cuidado que tienen las enfermeras, desde allí emergen los conceptos básicos del modelo

teórico de enfermería que principalmente influencia la práctica de enfermería.

c) Modelos y teorías de enfermería

Señalan Leddy & Pepper (1985), que por tradición, las enfermeras/os basan su práctica en la intuición, la experiencia o “la forma como le enseñaron”, lo que trae consigo que estos métodos conduzcan a una práctica estereotipada y rutinaria. Frente a esta problemática el valor de las teorías y modelos de enfermería cumplen un rol importantísimo, ya que proporcionan una base para formular hipótesis relativas a la práctica, que hacen posible obtener un fundamento para las acciones de enfermería. Además, cabe destacar que la práctica basada en la ciencia respalda la imagen de la enfermería como una disciplina profesional.

Existen numerosas definiciones de teorías, pero la más simple y común es la que señala que “teoría científica es un intento organizado de dar sentido y organizar la realidad” (Diccionario de la Real Academia Española, 2004). Según Durán (2002), las teorías se clasifican, de acuerdo con sus características de aplicación, en grandes teorías o macroteorías, teorías de mediano rango o rango medio y microteorías. La relación que existe entre modelos y teoría de enfermería es que los modelos tienen un mayor nivel de abstracción que la teoría, esta última tiene aplicación concreta a la realidad. Una forma de aplicar los modelos teóricos a la asistencia es el proceso de Enfermería; el modelo plantea cómo se debe implementar cada etapa.

Ya desde el pregrado, las escuelas de Enfermería comienzan a sensibilizar a sus estudiantes, enfatizando la importancia que tiene el hacer tanto la valoración de Enfermería como la organización y el desarrollo de la práctica utilizando el proceso de Enfermería, de acuerdo a varios modelos teóricos o a un modelo específico; concepto que por lo cierto ya desde los años sesenta diferentes teóricas trataban de redefinir, como una forma más

fácil de interactuar y establecer la relación enfermera - paciente.

Uno de los modelos de enfermería con el cual se trabajó por decisión del grupo de enfermeras de este estudio es el de Virginia Henderson (en Marriner, 2003:98); que más que un modelo es una filosofía, permite entrelazar la teoría y práctica, y además le da la especificidad al profesional de enfermería de establecer que, producto de la valoración realizada en el paciente a su cargo, es posible llegar a concluir la dependencia para la satisfacción de las necesidades; de este modo, un determinado paciente será dependiente, medianamente dependiente o independiente. Henderson se apoyó mucho en los postulados de Nighthingale e incorporó principios filosóficos y psicológicos a su concepto personal de enfermería, así como planteó los criterios acerca del entorno, la salud, la persona y los cuidados. En esta teoría no se encuentra ninguna definición específica de necesidades, pero identificó cómo valorar 14 necesidades fundamentales.

Otro marco teórico que se trabajó por ser más conocido por las enfermeras del grupo de estudio, con el que correlaciona el trabajo de Henderson, fue el de la teoría de A. Maslow, por la familiaridad con los conceptos de las necesidades humanas.

d) Concepto de adherencia

Según el DRAE (2004) se entiende por adherencia a “someterse a un deseo, petición u orden de otra persona”. Dracup & Meleis (1982) la definen como “el grado en el cual un individuo opta entre diferentes conductas que coinciden con una prescripción de salud” y la definió en los artículos sobre adherencia como “conductas cooperativas”. Para Lucas (citado en Sepúlveda, 1997: 52), el concepto adherencia es considerado como un proceso de cambio de conductas por el cual pasa el usuario, en el cual es posible identificar tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación

y c) Etapa de incorporación. En este trabajo, el autor considera la adherencia como un proceso de cambio de conductas por parte de las enfermeras, que puede declararse o manifestarse, y sobre la cual se intervendrá con capacitación como tratamiento experimental.

