



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería y Obstetricia
Carrera de Enfermería

“VISUALIZACIÓN QUE TIENEN LOS ADULTOS HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS RESPECTO A LA FUNCIÓN ASISTENCIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA”

Tesis para Optar al Grado de Licenciado de Enfermería.

Tesistas: Pía Bustamante Vilches.
Laura Díaz Bustamante.
Denisse Pacheco Sarmiento.
Viviana Pizarro Caro.
Karina Poblete Millas.
Nancy Vidal Sáez.

Docente Guía: Prof. Nidia Núñez.

Valparaíso, Marzo 2008

Dedicado:

*A todas las personas que
voluntariamente participaron
en esta investigación
e hicieron posible su realización,
colaborando con el conocimiento
acerca de la Profesión
de Enfermería y su difusión.*

Agradecimientos

Ha sido un largo camino para llegar hasta este momento, comenzamos como un grupo de personas desconocidas, nos logramos conocer y consolidarnos como grupo de trabajo e indiscutida amistad. Virtudes logradas gracias a la intervención de un Ser que nos inundó con su amor y alegría, Dios. Gracias a Él hemos crecido, madurado, aprendido y pudimos transformar nuestras debilidades en fortalezas y nunca permitió que el trabajo fuese más importante que nuestra amistad.

Ya al término de esta experiencia, existen muchos recuerdos, momentos buenos, momentos malos, pero no por eso menos significativos.

Por haber sido parte importante de este largo camino, nos gustaría agradecer a: Primero que todo a nuestras familias por el apoyo incondicional brindado durante estos años de esfuerzo.

Nuestra querida profesora guía Srta. Nidia Núñez, que con su dedicación, paciencia y gran sabiduría, nos supo guiar a través de la confección de esta investigación.

Las instituciones que voluntariamente se hicieron parte de esta investigación.

Los Profesionales de Enfermería de las distintas instituciones que dieron su aprobación para la aplicación de esta investigación en sus distintos sectores y servicios.

Por último, a las personas que fueron parte de nuestra muestra, colaborando significativamente con la realización de esta investigación.

INDICE DE CONTENIDOS

1.1. Dedicatoria	I
1.2. Agradecimientos	II
1.3. Indice de Materias	III
 CAPITULO I: INTRODUCCION	
2.1. Introducción	3
2.2. Delimitación del Problema y Definición de Términos	5
2.3. Limitaciones del Estudio	6
 CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL	
3.1. Introducción	8
3.2. Marco Teórico	9
3.3. Objetivos Generales	24
3.4. Objetivos Específicos	24
3.5. Definición y Operacionalización de Variables	26
 CAPITULO III: METODOLOGÍA	
4.1. Tipo de Diseño de la Investigación	32
4.1.1. Organización de Trabajo en Grupo	32
4.1.2. Revisión Bibliográfica y Entrevistas	33
4.2. Población en Estudio-Definición del Universo	33
4.3. Diseño Muestral	33
4.4. Método de Recolección de Datos	34
4.4.1. Descripción del Instrumento	35
4.4.2. Estudio de Confiabilidad del Instrumento	35

4.5. Método de Procesamiento y Análisis de Datos	36
4.5.1. Vaciamiento de Datos	36
4.5.2. Criterios utilizados para el Análisis de Información	37
4.6. Organización del Trabajo en Terreno	39

CAPITULO IV: RESULTADOS, PRESENTACION DE GRAFICOS Y TABLAS

5.1. Resultados Descriptivos	41
5.1.1. Antecedentes de la Muestra	41
5.1.2. Antecedentes de la Muestra Definitiva	42
5.1.3. Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en los 97 Usuarios del Estudio	44
5.1.4. Grado de Visualización del Profesional de Enfermería según sus Actividades	45
5.1.5. Grado de Visualización del Profesional de Enfermería según Variables	47
5.1.6. Grado de Visualización del Profesional de Enfermería por Actividades y según Variables del Estudio	50
I. Durante la Admisión	50
II. Durante Entrega y Recepción de Turno	53
III. Durante Actividades Generales	56
IV. Durante Educación al Usuario	59

CAPITULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y RESUMEN

6.1. Conclusiones	63
6.2. Recomendaciones	66
6.3. Resumen	67
6.4 Abstract	68

PAGINAS COMPLEMENTARIAS

7.1 Lista de Referencias Bibliográficas	70
7.2 Bibliografía General	73
7.3 Anexos	
1. Consentimiento Informado	77
2. Cuestionario Preliminar	78
3. Cuestionario Definitivo	80
4. Instructivo de la Encuesta	85
5. Asignación de Puntajes por Pregunta	88
6. Reconocimiento del Profesional de Enfermería en la Encuesta Preliminar	89
7. Protocolo de Acuerdo entre Ministerio de Salud y Colegio de Enfermeras de Chile	92
8. Resumen de las Normas de la Canadian Nurses Association	96

Capítulo I:
Introducción

INTRODUCCION

La Enfermería es una ciencia y un arte que tiene como esencia el cuidado profesional de la salud a las personas proporcionando cuidados integrales de alta calidad, sustentados en conocimientos surgidos de evidencias científicas, humanistas y culturales.

La profesión de Enfermería, a través de los años, se ha sumado a esta evolución general; si la enfermera del pasado se conformaba con unir su identidad a la de otro profesional de la salud, la enfermera/o actual se esfuerza por alcanzar un reconocimiento como profesional autónomo. De este modo, las enfermeras/os establecen su objetivo profesional particular y así justifican su presencia dentro del equipo de salud.

A lo largo de la experiencia adquirida durante el período de estudiantes de la Carrera de Enfermería, es posible observar la difusa imagen que existe del Profesional de Enfermería en la población, desconociendo y confundiendo comúnmente su rol, las actividades que realiza y su posición como profesional. Es desde esta problemática donde nace la interrogante inicial para realizar este estudio: ¿Qué es lo que conoce la gente acerca del Profesional de Enfermería y su quehacer?

Del análisis de esta amplia pregunta principal, surgieron las siguientes interrogantes:

¿Las personas reconocen la Enfermería según lo que es como profesión?

¿Qué observa el usuario en la práctica, en relación a lo citado en la teoría de la Enfermería por los especialistas?

¿Qué visualizan los usuarios de las actividades efectuadas por el Profesional de Enfermería en su atención en los servicios de hospitalizados?

¿Por qué hay algunos usuarios que no reconocen al Profesional de Enfermería dentro del equipo de profesionales de la Salud?

Es desde esta problemática que puede existir una gran cantidad de variables derivadas de la multiplicidad de actividades que cumple la enfermera/o en todo su

quehacer, la gran cantidad de personal dentro del equipo de enfermería y la escasa divulgación que, a veces, tiene o ha tenido la profesión como tal en varios ámbitos de su quehacer.

Actualmente, la Enfermería es reconocida como una profesión y disciplina, dentro del sector académico, de salud y en el ámbito legal, ya que se basa en un cuerpo de conocimientos propios y su acción social está sustentada en evidencia científica, ética y estética, además de su inclusión en el Código Sanitario. Son las teorías de Enfermería las que proporcionan los conocimientos que dan dirección y sustento para perfeccionar la práctica diaria y favorecer la capacidad de análisis; asimismo estimulan el razonamiento, clarifican los valores y determinan el ejercicio profesional autónomo.

Es así como se espera que la Enfermería profesional se haga visible a la población general mediante las actividades realizadas para satisfacer la demanda de cuidados del usuario y para restablecer o extender su capacidad de enfrentar los requerimientos de la situación de salud del país, ya sea durante la promoción, prevención, restauración o rehabilitación de ella. Frente a este desafío, es indispensable realizar estudios cuantitativos y cualitativos para obtener evidencia científica acerca de la visualización que tienen los usuarios del rol y funciones del Profesional de Enfermería, una vez que la reconocen como tal.

Por ello, el grupo de tesis quiso efectuar un aporte realizando esta investigación cuyos objetivos son conocer y describir la visualización que tienen los Adultos Hospitalizados en el contexto de Servicios Médicos y Quirúrgicos en Instituciones Públicas y Privadas.

DELIMITACION DEL PROBLEMA Y DEFINICION DE TERMINOS

Delimitación del Problema:

“Visualización que tienen los Adultos Hospitalizados en Servicios Médicos y Quirúrgicos Públicos y Privados, de la Función Asistencial del Profesional de Enfermería y algunos Factores Personales e Institucionales, en la V región.” Año 2007.

Definición de Términos:

Visualización: Actividades que los Adultos Hospitalizados del estudio observan en el desempeño del Profesional de Enfermería en relación a la Función Asistencial.

Adultos: Adultos de 18 años o más, de ambos sexos, sin deterioro psicorgánico, con no menos de 3 días de hospitalización.

Servicios Médicos y Quirúrgicos: Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Gustavo Fricke y Servicio Médico-Quirúrgico de la Clínica Valparaíso y del Hospital IST (Instituto de Seguridad del Trabajo).

Reconocimiento del Profesional de Enfermería: Identificación del Profesional de Enfermería a través de sus actividades y/o el uso de uniforme.

Factores Institucionales: Se considerarán: tipo de institución y tipo de servicio.

Factores personales de los Adultos Hospitalizados: Se considerarán: sexo, edad, escolaridad y hospitalizaciones anteriores.

Función Asistencial de la Enfermera: Considera todas las actividades de cuidado directo (técnicas instrumentales y expresivas), incluida la educación al usuario.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Etapa de diseño

1. Disponibilidad de tiempo de los tesisistas, debido a la existencia de otras cátedras paralelas al Seminario.
2. Dificultad en la operacionalización de la variable principal y luego la confección del instrumento debido a la complejidad y variedad de los indicadores utilizados para medir la visualización del Profesional de Enfermería.