MARCO EMPIRICO

Algunas de las investigaciones relacionadas con el presente estudio son: Las enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos (1999), realizaron un estudio enfocado a la atención del paciente diabético y para ello, concluyeron que realizar un instrumento de valoración y diagnóstico de enfermería basándose en el modelo conceptual de V. Henderson ayudaría a estos pacientes a mejorar su calidad de asistencia, evitar complicaciones a corto mediano y largo plazo. Canalis, García, González, Gorrindo, Jordar, Martin y Robles (2000) realizaron un trabajo cuyo objetivo era confeccionar un plan de cuidados estandarizados para pacientes diabéticos en atención primaria; el plan de cuidados tiene como marco de referencia el Modelo Conceptual de V. Henderson, lo que permitió una valoración integral de la persona en base a la dependencia o independencia en la satisfacción de las necesidades.

Díaz, Pérez, Martínez, Delgado y Sánchez (2002) realizaron un estudio en relación a la aplicación de la metodología enfermera en un servicio de endoscopia donde se elaboró un plan de cuidados estandarizados, basado en el modelo de V. Henderson. Se concluyó que con la elaboración de un plan de cuidados estandarizados para pacientes sometidos a broncoscopia se puede conseguir una mayor calidad asistencial de enfermería, brindando una atención integral al paciente en el desarrollo de la técnica endoscopia, también se obtiene conocimientos acerca de la recuperación de los cuidados de enfermería en los procesos de control de gestión para la elaboración de la guía clínica. También Vicedo &

Castro (2001) realizaron un estudio para demostrar la aplicación y vigencia de las teorías y modelos en el proceso de enfermería; a partir de un caso real, se concluyó que el proceso de atención de enfermería de los pacientes estudiados se sustenta en la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem y para planear las intervenciones de enfermería de los pacientes estudiados se apoyaron en la teoría de V. Henderson. Por su parte Rodríguez & Ferrer (2002) desarrollaron un trabajo con el objetivo de determinar la prevalencia de la alteración de las 14 necesidades de V. Henderson en una unidad de hospitalización pediátrica. El estudio concluyó que la programación de cuidados, empleando el Modelo de V. Henderson, orienta tanto a actuaciones hospitalarias inmediatas como a la derivación y seguimiento extrahospitalario.

OBJETIVO GENERAL

Medir la adherencia de los profesionales de enfermería a utilizar un modelo teórico de la disciplina como base de la valoración de la enfermería.

HIPOTESIS GENERAL

Los profesionales de enfermería que reciben capacitación acerca de modelo o teoría de enfermería, presentan una mayor adherencia a trabajar con un modelo teórico en comparación con aquellos profesionales que no reciben capacitación. Se plantearon cuatro subhipótesis:

H 1. "Los profesionales de enfermería que reciben capacitación acerca de valoración de enfermería del paciente hospitalizado teniendo como referencia un modelo o teoría de enfermería, presentan una mayor adherencia a realizar la valoración de enfermería en comparación con aquellos profesionales que no reciben capacitación".

H 2. "Los profesionales de enfermería que reciben capacitación acerca de valoración de enfermería del paciente hospitalizado teniendo como referencia un modelo teórico, presentan una mayor adherencia a realizar la planificación de la atención de enfermería en comparación con aquellos profesionales que no reciben capacitación".

H 3. "Los profesionales de enfermería que reciben capacitación acerca de valoración de enfermería del paciente hospitalizado, teniendo como referencia un modelo teórico, aumentan sus conocimientos acerca de modelos o teoría de enfermería en comparación con aquellos profesionales que no reciben capacitación".

H 4. "Los profesionales de enfermería que reciben capacitación acerca de valoración de enfermería del paciente hospitalizado teniendo como referencia un modelo teórico, le asignan una mayor importancia a realizar la valoración de enfermería en comparación con aquellos profesionales que no reciben capacitación".