Etapa de ejecución

1. Existencia de personas con dificultades emocionales o físicas para responder el cuestionario.
2. Tiempo y dinero disponible de los investigadores.
3. Olvido por parte de algunos usuarios de las actividades realizadas por las enfermeras/os.
4. Las pasantías de estudiantes de Enfermería existentes en algunos servicios del estudio, que podrían confundir la visualización que tienen los usuarios acerca del Profesional de Enfermería.
5. En algunos servicios del estudio, no siempre el Profesional de Enfermería es quien realiza la Admisión del Usuario y Entrega y Recepción de Turno.

Capítulo II:
Marco Conceptual

INTRODUCCION

Somos conscientes de que el mundo está cambiando rápido y constantemente y, por tanto, exige de cada uno, una capacidad considerable de adaptación.

El cuidado se desarrolla desde que el ser humano existe y ha evolucionado desde ser una condición natural y un oficio ejecutado por personas de buena voluntad sin preparación, hasta que Florence Nightingale en el siglo XIX, realizó las primeras teorías del cuidado de enfermería, a lo que se fueron sumando diversas teorías hasta la actualidad, provocando un desarrollo permanente de la disciplina.

La esencia de la naturaleza de Enfermería y el papel fundamental del ejercicio profesional de la enfermera/o es el cuidado del Ser Persona y de la Vida Humana individual y colectiva a través de todo su proceso evolutivo y el cuidado del entorno físico y social en el cual se van desarrollando la persona, la vida de los individuos y de las comunidades. El énfasis, por tanto, de la atención de enfermería no está en el proceso salud-enfermedad, sino en el bienestar integral de la persona, de la familia, la población y la calidad de vida de ellos. La enfermedad es sólo un evento negativo en el proceso de la vida y, aunque la afecta de diversas maneras, no constituye una situación permanente durante toda la vida de las personas.

El uso de marcos teóricos de referencia en Enfermería ayuda a fortalecer y enriquecer la identidad y autonomía profesional. Es por esto que a continuación se desarrollará lo involucrado en la presente investigación.

MARCO TEORICO

El referente teórico de la presente investigación se sustenta en profundizar sobre la Profesión de Enfermería. Se analizará: la Naturaleza del Cuidar, la Identidad Profesional, el Proceso de Atención de Enfermería, la Calidad de la Atención en Salud y las Personas que recibirán los cuidados.

I. NATURALEZA DEL CUIDAR

Profundizar en la disciplina enfermera requiere reflexionar sobre la esencia de la Profesión y la Naturaleza del Cuidado. Cuidar es una noción familiar, sin embargo, resulta difícil definirla con palabras comprensibles y medibles al tener, por lo demás, diversos usos lingüísticos¹.

Se define la palabra Cuidado del participio pasivo *Cuidar*: “Solicitud, esmero y atención que se pone en la ejecución de una cosa; asunto o negocio que uno tiene a su cargo²”. A su vez, la palabra Cuidar procede del latín *cogitare*, (“pensar”; y por extensión, “pensamiento” de *cogitatus*) términos que denotan una acción con un fin y la cual, bajo ciertos parámetros, recae sobre alguien o algo.

La naturaleza del cuidar está íntimamente ligada a la naturaleza humana, es el primer acto de vida. Cuidar es el proceso social que forma parte de la propia experiencia, ayuda a la supervivencia y hace posible la existencia, los cuidados son transmitidos y realizados por las manos, por el tacto y el contacto cuerpo a cuerpo.

El término Cuidado incluye los aspectos psicosociales y los aspectos profesionales y técnicos, relacionados con las competencias generales y específicas del perfil profesional enfermero. Entre los elementos que configuran la relación social del cuidar se encuentran: la reciprocidad, obligación, responsabilidad, decisión sobre la salud y el bienestar de las personas.

Como trabajo, el cuidado es complejo, diverso y muchas veces “invisible” por la dificultad de especificar la complejidad emocional y material que incluye.

Uno de los factores que incide en la opacidad de una parte de la práctica enfermera tiene su origen en la naturaleza misma de los cuidados, que son actividades no visibles y no se les presta atención por su carácter cotidiano. Los conceptos Cuidar y Curar han de ser considerados procesos complementarios y valorados socialmente, puesto que las personas podemos vivir sin tratamientos, pero no sin cuidados.

Conceptualización del Cuidado de Enfermería

El Cuidado cuando es realizado por personas entrenadas, como en el caso de los Profesionales de Enfermería, deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no sólo el acto de cuidar en sí, sino también, el hecho de combinar y buscar la armonía de múltiples recursos, conocimientos y actitudes del cuidador o los cuidadores para lograr el fin último: que el sujeto o los sujetos que requieren y reciben cuidados pasen de un estadio negativo, de displacer, disconfort o anormal que caracterizan a la enfermedad, a un estadio positivo, de placer, confort o normal, por medio de estrategias de promoción, protección, prevención o de rehabilitación de la salud.

Es así como el Cuidado de Enfermería forma parte de uno de los elementos de la Enfermería, por ello su conceptualización en esta profesión ayudaría a un compromiso de las enfermeras/os para proporcionar un sencillo objetivo unificado, al que el Profesional pueda referirse y, de este modo, contribuir a su satisfacción personal y a la del público al que se desea servir.

Entonces la construcción o el estudio de un modelo conceptual de Enfermería es pues, una dimensión esencial de las bases en que se apoya el ejercicio de Enfermería; cualquiera que sea su campo de actividad y a todos los niveles de intervención; ya que por tener una formación profesional, la formación mental que posee acerca de la esencia

de Enfermería es el enfoque que direcciona su práctica asistencial, administrativa, de docencia y de investigación.

Florence Nightingale se refirió por primera vez en 1859 a la diferencia entre los Profesionales de Enfermería y Medicina, recalcando que la enfermera no necesitaba saber todo sobre las patologías, pero sí comprender en las prácticas cuidantes la influencia que el ambiente ejerce sobre el enfermo. Desde mediados del siglo XX otras enfermeras investigadoras han contribuido a esclarecer la naturaleza de la Enfermería como lo hizo Henderson, Peplau, Roger, Leininger y otras, coincidiendo todos los enfoques en que el objeto de la praxis en Enfermería es el Cuidado, en contraste con el objeto de otras profesiones del área de la salud orientadas a curar. Para curar se necesita conocer mucho acerca de las enfermedades para así diagnosticarlas y dar tratamiento específico (enfoque biológico); para cuidar se requiere un profundo conocimiento del ser humano y de su experiencia frente a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, no constituyendo un acto sencillo ni habitual. Los métodos de prestación para la salud han de ir modificándose consecuentemente, puesto que las circunstancias van cambiando de forma constante.

La Enfermería como servicio profesional considera en su esencia tener un espacio para brindar beneficios o servicios a la persona. El Profesional de Enfermería ofrece servicios a quienes demanden un cuidado que comúnmente no podrían autoatender.

La atención que brinda el Profesional de Enfermería se basa en una atención holística, es decir, un sistema de atención total del usuario en donde se considera las necesidades biológicas, emocionales, sociales y espirituales, ya que se trata de una unidad equivalente a algo más que la suma de sus partes, que a su vez implican un efecto sobre la salud³. De aquí que se ponga en práctica la asistencia holística que consiste en servicios proporcionados en una o en las cuatro áreas mencionadas⁴:

1. Dimensión Biológica:

Incluye todos los procedimientos y habilidades técnicas que las enfermeras/os realizan con o para los usuarios.

El componente físico, como las funciones de alta visibilidad de los cuidados de enfermería, responde a la satisfacción de las necesidades básicas, siendo la primera idea, con las que los pacientes asocian a la enfermera/o. Como cada día se dispone de más conocimientos tecnológicos, es vital que los Profesionales sigan aprendiendo y practicando sus técnicas para asegurar los mejores cuidados.

2. Dimensión Emocional:

La asistencia emocional constituye una prueba del respeto sincero, del interés y preocupación que la enfermera/o tiene por el usuario. La dimensión emocional se refiere al apoyo emocional brindado por la enfermera/o hacia el usuario, con respeto y orientación hacia él y su familia. Las enfermeras/os deben aportar muchas cualidades a estas relaciones; consideración positiva, actitud no juzgadora, aceptación, empatía, autenticidad, respeto, congruencia de los mensajes verbales y no verbales y orientación que brinde el Profesional, entre otros.

Con el desarrollo del componente emocional las enfermeras/os animan a los usuarios a que expresen cómo perciben el mundo, experiencias pasadas, expectativas y esperanzas.

3. Dimensión Social:

Los humanos viven en grupos y la unidad esencial de la sociedad es la familia, formando relaciones sociales. La sociología es la ciencia de las relaciones que las personas sostienen, los servicios sociales implican pues, la provisión de procedimientos asistenciales que fortalezcan las relaciones y el apoyo mutuo entre los miembros del

grupo. Este apoyo puede verse afectado por la enfermedad, la que puede causar la separación temporal o total de los miembros de la familia.

Dentro de la dimensión social, la enfermera/o considera las relaciones existentes con la familia del usuario, favoreciendo la interrelación con otros miembros del equipo de salud y facilitando la presencia de familiares de la persona.

4. Dimensión Espiritual:

Es el sentimiento de conexión entre la persona y el Profesional de Enfermería. Las enfermeras/os que están en armonía con el área espiritual de las personas respetan los valores culturales y tendencias religiosas de los usuarios.