MATERIAL Y METODO

Corresponde a un estudio cuasiexperimental cuyo universo estuvo conformado por todas las(os) enfermeras(os) que trabajan en el Servicio de Medicina del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción (H.G.G.B.) y Hospital Las Higueras de Talcahuano (H.H.). La Unidad de Análisis está representada por las(los) enfermeras(o) del Servicio de Medicina de los hospitales antes señalados en el año 2005. Conforman la muestra 22 enfermeras del grupo experimental (GE) y 17 del grupo control (GC); se eligieron los dos hospitales públicos más grandes de la provincia de Concepción y los servicios clínicos con similar complejidad de paciente y carga de trabajo. Dentro del perfil sociodemográfico se destaca que un porcentaje mayor de am-

bos grupos corresponden a enfermeras jóvenes, es decir, menos de 35 años, con una distribución porcentual alta de profesionales que tienen menos de 15 años de experiencia laboral. En lo que respecta a la percepción en relación al N° de profesionales en turno, en ambos grupos coincidieron en mencionar déficit de profesionales de enfermería en turnos, como también, que "a veces" o "rara vez" cuentan con los recursos materiales para dejar evidencia de la valoración de enfermería. Ambos grupos coinciden en que "a veces" o "siempre" discuten la valoración de enfermería con otros colegas u otro profesional de la salud, valoración que debiera estar basada en un modelo teórico, conocimientos cuya responsabilidad la asignaron mayoritariamente al pregrado y en forma personal, en ambos grupos.

Tratamiento experimental

El tratamiento corresponde a la capacitación realizada a través de talleres con las enfermeras del grupo experimental en relación a modelos y teorías y su aplicación a la práctica de Enfermería.

Descripción de los instrumentos recolectores de datos

Instrumento N° 1: Elaborado por el autor, que consta de consultas con relación a las variables biosociodemográficas y contributorias. Instrumento N° 2: A) Cuestionario basado en la Escala de Actitud en Salud de Miller (1988), modificado por el autor, con las 4 dimensiones a evaluar: 1) Valoración de enfermería teniendo como referencia un modelo teórico. 2) Planificación del cuidado teniendo como referencia un modelo teórico. 3) Conocimiento del profesional de enfermería acerca de modelos y teorías de enfermería. 4) Importancia que le presta el profesional de enfermería a la valoración de enfermería teniendo

como referencia un modelo teórico. B) Cuestionario basado en la Escala de Conducta en Salud de Miller (1988), modificado por el autor, con las cuatro dimensiones a evaluar anteriores. Para ambos cuestionarios, el Alpha de Cronbach otorgó confiabilidad aceptable de .77. Un tercer Instrumento estuvo constituido por “Manual de auditoria de hoja de registro de atención de enfermería”, este instrumento fue creado por el autor con el objetivo de auditar todos los ítemes que constituyen la Hoja de Registro de Enfermería, creada y utilizada por los profesionales de enfermería, teniendo como referencia el modelo de Virginia Henderson y Abraham Maslow.

En relación a los aspectos éticos de la investigación, se solicitó previamente autorización a las direcciones y enfermeras coordinadoras de ambos hospitales. Con respecto a los profesionales de enfermería, también previo al estudio se les solicitó su consentimiento informado para participar voluntariamente en el estudio, asegurando confidencialidad y anonimato de la información.

RESULTADOS

El análisis de los datos se realizó con el método de diferencia en diferencia mediante t de Student; es decir, en primer término se comparan las medias del grupo experimental, después versus antes, luego se hace el mismo procedimiento con el grupo control y luego se comparan los resultados anteriores con cada una de las actitudes y conductas a medir en cada hipótesis (Polit y Hungler, 2000) que se puede esquematizar como sigue:

$$\text{Efecto} = (Y_{GE}(\text{post}) - Y_{GE}(\text{pre})) - (Y_{GC}(\text{post}) - Y_{GC}(\text{pre}))$$

Grupo Experimental (GE) y Control (GC) (Análisis en la Escala de Actitud)

SUBHIPÓTESIS H 1: La adherencia en relación a la dimensión valoración de Enfermería en la

Escala de Actitud en Salud adaptada por el autor (Tabla 1).

Los promedios de actitud de las enfermeras hacia la valoración de enfermería utilizando un modelo teórico medido en el grupo experimental a comienzos del estudio y al final del mismo muestran que existe una diferencia. La diferencia entre ambas medias es el efecto del tratamiento al que han sido sometidas las enfermeras en este estudio es:

$$\text{Efecto} = (Y_{\text{post}} - Y_{\text{pre}}) = 50.86 - 35.41 = 14.7$$

El cálculo de t Student demuestra que esa diferencia es significativa con ($p=0.011$) y efectuada la prueba de homogeneización de varianzas, se demuestra que en este caso son varianzas iguales. Para eliminar otras influencias extrañas que puedan afectar el cambio de actitud de las enfermeras se utiliza la ponderación de los resultados encontrados mediante el uso del grupo control, ponderación que se denomina técnicamente “diferencia en diferencia”.

En el grupo control la diferencia de promedios de actitud, antes y después, es igual a 2.35. Este valor no resulta diferente de cero (en la prueba de t Student), por lo que debe concluirse que es igual a cero. Por lo tanto, el efecto del tratamiento obtenido en el grupo experimental, es el efecto real y no debe ser rechazado por la existencia de otras variables. La conclusión es que el tratamiento (capacitación) produjo un cambio de actitud en los profesionales de enfermería hacia realizar la valoración de enfermería teniendo presente un modelo teórico.

En relación a la SUBHIPÓTESIS H 2: La adherencia en relación a la dimensión Planificación del Cuidado en la Escala de Actitud en Salud adaptada por el autor (Tabla 1), la diferencia entre ambas medias de los promedios de actitud para realizar la planificación en el GE antes y después del tratamiento se debe al que han sido sometidas las enfermeras en este estudio, y corresponde a 15.7.

Efectuado el cálculo de t Student para este

Tabla 1. Diferencias de media dentro de grupos, diferencia en diferencia entre grupos y t de Student que miden la actitud de adherencia de las/os enfermeras/os a utilizar un modelo teórico.

Actitud de adherencia	Grupos N	Etapa	Media Y (Efecto)	Diferencia	t	p
H1: Valoración de enfermería	GE = 22	Post	50.86	15.4	2.44	0.019
	GC = 17	Pre	35.41			
H2: Planificación del cuidado	GE = 22	Post	37.82	2.35	0.26	0.816
	GC = 17	Pre	35.47			
H3: Conocimiento de teorías y modelos de enfermería	GE = 22	Post	52.36	15.7	2.32	0.025
	GC = 17	Pre	36.64			
H4: Importancia de utilizar un modelo de enfermería	GE = 22	Post	33.59	-2.12	-0.23	0.818
	GC = 17	Pre	35.71			
H. General: Uso de un modelo en la valoración de enfermería	GE = 22	Post	48.55	16.1	2.47	0.017
	GC = 17	Pre	32.45			
H. General: Uso de un modelo en la valoración de enfermería	GE = 22	Post	38.24	4.53	0.47	0.64
	GC = 17	Pre	33.71			
H. General: Uso de un modelo en la valoración de enfermería	GE = 22	Post	49.68	26.27	2.69	0.01
	GC = 17	Pre	23.41			
H. General: Uso de un modelo en la valoración de enfermería	GE = 22	Post	33.47	2.18	0.23	0.811
	GC = 17	Pre	31.29			
H. General: Uso de un modelo en la valoración de enfermería	GE = 22	Post	201.727	67.4	2.65	0.011
	GC = 17	Pre	134.364			
H. General: Uso de un modelo en la valoración de enfermería	GE = 22	Post	30.545	1.64	0.49	0.624
	GC = 17	Pre	28.909			

Fuente: Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería.

caso (varianzas iguales), el resultado es 2.32. Se concluye que el tratamiento produjo un cambio de actitud significativo ($p = 0.025$) en los profesionales de enfermería para realizar la planificación del cuidado de enfermería que se traduce en un aumento de promedios en la escala de actitud igual a 15.7 puntos.