Las creencias religiosas de las personas a menudo contribuyen a restablecer la salud, aunque hay ocasiones que se producen situaciones conflictivas a causa de las mismas; por ejemplo, si la práctica de una religión particular representa un obstáculo para la asistencia del usuario, la enfermera/o podrá solicitar apoyo. Cuando el área espiritual es ignorada, tanto la persona como la enfermera/o pueden sentirse aislados.

II. PERSONAS QUE RECIBEN LOS CUIDADOS

En la reflexión sobre el cuidar y las personas que cuidan, no puede faltar la expresión u opinión de las personas receptoras de los cuidados.

Las personas no sólo padecen una enfermedad, sino que también se debe considerar como se sienten, sus tristezas e incertidumbres y los cambios que experimentan en sus cuerpos a causa de la enfermedad. Las percepciones que tienen las personas de los cuidados y de las enfermeras/os son expresadas como sensación o emoción y el deseo que pongan en práctica los conocimientos para resolver la situación en que se encuentran, y fundamentalmente que se les tenga en cuenta como personas. Finalmente, esta percepción es manifestada como deseo de que identifiquen sus necesidades y les ayuden a satisfacerlas.

En la década actual, una parte de la población aún continúa denominando Enfermeras/os a los Técnicos de Enfermería, desconociéndose en gran medida la autonomía profesional de la enfermera/o.

Interacción Enfermera – Usuario

En este proceso de interacción se lleva a cabo una relación directa, recíproca, dinámica e inevitable entre la enfermera/o y la persona, en un determinado momento del proceso salud-enfermedad. Las situaciones de interacción son flexibles, en la medida que el otro exija la adaptación a las variaciones de su subjetividad.

Se consideran cinco conceptos básicos para el desarrollo de una adecuada relación enfermera-persona, siendo los siguientes⁵: la confianza, la empatía, el afecto, la autonomía y el mutuo respeto.

Durante la interacción enfermera–usuario se produce un intercambio de energías, al encontrarse en dos niveles y roles distintos. La persona con la necesidad de recibir ayuda y la enfermera/o con la posibilidad de ofrecerle todo el apoyo que se encuentre a su alcance, es decir, se establece una relación de ayuda de parte de la enfermera/o al sujeto cuidado.

La relación de ayuda es “aquella que tiene como objetivo ayudar a las personas enfermas o con problemas a constatar y ver que hay diferentes caminos para llegar al mismo lugar. Es también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, lo cual va a permitir trabajar en los cuidados, ayudar a la persona a movilizar sus recursos, asimismo nos va a permitir crear condiciones favorables para el desarrollo de la persona, de la familia o del grupo, favoreciendo así el crecimiento personal”⁶.

La relación terapéutica enfermera–usuario, está basada en la confianza, considerando que dentro de la relación terapéutica, la confianza es la convicción de que los sujetos son capaces de ayudar a sus semejantes en los momentos de necesidad⁷.

Todas y cada una de las personas que son atendidas, necesitan creer y confiar en que las enfermeras/os actuarán guiadas por el interés del usuario, mas no por un interés particular.

III. IDENTIDAD PROFESIONAL

La identidad profesional es la percepción individual de las enfermeras/os en el contexto de la práctica enfermera. Descrito como la experiencia y sentimiento de “ser enfermera/o” en contraposición con “trabajar como enfermera/o”. El desarrollo de la identidad profesional es un proceso de equilibrio entre los atributos de profesionalidad externos e internos.

La identidad profesional se adquiere cuando una persona se integra en un colectivo profesional y adopta no solamente los conocimientos y habilidades de la profesión en cuestión, sino que además, adopta los valores y las actitudes que la caracterizan⁸. El proceso de socialización profesional es un proceso de adquisición de identidad, de desarrollo de sentimientos de pertenencia y es esencial para desarrollar una identidad profesional consolidada.

En la socialización profesional del colectivo enfermero, en EEUU, en la década de los años ochenta, se identifican los problemas que obstaculizan el proceso de formación de una identidad profesional fuerte. Entre los más significativos están: el *mantenimiento del estatus de sumisión* de las enfermeras/os, que suman al tradicional rol de sumisión de las mujeres, un nuevo rol de sumisión profesional a la autoridad médica (aunque teóricamente no sea así) que los estudiantes adquieren durante el proceso educacional; los *valores profesionales que entran en conflicto con los valores del ambiente laboral*, precisamente, es uno de los motivos que detectan para explicar la alta tasa de abandono profesional cuando terminan los estudios; así como también *la falta de autonomía dentro del hospital* en la planificación y ejecución de los cuidados.

También se constata que la mayor parte de los estudiantes no están preparados para las exigencias emocionales y técnicas del rol de enfermera/o⁹.

La multiplicidad de perspectivas teóricas¹⁰ en la disciplina enfermera se debe a que las respuestas humanas son diversas y complejas y que las enfermeras/os tienen sus propias preferencias seleccionando teorías congruentes con su propia ética y valores, formación y su historia personal. El progreso teórico, de bases conceptuales, se complementa con el desarrollo de la metodología enfermera y de la taxonomía diagnóstica.

La metodología enfermera, concretamente el Proceso de Atención de Enfermería, es la aplicación de la resolución científica de problemas a los Cuidados de Enfermería. Los Diagnósticos de Enfermería se definen como “el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales y problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de que la enfermera/o es responsable”¹¹.

La Variable Género es uno de los elementos que influye en la profesión. Género significa la manera en que cada sociedad concibe ser mujer u hombre y las formas de relación entre ambos¹². La imagen enfermera como “profesión femenina” está aún marcada históricamente por dos ideologías dominantes: la concepción religiosa sobre los cuidados y el discurso sexista sobre el rol social de la mujer.

Diversos estudios recientes sobre género y enfermería corroboran que el género influye directamente en la profesión al asociar a los cuidados no técnicos, las acciones consideradas femeninas por “naturaleza”, en consecuencia, falta de valoración económica¹³.

Los valores de la Profesión de Enfermería ayudan a construir la identidad. La profesión enfermera, en su mayoría constituida por mujeres, está históricamente anclada a los valores que forman la evolución de la sociedad y muy particularmente aquellos

ligados a los procesos de socialización de las mujeres. Son valores íntimamente unidos al cuidar. Cuidar tiene en sí mismo un valor intrínseco, los cuidados son indispensables para la supervivencia, tienen un carácter universal y están ligados a las actividades de la vida cotidiana, esto hace que sólo se valoren cuando la propia persona no puede por sí misma realizarlos¹⁴.

Algunos autores reflexionan sobre los valores inherentes al cuidar y a la práctica enfermera. Llegan a identificar valores y actitudes que en sí mismos no difieren de los que se describen, porque cuidar es una forma de interacción interpersonal, donde se articula la transmisión de determinados valores.

La profesión enfermera se fundamenta en el cuidar y toda concepción de cuidados enfermeros se inserta en un sistema de creencias y valores que están influidos por un conjunto de factores sociales, culturales, económicos y políticos. La identificación de valores es de suma importancia, ya que son relevantes por su relación con la identidad profesional, con la profesionalización y como guía para la acción. La American Association of Colleges Of Nursing identifica los valores esenciales de la profesión enfermera que son: *Altruismo, Estético, Igualdad, Libertad, Dignidad Humana, Justicia, y Verdad*¹⁵.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)¹⁶, en el año 1953 describe el primer Código Internacional de Ética para Profesionales de Enfermería. En él se señala, a través de las normas de conducta ética, los valores y actitudes que guían la profesión. El Código muestra los valores de las enfermeras/os en relación con las personas. Se refiere a la responsabilidad profesional esencial, de atender a quienes necesiten cuidados; promover un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, familia y comunidad; dar información suficiente para fundamentar el consentimiento que den las personas a los cuidados y a los tratamientos relacionados; mantener la confidencialidad y utilizar la discreción al comunicarla; compartir con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción

encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales de las personas, en particular de las poblaciones vulnerables; mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

Respecto a la práctica profesional, las enfermeras/os son responsables de rendir cuentas del ejercicio y el mantenimiento de su competencia: mantener un nivel de salud personal, que no comprometa su capacidad para otorgar cuidados, acreditando la profesión y fomentando la confianza del público. También son responsables de juzgar la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. Asimismo, se deben cerciorar de que el empleo de la tecnología y los avances científicos sean compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

Por último, a través de la organización profesional, participan en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas en la Enfermería.

IV. CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

El término Calidad se podría definir como el suministro de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción totales del usuario.

Según los Drs. Roemer y Montoya, "Calidad es el desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición¹⁷".

Una asistencia sanitaria de calidad es un derecho de los usuarios y se ha convertido en una prioridad en la mayoría de los países, especialmente en situación de limitación de recursos y restricciones presupuestarias. La calidad es un componente esencial de la asistencia sanitaria y un atributo normal junto con la actividad, la justicia y los costos sanitarios.

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone, en la línea de esta argumentación, abordajes diversos dado que entraña tradicionalmente distintos significados para los usuarios, profesionales y gestores.

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra cosa que hacer lo correcto de manera correcta. También los usuarios aportan una perspectiva individual al plantear como atributos de la asistencia de calidad, la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios.

En relación a la Calidad de Atención de Enfermería, se establece como un principio que: “Deberá haber un servicio organizado de enfermería que tome todas las medidas razonables para suministrar un cuidado de enfermería de la mejor calidad posible, y para mantener una conducta y una práctica profesional óptimas en sus miembros¹⁸”.

Se han determinado siete normas para los servicios de Enfermería¹⁹:

1. El Servicio de Enfermería deberá ser dirigido por un administrador de enfermería calificado y deberá estar integrado de manera apropiada con el cuerpo médico y con otro personal del hospital para suministrar y contribuir al cuidado de los pacientes.

2. El Servicio de Enfermería deberá estar organizado de manera que satisfaga las necesidades de cuidado de enfermería pertinentes y que mantenga las normas establecidas para el ejercicio de la enfermería.

3. Las asignaciones del Servicio en el suministro del cuidado de enfermería deberán estar de acuerdo con las calificaciones del personal de enfermería y deberán estar diseñadas para satisfacer las necesidades de los pacientes.

4. El cuidado individualizado, dirigido a objetivos específicos deberá ser suministrado a los pacientes mediante el Proceso de Enfermería.

5. El personal del Servicio de Enfermería deberá estar preparado mediante la participación en programas educativos y de entrenamiento apropiados, para asumir sus responsabilidades en el suministro del cuidado de enfermería.

6. La política y procedimientos escritos que reflejen las normas óptimas en el ejercicio de la enfermería deberán ser los lineamientos en el suministro del cuidado de enfermería.

7. Como parte del programa de aseguramiento de calidad del hospital, la calidad y lo apropiado del cuidado prestado a los pacientes por el Servicio de Enfermería, serán evaluados y controlados y los problemas serán resueltos.

Para complementar la Calidad de la Atención en Salud se hace indispensable identificar cuál es la Satisfacción Usuaría, que es definida como “el cumplimiento por parte del sistema de salud, respecto de las experiencias y las expectativas del usuario, en relación con los servicios que ésta le ofrece”²⁰, por lo cual se puede entender también, como el conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia, los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud.

La percepción de la calidad de la atención, adquiere un carácter singular, puesto que se construye a partir de la experiencia propia, influida y determinada por condiciones psicológicas, sociales, culturales y medioambientales. La construcción de la percepción tiene gran importancia en el tipo de conducta que asumen las personas. De acuerdo a estas, se desarrollan formas tipo de reaccionar o de responder, generando actitudes²¹.

Otro elemento a considerar dentro de la satisfacción, son las expectativas, las que son creencias o convencimientos de que algo va a suceder de una manera determinada. Si la posterior evaluación, ratifica estas expectativas, existirá una actitud positiva que puede determinar la satisfacción del individuo.

Para lograr una Calidad de Atención de Enfermería de excelencia, es que se ha definido clara y detalladamente el Perfil del Profesional Enfermero, estableciendo el conjunto de competencias y habilidades mínimas con las que debe contar todo Profesional de Enfermería. La definición se realiza para diferenciar al Profesional de Enfermería respecto a las demás profesiones de la salud. El perfil ha sido elaborado por el Comité Técnico de Enfermería de la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado, que considera competencias específicas, clasificadas en 4 áreas de formación y un conjunto de competencias generales, propias de la formación integral necesaria para un desempeño profesional de calidad.

V. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)

Las acciones de enfermería independientes, son aquellas que la enfermera/o realiza después del análisis de la información relacionada con los aspectos de salud del usuario, susceptibles de ser intervenidos por enfermería.

Ofrecer cuidados de salud de calidad para las personas que padecen trastornos biopsicosociales o en riesgo, requiere de un enfoque sistemático. Este enfoque empleado para llevar a cabo las funciones independientes de la profesión, se denomina Proceso de Atención de Enfermería, que es una forma de pensamiento y acción que se basa en el método científico. Además, provee organización y dirección a las actividades de enfermería, un medio para predecir y evaluar los resultados y un método para establecer estándares del Cuidado de Enfermería²².

Se define Proceso de Enfermería como un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales²³.

Claro está, que el proceso por sí mismo está vacío; tiene que usarse en el contexto de un marco conceptual. A través del Proceso de Enfermería, se aplica este marco a la

práctica profesional; se asegura la calidad de los cuidados brindados al usuario y se proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo.

Este sistema, está compuesto por cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, que corresponden a fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. Durante estas etapas, el Profesional de Enfermería realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos en Enfermería, que son²⁴:

- 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 posibles.

El Proceso de Atención de Enfermería exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Asimismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar al usuario, a través de la aplicación del Proceso de Enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El objetivo principal del Proceso de Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del usuario, la familia y la comunidad.

Este proceso, tiene ventajas y beneficios, tanto para el usuario como para el Profesional de Enfermería, las cuales son mencionados a continuación²⁵:

Ventajas para el usuario	Ventajas para el Profesional de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> - Le permite participar en su propio cuidado. - Garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales. - Le ofrece atención individualizada, continua y de calidad. - Le garantiza la calidad de los cuidados de enfermería. - Ayuda a los usuarios y familias a darse cuenta de que su apoyo es importante y de que sus recursos son valorados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporciona un método organizado para asignar cuidados de enfermería. - Previene omisiones y repeticiones innecesarias. - Ayuda a las enfermeras a adaptar las intervenciones al individuo. - Le permite conocer objetivos importantes para el usuario. - Facilita el proceso de comunicación. - Concede flexibilidad en el cuidado. - Ayuda a las enfermeras a tener la satisfacción de conseguir resultados. - Propicia el crecimiento profesional. - Proporciona información para investigación. - Define el campo del ejercicio profesional.

OBJETIVOS GENERALES

1. Conocer la Visualización que tienen los Adultos Hospitalizados de la Función Asistencial del Profesional de Enfermería en los Servicios del estudio.
2. Determinar Factores Institucionales y Personales que presentan los Servicios y los Usuarios del estudio, respectivamente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería que tienen los Adultos Hospitalizados del estudio.
2. Describir Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en los Adultos Hospitalizados del estudio según Factores Institucionales y Personales.
 - 2.1. Tipo de Institución.
 - 2.2. Tipo de Servicio.
 - 2.3. Sexo del Adulto.
 - 2.4. Etapa de Vida del Adulto.
 - 2.5. Nivel de Estudios del Adulto.
 - 2.6. Hospitalizaciones Anteriores del Adulto.
3. Describir el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Admisión del Usuario según Factores Institucionales y Personales.
4. Describir el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Entrega y Recepción de Turno según Factores Institucionales y Personales.
5. Describir el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Educación según Factores Institucionales y Personales.

6. Describir el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en las Actividades Generales según Factores Institucionales y Personales.
7. Describir los Factores Institucionales presentes en los Servicios del estudio.
 - 7.1. Tipo de Institución.
 - 7.2. Tipo de Servicio.
8. Describir los Factores Personales presentes en los Adultos del estudio.
 - 8.1. Sexo.
 - 8.2. Etapa de Vida.
 - 8.3. Nivel Educativo.
 - 8.4. Hospitalizaciones Anteriores.

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable N° 1: Visualización que tienen los Adultos Hospitalizados de la Función Asistencial del Profesional de Enfermería.

Definición:

Visualización que los Adultos Hospitalizados tienen de la Función Asistencial que desarrolla el Profesional de Enfermería en servicios Médicos y Quirúrgicos.

Se mide la variable a través de lo observado por el Adulto Hospitalizado, en cuanto a las conductas profesionales mostradas por las Enfermeras/os, en el desempeño de algunas actividades realizadas con él u otros usuarios durante su hospitalización actual o previa. Se consideran aquellas actividades más factibles de vivenciar por el Adulto Hospitalizado, las que constituyen las dimensiones de la variable.

DIMENSION I

1.1. Comportamiento del Profesional de Enfermería en la Admisión del Usuario.

SUBDIMENSIONES

1.1.1. Realiza trato personalizado al usuario y familia

Indicadores:

- Realiza presentación de sí misma.
- Pregunta nombre al usuario.
- Trata por el nombre al usuario.

1.1.2. Realiza entrevista al usuario con diálogo participativo

Indicadores:

- Pregunta:
 - Datos personales
 - Motivo de hospitalización actual

- Conocimientos de la patología.
- Tratamiento de la patología.
- Antecedentes de hábitos.
- Antecedentes de hospitalizaciones anteriores.

-Aclara dudas del usuario.

-Utiliza lenguaje según nivel de comprensión del usuario.

1.1.3. Realiza examen físico al usuario.

Indicadores:

- Revisa en forma general y parcial los aspectos físicos.
- Da privacidad.
- Otorga confidencialidad.

1.1.4. Orienta al usuario y familia acerca del servicio

Indicadores:

- Otorga orientación física.
- Otorga orientación en cuanto a rutinas.
- Presenta al equipo de Enfermería.

DIMENSION II

1.2. Comportamiento del Profesional de Enfermería con los usuarios durante la Entrega y Recepción de Turno.

Indicadores:

- Lo identifica como usuario saludándolo por el nombre.
- Dedica tiempo para hablar con el o los usuarios.
- Se preocupa de la evolución del usuario preguntándole por su estado de salud.
- Realiza examen físico al usuario.

DIMENSION III

1.3. Comportamiento del Profesional de Enfermería en Actividades Generales realizadas a los usuarios.

SUBDIMENSIONES:

1.3.1. Ejecución de técnicas propias

Indicadores:

- Identifica al usuario mediante confirmación del nombre.
- Realiza curaciones.
- Administración de medicamentos inyectables.
- Realiza instalación de vías venosas.
- Realiza toma de muestras para exámenes sanguíneos.
- Realiza preparación psicológica al usuario explicando el procedimiento.
- Prepara físicamente al usuario proporcionándole comodidad.

1.3.2. Inclusión de la familia en la atención del usuario

Indicadores:

- Está disponible para consultas de la familia.
- Cita a la familia para comunicar el estado del usuario.
- Informa al usuario y familia respecto a su evolución.