Enfrentando estos resultados con los encontrados en el grupo control a través del método diferencia en diferencia, el valor resultante no es diferente de cero; por lo tanto, el efecto o cambio de actitud positivo que tuvieron los profesionales de enfermería luego

de la capacitación fue un efecto real y no debe ser rechazado. Es decir, el tratamiento experimental provocó un cambio de actitud positivo hacia planificar el cuidado de enfermería teniendo presente un modelo teórico.

En la SUBHIPÓTESIS H 3: La adherencia en relación a la dimensión conocimientos acerca de modelos y teorías de enfermería medida en la Escala de Actitud en Salud (Tabla 1), la diferencia entre ambas medias de los promedios de actitud muestran que existe una diferencia que es 16.1. Utilizando t Student, para varianzas iguales, se obtienen diferencias

Tabla 2: Diferencias de media y t de Student en el grupo experimental que miden la conducta de adherencia de las/os enfermeras/os a utilizar un modelo teórico.

Conducta de adherencia	Grupos N	Etapas	Media Y	Diferencia (Efecto)	t	p
H1: Valoración de enfermería	GE = 22	Post Pre	7.64 7.59	0.05	0.93	0.744
H2: Planificación del cuidado	GE = 22	Post Pre	7.27 7.52	-5.25	0.29	0.70
H3: Conocimiento de teorías y modelos de enfermería	GE = 22	Post Pre	6.91 7.05	-0.14	-0.15	0.80
H4: Importancia de utilizar un modelo de enfermería	GE = 22	Post Pre	8.64 7.27	1.37	1.55	0.18
H. General: uso de un modelo en la valoración de enfermería	GE = 22	Post Pre	30.54 28.9	1.6	0.49	0.624

Fuente: Idem tabla 1.

estadísticamente significativas ($p = 0.017$); es decir, hubo un cambio de actitud al tener las enfermeras del grupo experimental un mayor conocimiento de teorías y modelos. El método “diferencia en diferencia” utilizando los resultados del grupo control permite concluir que los resultados positivos en la actitud de las enfermeras, luego de recibir la capacitación, es el efecto real y no se debe a variables extrañas.

Igualmente, en la SUBHIPÓTESIS H 4: La adherencia en relación a la dimensión Importancia asignada a la valoración de enfermería medida en la Escala de Actitud en Salud (Tabla 1), los promedios de actitud de las enfermeras en el GE en el pre test y después de hacer la intervención muestran que existen diferencia y ésta es de 26.27. Aplicando t de Student y el método de diferencias en diferencias con el GC se observa que hay diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.01$)

por un lado, y que el efecto observado es el efecto real y se debe al tratamiento experimental.

El mismo procedimiento aplicado a la HIPÓTESIS GENERAL Y DE TRABAJO en la Adherencia medida por la Escala de Actitud, los promedios de la actitud de las enfermeras a presentar una mayor adherencia a trabajar con un modelo teórico en el GE a comienzos del estudio y al final del mismo, demuestra que existe diferencia entre ambas medias (67.4) y ésta sería el efecto del tratamiento al que han sido sometidas las enfermeras en este estudio. Efectuado el cálculo de t Student para este caso (varianzas iguales), el resultado es significativo ($p = 0,011$). La conclusión es que el tratamiento produjo un cambio de actitud en las enfermeras, al presentar mayor adherencia a trabajar con un modelo teórico una vez que fueron capacitadas, resultado que se traduce en un aumento de promedios en la escala de actitud igual a 67.4 puntos.

Grupo Experimental y Control (Análisis de la Escala de Conducta)

Cuando se midió la adherencia tanto el GE como el GC, a través de la Escala de Conducta en Salud de Miller adaptada por el autor, para las cuatro dimensiones de la adherencia, las diferencias de medias no fueron significativas, por lo que ningún efecto pudo atribuirse al tratamiento experimental. La medición de la adherencia de los profesionales de enfermería a trabajar con un modelo teórico de enfermería en los pacientes hospitalizados teniendo como referencia un modelo o teoría de enfermería, se hizo también a través de un método descriptivo que consistió en una auditoría de hoja de registros escritos de atención de enfermería utilizada diariamente por los profesionales. Se creó un protocolo de auditoría y se eligió al azar un día para auditar la totalidad de las hojas utilizadas por los profesionales de enfermería en pacientes hospitalizados. De esta auditoría se obtuvieron resultados concluyentes, que confirman la conducta expresada por las enfermeras en la Escala de Conducta, ya que de un total de 111 pacientes hospitalizados para ese día, que en su conjunto reunían la totalidad de 867 hojas de registro que se auditaron, sólo se obtuvo como adherencia a realizar la valoración de enfermería diaria la cantidad de 95 hojas (días), que en términos porcentuales corresponde sólo a un 11% de evidencia como adherencia escrita a realizar la valoración de enfermería teniendo como referencia un modelo o teoría de enfermería.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

1) La adherencia medida por la actitud de las enfermeras a trabajar con un modelo teórico de enfermería tuvo un cambio significativo luego de las capacitaciones, pero no así sobre la conducta de adherencia.

2) Aumentos significativos se produjeron en la actitud de adherencia hacia realizar la valoración de enfermería, planificación de los cuidados, conocimientos de modelos y teorías y la asignación de importancia a utilizar un modelo teórico como base del trabajo de enfermería, luego de recibir la capacitación, no así en la manifestación en la escala de conducta en donde no hubo diferencias significativas en ninguna de las cuatro dimensiones.

3) Se concluye que los cambios obtenidos especialmente en términos de actitud adherente en el GE se deben especialmente a participación voluntaria activa, dinámica, que tuvieron los profesionales de enfermería, tanto en la elaboración del instrumento, como en las capacitación que se efectuó con el grupo de estudio donde se reforzaron tópicos como teorías y modelos de enfermería, modelos teóricos clásicos, el modelo conceptual de V. Henderson, en el cual basaron la valoración posterior.

4) La actitud adherente se pudiera explicar con la participación activa, dinámica y voluntaria que tuvieron los profesionales de enfermería al elaborar un instrumento específico de valoración de enfermería llamado "Hoja de Registro de Enfermería", lo que demuestra que cognitivamente internalizaron y más tarde evidenciaron esta importante metodología de trabajo.

5) Se observó la escasa o ausente conducta adherente en el GE en las cuatro dimensiones como resultado de la capacitación, a pesar, que se trataba de trabajar voluntariamente con el instrumento de valoración creado por ellos mismos.

6) Durante el estudio, a pesar que los resultados no fueron positivos en relación a conducta adherente, se logró por parte de los profesionales la creación de un instrumento de valoración diaria de enfermería.

7) Los resultados negativos, en términos de conducta adherente, coinciden con la medición de esta conducta a través de la evidencia escrita en los registros que los mismos profesionales realizan diariamente al valorar al paciente hospitalizado. Así, se obtuvieron resultados porcentuales muy bajos (11%) de profesionales de enfermería presentaron adherencia escrita a realizar la valoración teniendo como referencia un modelo o teoría de enfermería.

8) Basado en su experiencia, los autores pueden concluir que las enfermeras requieren esfuerzo para mantener actitud y conducta. La formación profesional biologicista en los currículum, hace más fácil mantener un esquema de valoración basado en un modelo biomédico, quizás, es más cómodo mantener esta forma. El cambio del modelo requiere un esfuerzo permanente y un trabajo en conjunto e integrado de la academia y la asistencia.

9) En relación con los factores asociados, sin haber podido hacer una correlación, es posible relacionar variables sociodemográficas con estos resultados y los resultados de otras investigaciones. Con respecto a los años de experiencia laboral, el grupo en estudio acusó en un porcentaje alto tener menos de 15 años de experiencia laboral. De lo anterior se podría deducir que, a menor experiencia laboral menor adherencia en términos conductuales a valorar, planificar, aumentar los conocimientos, brindar mayor importancia a la valoración de enfermería. Estos resultados coinciden con Soto (2003), donde concluyó que si bien es cierto los resultados no fueron significativos a la hora de evaluar la escala de planificación de Ulceras por Presión, medido especialmente en un porcentaje importante de la muestra en estudio, se trataba de profesionales jóvenes con menos de 6 años de experiencia laboral.