1.3.3. Competencias personales

Indicadores:

- Confiabilidad.
- Empatía.
- Características personales (cercanía, simpatía, amabilidad, disposición).

DIMENSION IV

1.4. Comportamiento del Profesional de Enfermería en la Educación al Usuario.

SUBDIMENSIONES

1.4.1. Educación al usuario

Indicadores:

- Valora conocimientos previos.
- Educa según necesidad.
- Estimula el aprendizaje.
- Utiliza lenguaje según nivel de comprensión.
- Utiliza material gráfico.
- Verifica comprensión de los conocimientos impartidos.

Variable N° 2: Tipo de Institución

Indicadores:

- Público: Se refiere a Hospitales financiados por el Estado.
- Privado: Se refiere a Clínicas u Hospitales financiados por organizaciones que aportan capital propio con o sin fines de lucro.

Variable N° 3: Tipo de Servicio

Indicadores:

- Medicina.
- Cirugía.
- Médico-Quirúrgico.

Variable N° 4: Sexo del Usuario

Indicadores:

- Hombre.
- Mujer.

Variable N° 5: Etapa de Vida del Usuario

Indicadores:

- Adulto Joven (de 18 a 35 años).
- Adulto Medio (de 36 a 64 años).
- Adulto Mayor (de 65 años y más).

Variable N° 6: Nivel Educativo del Usuario

Indicadores:

- Básica Incompleta.
- Básica Completa.
- Media Incompleta.
- Media Completa.
- Educación Técnica Incompleta.
- Educación Técnica Completa.
- Educación Universitaria Incompleta.
- Educación Universitaria Completa y Post grado.

Variable N° 7: Hospitalizaciones Anteriores del Usuario

Indicadores:

- Ninguna.
- 1.
- 2 y más.

Capítulo III:
Metodología

METODOLOGÍA

1. Tipo de Diseño de la Investigación

La presente investigación es exploratoria de tipo cuantitativa descriptiva. Además es de tipo transversal, ya que los datos fueron obtenidos en un tiempo específico, reflejando la apreciación en ese momento de los entrevistados.

1.1. Organización del Trabajo en Grupo

El grupo de 6 estudiantes que integran este seminario tesis se conformó de modo voluntario iniciando su trabajo en Agosto de 2006 (Metodología de la Investigación). En el año 2007 continuó el mismo grupo, ahora constituido como alumnas del Seminario de Tesis propiamente tal de IV año de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El tema fue elegido en conjunto por las citadas estudiantes y la docente guía fue la Profesora Nidia Núñez.

Para efectos de una mejor organización del grupo, se eligió una directiva, compuesta por:

Presidenta: Viviana Pizarro Caro.

Vice presidenta: Laura Díaz Bustamante.

Secretaria: Nancy Vidal Sáez.

Pro-secretaria: Denisse Pacheco Sarmiento.

Tesorera: Karina Poblete Millas.

Pro-tesorera: Pía Bustamante Vilches.

Se realizaron reuniones de grupo una o dos veces por semana, con la asistencia de la docente guía; y reuniones sólo de las estudiantes, según necesidad del proceso investigativo.

1.2. Revisión Bibliográfica y Entrevistas

El trabajo comenzó con la revisión bibliográfica individual por parte de los integrantes del seminario, analizando la mayor cantidad de información posible, recopilándola en fichas bibliográficas. Toda esta información fue discutida en grupo, para luego llegar a delimitar el tema.

La revisión bibliográfica se realizó durante todo el proceso de investigación, e incluyó revisión de revistas, páginas web, libros y otras tesis realizadas en años anteriores. También se realizaron entrevistas a dos Enfermeras pertenecientes a las instituciones incluidas en el estudio del sector público y privado.

2. Población en Estudio – Definición del Universo:

La población en estudio correspondió a Adultos Jóvenes, Medios y Mayores de ambos sexos, cuyo rango etario se ajustó a la Teoría de Crecimiento y Desarrollo según Erickson: 18-35 años Adulto Joven; 35-64 años Adulto Medio y 65 años y más Adulto Mayor; quienes se encontraban hospitalizados en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Gustavo Fricke y Médico-Quirúrgico de la Clínica Valparaíso y Hospital IST.

El universo estuvo constituido por aproximadamente 400 Adultos Hospitalizados en los servicios de las instituciones ya citadas, en el período: 17 de Octubre del año 2007 al 23 de Noviembre del año 2007.

3. Diseño Muestral

La muestra fue de conveniencia por disponibilidad de tiempo de las tesis y por accesibilidad (autorización) a las instituciones que podían ofrecer las características requeridas. Se señala que la elección de los adultos de la muestra fue al azar, considerando sólo los siguientes criterios de inclusión:

- Sin problemas neurológicos que dificultaran su comprensión.
- Lúcidos al momento de la aplicación del cuestionario.

- Que otorgaran su consentimiento informado.
- Con tres o más días de hospitalización.
- Que recordaran su ingreso al servicio.
- Que reconocieran a la enfermera/o profesional dentro del personal que los atendía; para lo cual se les aplicó un cuestionario preliminar que permitía identificar a los adultos elegibles para la investigación del problema (**ANEXO 2**).

Derivado de lo anterior hubo una muestra preliminar constituida por 135 usuarios, de los cuales 97 reconocía a la Enfermera/o. En **ANEXO 6** se incluyen datos resultantes de esa muestra por considerarlo de interés aun cuando no constituyen objetivo de la presente investigación.

Finalmente, la muestra definitiva en la cual se realizó la investigación quedó conformada como se indica a continuación:

Tabla N° 1

Tipo de institución	Sexo		Servicios		
	Masculino	Femenino	Medicina	Cirugía	Medico-Quirúrgico
Pública N=60	33	27	34	26	0
Privada N=37	25	12	0	0	37
Total N=90	58	39	34	26	37

4. Método de Recolección de Datos

Para la recolección de los datos necesarios para medir las variables del estudio, se elaboró un cuestionario que fue aplicado a los 97 Adultos Hospitalizados, a través de entrevista (**ANEXO 3**).

El objetivo del cuestionario fue el siguiente:

1. Identificar el Grado de Visualización que el Adulto Hospitalizado tiene de la Función Asistencial del Profesional de Enfermería, a través de su observación en las actividades: Admisión, Entrega y Recepción de Turno, Educación y Actividades Generales y según los Factores Institucionales y Personales incluidos en el estudio.

4.1. Descripción del Instrumento

Constó de cuatro ítems con un total de 23 preguntas de carácter cerrado:

I.- Ítem Admisión: Incluyó 8 preguntas cerradas excluyentes y no excluyentes.

II.- Ítem Entrega y Recepción de Turno: Constó de 2 preguntas cerradas de tipo no excluyentes.

III.- Ítem Actividades Generales: Constó de 9 preguntas cerradas excluyentes y no excluyentes.

IV.- Ítem Educación al Paciente.: Incluyó 4 preguntas cerradas, sólo la primera de estas fue excluyente.

4.2. Estudio de Confiabilidad del Instrumento.

Se aplicó la prueba del instrumento, a través de una entrevista abierta el día 10 de Octubre de 2007, a una muestra conformada por 24 Adultos Hospitalizados en los Servicios de Medicina Hombres y Mujeres del Hospital Gustavo Fricke, a quienes se les explicó brevemente la prueba a realizar, además de solicitar su consentimiento informado (ANEXO 1).

Los objetivos de la prueba del instrumento fueron:

1. Determinar el tiempo promedio a utilizar en la aplicación del cuestionario.
2. Identificar preguntas que podían ser modificadas u omitidas.
3. Determinar posibles dificultades en la aplicación del cuestionario que no habían sido previstas anteriormente.

4. Captar sugerencias y opiniones de los Adultos Hospitalizados pertenecientes al estudio.

A través de su aplicación se logró determinar que:

- La aplicación del cuestionario tendría una duración promedio de 30 minutos por persona, pudiendo ser menor o mayor este tiempo, dependiendo del estado de ánimo de la persona entrevistada y la disposición con la que se enfrente.
- Las preguntas realizadas, en su mayoría eran atinentes a la información que se buscaba medir, no obstante, fue necesario modificar algunas de ellas en cuanto a su redacción, ya que se observó cierta dificultad en la comprensión por parte de los usuarios.
- De acuerdo a la experiencia vivida durante esta aplicación, se encontró que las personas factibles de incluir en el estudio podían presentar problemas sensoriales (presbicie) o físicos (Vía Venosa Periférica) para desarrollar el cuestionario.

En resumen, la prueba permitió:

- Determinar el orden correcto de las preguntas.
- Modificar aquellas preguntas que presentaron dificultad de interpretación.
- Realizar las correcciones pertinentes llegando con esto al instrumento definitivo.

5. Métodos de Procesamiento y Análisis de los datos.

5.1. Vaciamiento de Datos.

Para la tabulación de los datos obtenidos a través de la aplicación del instrumento, se utilizó un PC procesador AMB 64X 2, memoria 2 GB Ram, sistema Vista Basic.

Para realizar el análisis de los datos se utilizaron las respuestas obtenidas de la aplicación del cuestionario a los adultos pertenecientes al estudio, ingresándolas posteriormente a una base de datos, para luego ser procesadas a través del programa computacional SPSS. Para la elaboración del informe se utilizó el programa Word XP.

5.2. Criterios para efectuar el Análisis de la Información

Para analizar la variable Visualización del Profesional de Enfermería de los Adultos Hospitalizados, se establecieron cuatro categorías (grados) basadas en lo expuesto en el marco teórico, identificando la Visualización como Muy Completa, Completa, Incompleta y Muy Incompleta. Las primeras son aquellas en que los adultos identifican correctamente todas o casi todas las actividades realizadas por la Enfermera/o. Por el contrario, la Visualización Incompleta y Muy Incompleta son aquellas en donde sólo han observado parcialmente o muy pocas actividades realizadas por el Profesional de Enfermería. Para la categorización se elaboró una escala ad hoc, en la cual se asignó puntaje en cada una de las actividades observadas, de acuerdo a los criterios establecidos (ANEXO 5).

Clasificación de la Visualización de la Función Asistencial del Profesional de Enfermería según puntaje obtenido:

Tabla N° 2: Visualización general de la Función Asistencial.

Categoría	Porcentaje	Puntaje
Muy Completo	91-100%	127 – 145 puntos
Completo	76-90%	106-126 puntos
Incompleto	51-75%	71 -105 puntos
Muy Incompleto	50% o menos	0-70 puntos
Total		145 puntos

Para cada una de las Actividades se aplican los mismos rangos de puntaje.

Tabla N° 3: Puntuación de Grado de Visualización en la Admisión del Usuario

Muy Completo	42 – 46 puntos
Completo	41 – 35 puntos
Incompleto	34 – 23 puntos
Muy Incompleto	0 - 22 puntos
Total	46 puntos

Tabla N° 4: Puntuación de Grado de Visualización en la Entrega y Recepción de Turno.

Muy Completo	22 -24 puntos
Completo	19 - 21 puntos
Incompleto	13 - 18 puntos
Muy Incompleto	0 – 12 puntos
Total	24 puntos

Tabla N° 5: Puntuación de Grado de Visualización en las Actividades Generales.

Muy completo	40 – 44 puntos
Completo	34 – 39 puntos
Incompleto	23 – 33 puntos
Muy incompleto	0 – 22 puntos
Total	44 puntos

Tabla N° 6: Puntuación de Grado de Visualización en la Educación al Usuario.

Muy Completo	28 - 31 puntos
Completo	23 - 27 puntos
Incompleto	16 – 22 puntos
Muy Incompleto	0- 15 puntos
Total	31 puntos

6. Organización del Trabajo en Terreno.

Previo a la recolección de los datos, se enviaron cartas a los Directores y a las Enfermeras Jefes de los servicios de cada institución, con el fin de obtener su autorización para la realización del estudio con los Adultos Hospitalizados.

Al contar con las autorizaciones, se acordó las fechas y horas propicias para efectuar las entrevistas de acuerdo a los objetivos del cuestionario; para lo cual los investigadores se distribuyeron en distintas instituciones y servicios.

Los datos fueron recolectados a través de la aplicación del instrumento, previo consentimiento informado de los usuarios, desde el día 17 de Octubre del 2007 al 23 de Noviembre del 2007, dos tardes por semana de 14:00 a 16:00 hrs.

*Capítulo IV:
Resultados,
Presentación de
Gráficos y Tablas*

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

1. Antecedentes de la Muestra

De un total de 135 usuarios, 90 de ellos pertenecían a una Institución Pública, lo que correspondió al 66,7% y 45 usuarios pertenecían a una Institución Privada, que correspondió a un 33,3% de la muestra.

Este cuestionario fue realizado en tres servicios diferentes, el 34,1% de los usuarios correspondieron al Servicio de Medicina, de igual forma el 34,1% perteneció al Servicio de Cirugía y el 31,9% restante representó al Servicio Médico-Quirúrgico.

Del total de la muestra, un 63.0% correspondían a hombres y un 37.0% a mujeres. De acuerdo a etapa de vida el 11,9% de los usuarios eran Adultos Jóvenes, el 60.0% pertenecían a los Adultos Medios y el 28,1% restantes eran Adultos Mayores.

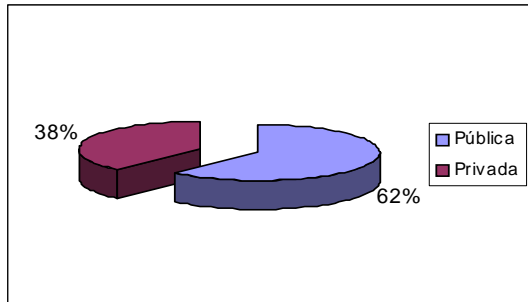
En cuanto al Nivel Educativo un 14,1% poseía Enseñanza Básica Incompleta, un 12,6% a Enseñanza Básica Completa, un 26,7% a Enseñanza Media Incompleta, un 25,2% a Enseñanza Media Completa, un 3,7% a Enseñanza Técnico Profesional Incompleta, un 10,4% Enseñanza Técnico Profesional Completa, un 3,7% Enseñanza Universitaria Incompleta y un 3,7% Enseñanza Universitaria Completa y Post grado.

De acuerdo a Hospitalizaciones Anteriores de los usuarios, el 11,9% presentaba ninguna hospitalización, el 20,7% presentó sólo una hospitalización y un 67,4% dos o más hospitalizaciones.

De la muestra total de los usuarios encuestados, 97 reconocieron al Profesional de Enfermería, lo que correspondió al 71,9%, que constituyó la muestra definitiva con la cual se trabajó. Un 28,1% no reconoció al Profesional de Enfermería que correspondió 38 usuarios.

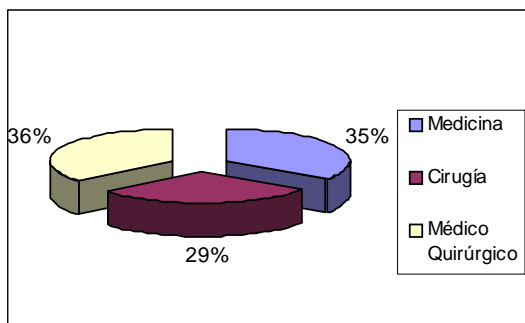
2. Antecedentes de la Muestra Definitiva*

Gráfico N° 1: Distribución según Tipo de Institución



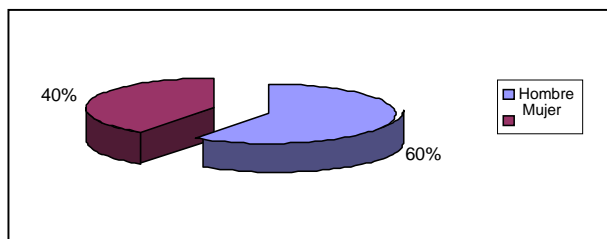
Del total de los usuarios que reconocieron a la Enfermera/o, el 38.0% pertenecían a la Institución Privada y el 62.0% a la Institución Pública. Esta diferencia se debe a que el mayor número de usuarios correspondían a la Institución Pública.

Gráfico N° 2: Distribución según el Tipo de Servicio



Del total de los usuarios que reconocieron a la enfermera/o el 36% correspondía al Servicio Médico-Quirúrgico, 35.0% al Servicio de Medicina y el 29.0% restante a Cirugía.

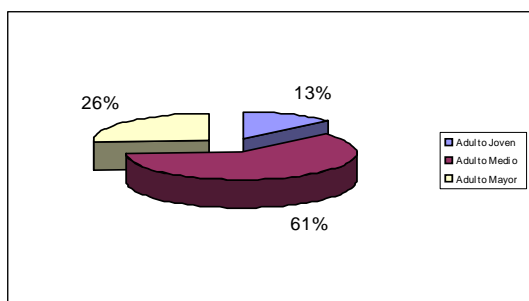
Gráfico N° 3: Distribución según Sexo



El 60.0% de los usuarios que reconocieron a la enfermera/o eran hombres y el 40.0% correspondían a mujeres.

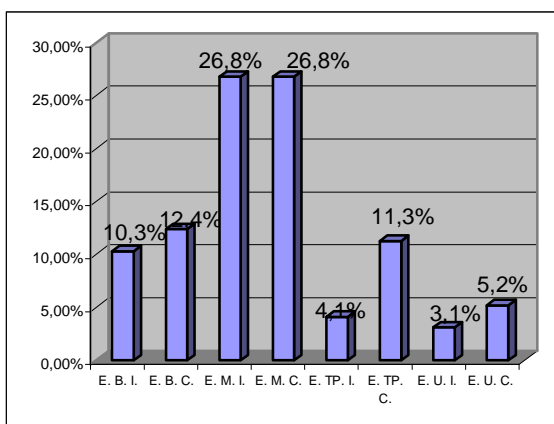
* A continuación todos los gráficos se referirán a los 97 Adultos Hospitalizados del estudio (usuarios).

Gráfico N° 4: Distribución según Etapa de Vida



Del total de los usuarios que reconocieron a la enfermera/o el 61.0% de los participantes eran Adultos Medios, el 26.0% Adultos Mayores y el 13.0% restantes correspondían a Adultos Jóvenes.