En relación a la percepción que tienen los profesionales de enfermería, con respecto al

número de profesionales en turnos, se advierte que en ambos grupos acusaron en un porcentaje alto déficit de profesionales en turnos, como también mencionaron que “a veces” o “rara vez” cuentan con los recursos materiales para evidenciar la valoración de enfermería. Estos resultados coinciden con estudios anteriores como el de Avendaño, Grau y Yus (1995), quienes concluyeron que trabajar en condiciones precarias influye en la satisfacción laboral, salud y calidad del trabajo de las enfermeras. Finalmente, los resultados de este estudio coinciden con los encontrados por Paravic & Angerami (2000) y por Fernández & Paravic (2003) los que concluyeron que un alto porcentaje de enfermeras se mostraron insatisfechas con las condiciones físicas del trabajo.

10) Luego de todo el trabajo realizado en conjunto con los profesionales del estudio, se logró la valiosa creación de un instrumento de valoración de enfermería, teniendo como referencia un Modelo de V. Henderson y A. Maslow. Es posible identificar otros factores que no se asociaron con pruebas estadísticas por pérdida de la relación entre quienes respondieron, pero que es necesario establecer en los próximos estudios, ya que existe gran carga de trabajo manifestado por la falta de tiempo y recurso humano.

COMENTARIO FINAL

El presente estudio permitió al autor dar quizás el primer paso y pionero en un intento de volver a la esencia de enfermería y trabajar con una perspectiva holística en torno a un modelo o teoría de enfermería.

Los resultados fueron positivos en términos de actitud y se logró que el profesional reflexionara cómo está realizando la valoración de enfermería. Fue importante el cambio cognitivo positivo que se produjo en las enfermeras/os, en términos de actitud a tra-

bajar con esta metodología, considerando que habían sido capacitados y participado activa y voluntariamente en la elaboración de un instrumento de valoración de enfermería basado en un modelo teórico.

Frente a lo anterior, se plantea un gran desafío para la integración real entre las unidades formadoras de futuros profesionales de enfermería y los profesionales asistenciales, contando con un marco conceptual incorporado a la malla curricular de toda la carrera y que el alumno egrese con un bagaje de conocimientos en relación a teorías y modelos de enfermería, para su posterior desempeño profesional. Llevando consigo que estas actuaciones únicas, autónomas, propias del quehacer de este profesional permitan alcanzar, de una u otra forma, a cumplir con las políticas nacionales de salud en lo que respecta a la gestión del cuidado de enfermería.

Frente a las proyecciones de este trabajo los autores consideran que es un paso muy importante y pionero en el ámbito nacional. Otras experiencias en países como España, Bélgica, EE.UU., Cuba, entre otros, vivenciaron hace ya algunas décadas esta misma experiencia y experimentaron también incertidumbre, alguna resistencia y algo de apatía, que los autores pudieron constatar en el desarrollo del estudio.

REFERENCIAS

Avendaño, C.; Grau, P. y Yus, P. (1995). Riesgo para la salud de las enfermeras del sector público en Chile. *Revista Enfermería. Colegio de Enfermeras de Chile*. Año 30, N° 102, dic. 15-26.

Beare, P. y Myers, J. (1995). *Enfermería Médico-Quirúrgica*. (2° edición), España. Mosby / Doyma libros. Vol 1, p. 78.

Canalis, B.; García, M.; González, M.; Gorrindo, C.; Jordar, G.; Martín, S. y Robles, N. (2000). La diabetes en atención primaria. *Enfermería Clínica*, V. 10 N° 2:80-83.

Collière, M.F. (1997). Promover la vida de lo práctico de las mujeres cuidadoras a los cuidados

de enfermería, Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana Editores S.A.

Díaz, D.; Pérez, M.; Martínez, M.; Delgado, M. y Sánchez, M. (2002). Aplicación de la metodología enfermera en un servicio de endoscopia (Broncoscopia). *Metas de Enfermería*. Noviembre 5(9):50-54.