Gráfico N° 5: Distribución según Nivel de Estudios

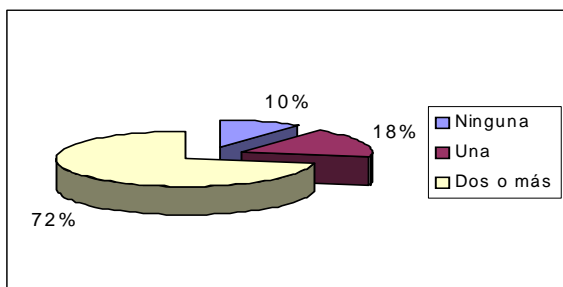


Del total de los usuarios que reconocieron a la enfermera/o el 10.3% de ellos tenían Enseñanza Básica Incompleta, 12.4% Enseñanza Básica Completa, 26.8% Enseñanza Media Incompleta igual porcentaje el nivel de Educación Media Completa, 4.1% Educación Técnica Profesional Incompleta, 11.3% con Educación Técnica Profesional Completa, 3.1% Educación Universitaria Incompleta y 5.2% con Educación Universitaria y de Post grado. *

E. B. I.: Educación Básica Incompleta
 E. B. C.: Educación Básica Completa
 E. M. I.: Educación Media Incompleta
 E. M. C.: Educación Media Completa

E. TP. I.: Educación Técnico - Profesional Incompleta
 E. TP. C.: Educación Técnico - Profesional Completa
 E. U. I.: Educación Universitaria Incompleta
 E. U. C.: Educación Universitaria Completa

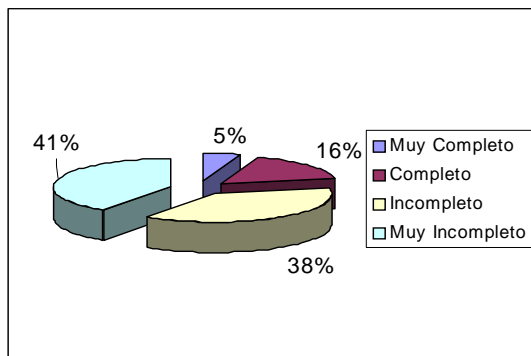
Gráfico N° 6: Distribución según Hospitalizaciones Anteriores



Del total de los usuarios que reconocieron a la enfermera/o el 72.0% tenía dos o más hospitalizaciones previas, el 18.0% una hospitalización anterior y el 10.0% no había tenido ninguna hospitalización anterior.

GRADO DE VISUALIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS 97 USUARIOS DEL ESTUDIO*

Gráfico N° 7: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería.

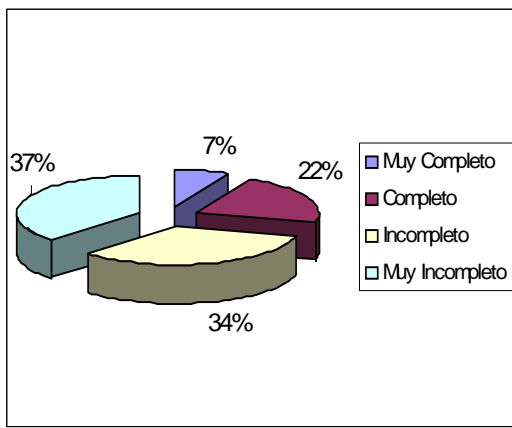


Se observa que el Grado de Visualización *Muy Completo* y *Completo* suman un 21.0%. Llama la atención el alto porcentaje que representan las categorías *Incompleto* y *Muy Incompleto*, sumando un 79.0%.

* El Grado de Visualización del Profesional de Enfermería corresponde a la Función Asistencial.

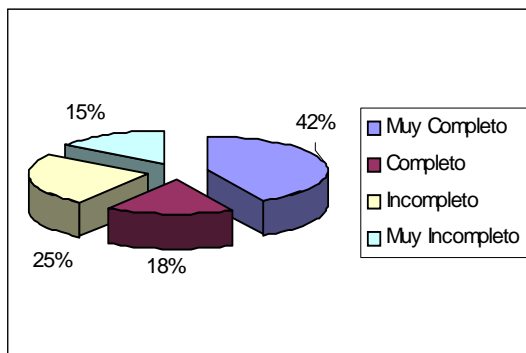
GRADO DE VISUALIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGUN SUS ACTIVIDADES

Gráfico N° 8: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería al momento de la Admisión del Usuario al Servicio.



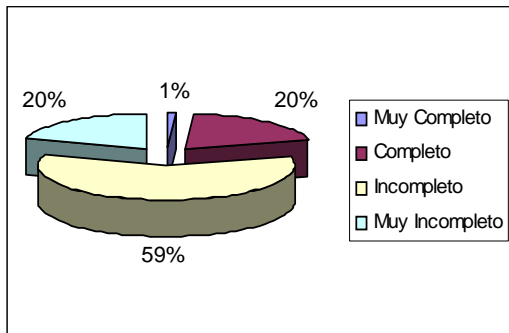
En esta actividad los Grados de Visualización *Muy Completo* y *Completo* suman un 29.0%. Al igual que en el gráfico anterior, el Grado *Incompleto* más *Muy Incompleto* siguen mostrando un alto porcentaje: 71.0% en los usuarios participantes del estudio.

Gráfico N° 9: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería durante la Entrega y Recepción de Turno.



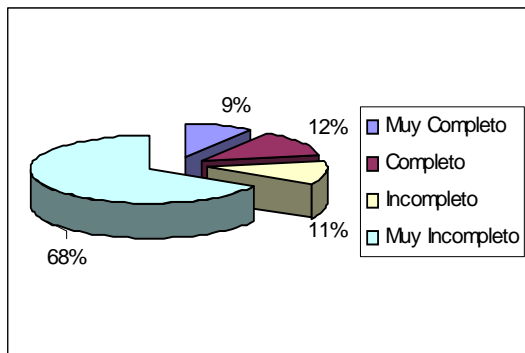
Contrastando con lo observado en la actividad anterior, la Entrega y Recepción de Turno es una actividad mejor visualizada por los usuarios: representando un 60.0% los Grados *Muy Completo* y *Completo*.

Gráfico N° 10: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería durante sus Actividades Generales*



El gráfico muestra la escasa Visualización del profesional por el usuario en estas actividades: Grados *Incompleto* y *Muy Incompleto* suman 79.0%.

Gráfico N° 11: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería durante la Educación al Usuario.

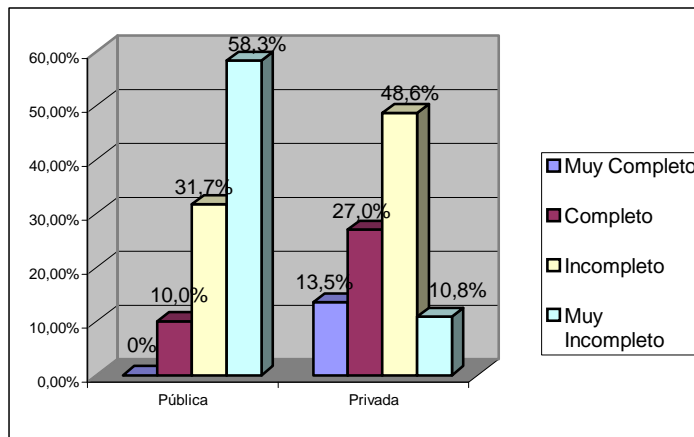


El gráfico destaca la muy escasa Visualización de la enfermera/o en la Actividad Educativa al Usuario, ya que el Grado *Muy Incompleto* corresponde a 2/3 de la muestra: 68.0%.

*Que comprende características personales del profesional, ejecución de técnicas e incorporación de la familia

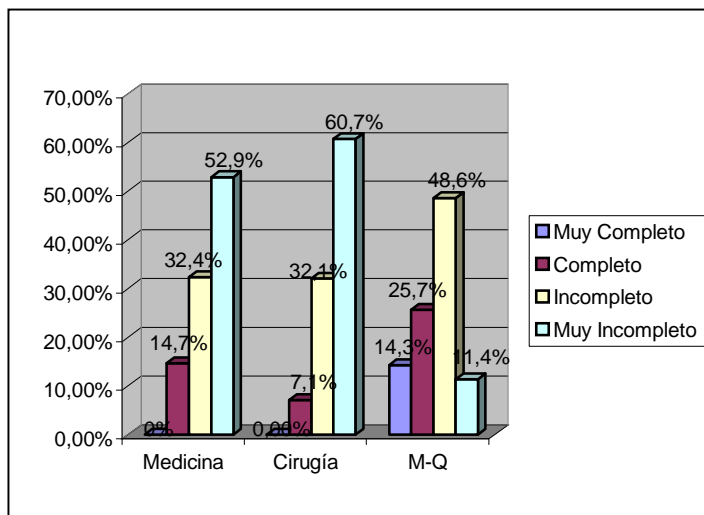
GRADO DE VISUALIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN VARIABLES

Gráfico N° 12: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería por el Usuario según Tipo de Institución.



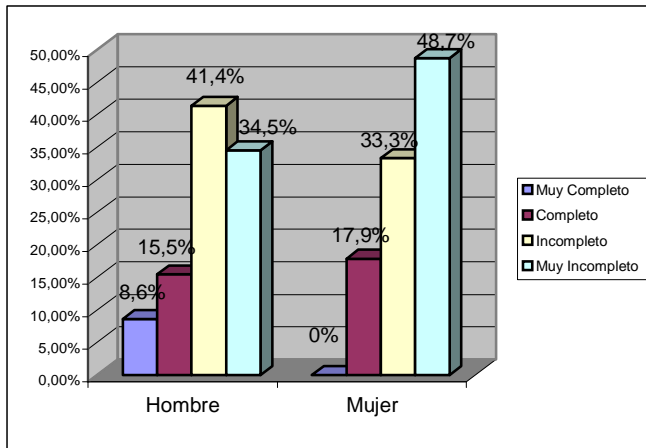
Se observa gran diferencia entre el Sector Público y el Sector Privado en la Visualización de la enfermera/o, lo cual se refleja en la ausencia del Grado *Muy Completo* en el Sector Público, reforzado por el alto porcentaje: 58.3% de Visualización *Muy Incompleta* en este mismo sector.

Gráfico N° 13: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería por el Usuario, según Tipo de Servicio.