Dracup, K. y Meleis, A. (1982), Compliance: an Interactionist Approach. *Nursing Research* 31(1) Jan-Feb:31-36

Diccionario de la Real Academia Española [DRAE] (2004). 21° ed., Madrid.

Durán, M. (2002). Marco epistemológico de la Enfermería, *Revista Aquichan*, N° 2, Colombia, 15-17.

Enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos (1999). Necesidades de paciente diabético del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román, *Rev Mex Enf Cardiol*, 7(1-4):53-57.

Fernández, B. y Paravic, T. (2003). Nivel de satisfacción de las enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción. *Concepción. Revista Ciencia y Enfermería*. 9 (2): 57-66.

García, G.; Muñoz, K.; Alamilla, M.; García, J. y Montejó, O. (2006). Aportaciones de las Taxonomías al Proceso de Enfermería. *Desarrollo Científ Enferm*. Vol. 14, N°3, abril: 92-98.

Henderson, V. (1982). The nursing process - is the title right? *Journal of Advanced Nursing*, 7: 103-109.

Iyer, P.; Taptich, B. y Bernocchi, D. (1995). Proceso y diagnóstico de Enfermería. 3ª ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México, p. 11.

Jara, P.; Polanco, O. y Alveal, M. (2005). Percepción del rol profesional de alumnos de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. *Rev. Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquía, Vol. XXIII N° 2, septiembre, 57-69.

López-Parra, M.; Santos-Ruiz, S.; Varez-Pelaez, S.; Abril-Sabater, D.; Rocabert-Luque, M.; Ruiz-Muñoz, M. y Mañé-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4): 218-21.

Leddy, S. y Pepper, J. (1985). *Bases Conceptuales de Enfermería Profesional*. 1ª ed. Filadelfia, J.B. Lippincott Co., p. 135.

- Lunney, M. (2006). Helping Nurses use NANDA, NOC and NIC: Novice to Expert. *Journal of Nursing Administration* Vol. 36(3), March: 118-125.
- Marriner, A. (2003). Modelos y teorías en Enfermería. 5ª ed Edit. Elsevier, España, pp. 98-111.
- Miller, P. (1988). Influence of a nursing intervention on regimen adherent and societal adjustments postmyocardial infarction. *Nursing Research* 37(5) September/October: 297-302.
- Orrego, S. (2001). Calidad del Cuidado en Enfermería. *Revista Investigación y Educación en Enfermería, Universidad de Antioquía*, Vol. XIX, N° 2, 78-83.
- Ortiz, Z. (2003). Dimensión del servicio de enfermería. *Revista Investigación y Educación en Enfermería, Universidad de Antioquía*, Vol. XXI, N° 1, 86-96.
- Paravic, T. y Angerami, E. (2000). Satisfacción laboral de mujeres académicas de una universidad. *Revista Ciencia y Enfermería*. Vol. 6 (1): 59-66.
- Polit, D. y Hungler, B. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. Sexta edición. McGraw-Hill Interamericana, p. 459.
- Rodríguez, A. y Ferrer, M. (2002). Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica*, Vol. 12 N° 6: 255-261.
- Sanhueza, O. (2001). El cuidado: Necesidad de investigar en Enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería*, Vol. 7 (1): 13-22.
- Sepúlveda, E. (1997). Adherencia al control de pacientes hipertensos y factores que la influyen. *Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción. Revista Ciencia y Enfermería*. Vol. 3(1): 49-58.
- Soto, I. (2003). Factores que influyen en las enfermeras al planificar los cuidados para prevenir las úlceras por presión en los ancianos hospitalizados. *Gerokomos*. Vol. 4, N° 3: 157-164.
- Viciedo, R. y Castro, Y. (2001). Aplicación de teoría y Modelos de Enfermería a la atención de enfermería en paciente real. Consultado el 6 de abril de 2004, de p. web: <http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/giron/03teoriaymodulo.htm>