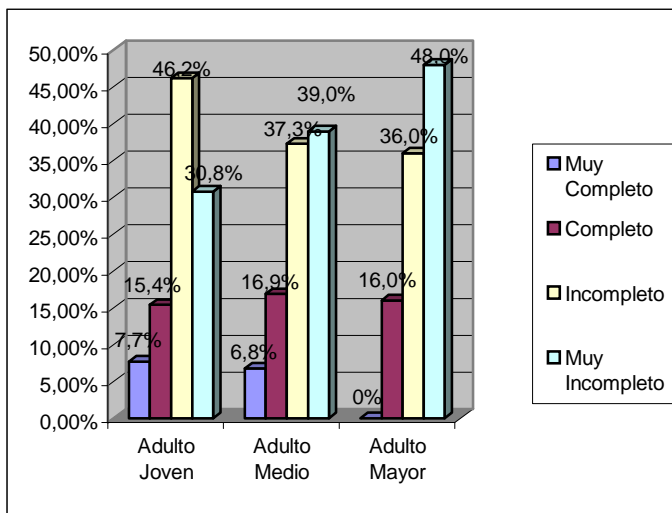
Este gráfico destaca el alto porcentaje de Visualización *Muy Incompleta*, tanto en el Servicio de Medicina (52.9%) como Cirugía (60.7%), ambas Instituciones Públicas. En cambio en el Servicio Médico-Quirúrgico (Institución Privada) la Visualización *Muy Completa* y *Completa* suma el 40.0% en los usuarios del estudio, lo que corrobora los resultados del gráfico anterior.

Gráfico N° 14: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería según Sexo del Usuario.



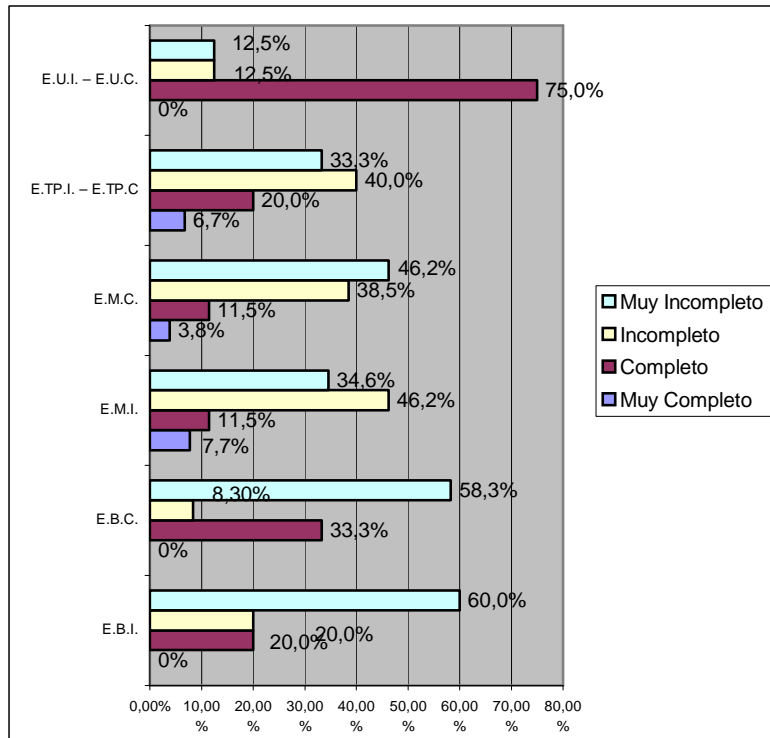
Se destaca que el Grado de Visualización del profesional en las mujeres es menor que el de los hombres. En las mujeres no existe el Grado *Muy Completo* y el Grado *Muy Incompleto* es mayor.

Gráfico N° 15: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería según Etapa de Vida del Usuario.



Se observa que no existe una gran diferencia entre el Adulto Medio y el Adulto Joven en la Visualización al sumar los porcentajes de *Muy Completa* y *Completa*. Sin embargo, el mayor porcentaje de Grado *Muy Incompleto* se observa en el Adulto Mayor, con ausencia del Grado *Muy Completo*, lo cual puede deberse a los aspectos cognitivos propios de esta etapa de vida.

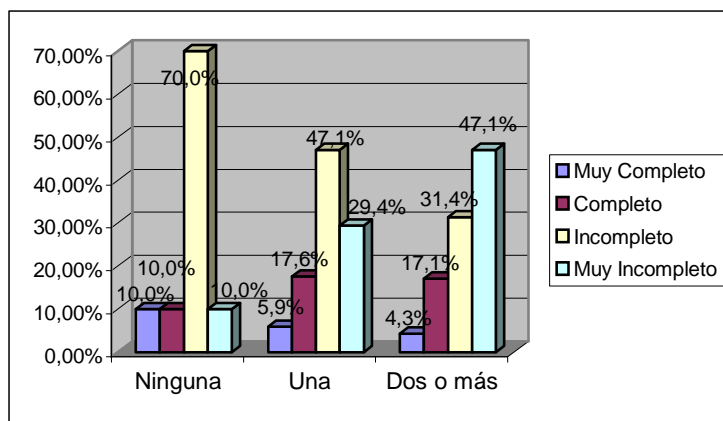
Gráfico N° 16: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería según Nivel de Estudios del Usuario*.



Se destaca el alto porcentaje del Grado de Visualización *Completa* existente en los usuarios con Educación Universitaria: 75.0%; lo que puede explicarse por su mayor escolaridad. Ello se ve reforzado por el mayor porcentaje de Visualización *Muy Incompleta* en los grupos con menor escolaridad.

*Se juntaron los niveles de E. T. P. I. con E. T. P. C. y E. U. I. con E. U. C. por el escaso número de usuarios en ambas categorías.

Gráfico N° 17: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería según Hospitalizaciones Anteriores del Usuario.

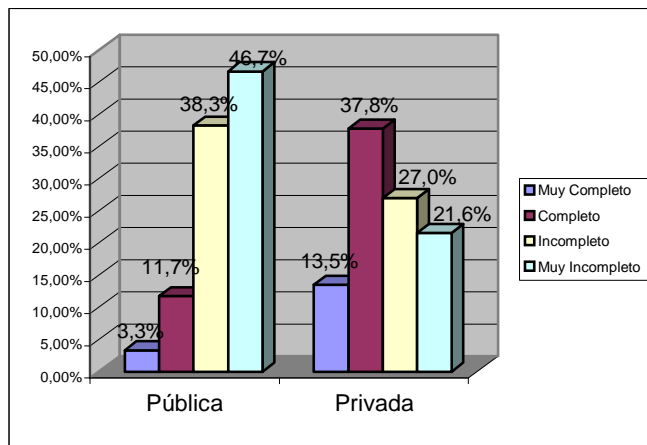


Se observa similar Grado de Visualización en los tres grupos de usuarios si se suma los Grados de *Incompleto* y *Muy Incompleto* en cada uno de ellos, lo que refleja escasa Visualización en un 80.0% de los usuarios.

GRADO DE VISUALIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA POR ACTIVIDADES Y SEGÚN VARIABLES DEL ESTUDIO.

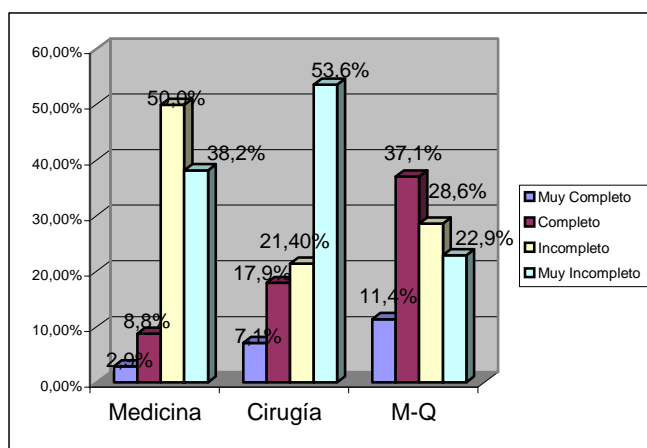
I. AL MOMENTO DE LA ADMISION DEL USUARIO

Gráfico N° 18: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Admisión según el Tipo de Institución en la cual se encuentra el Usuario.



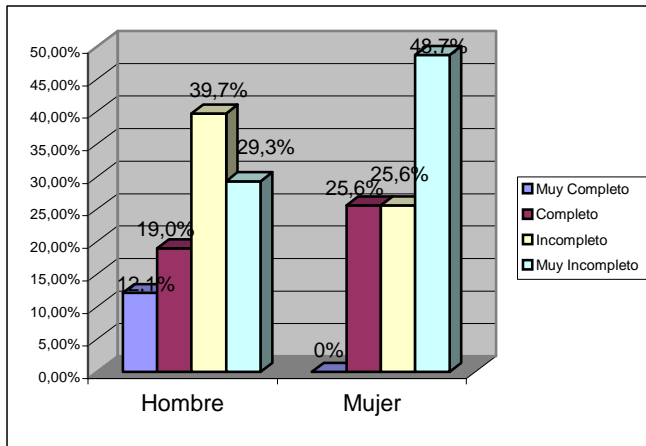
Existe una gran diferencia en relación a esta actividad en ambos sectores, ya que en el Público el mayor porcentaje corresponde la categorización *Muy Incompleto*, en cambio en el Sector Privado, el mayor porcentaje es de *Completo*; ello posiblemente por el mayor tiempo que pueden dedicar las enfermeras/os a los usuarios en el Sector Privado debido a un menor número de usuarios a su cargo.

Gráfico N° 19: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Admisión según el Tipo de Servicio en el que se encuentra el Usuario.



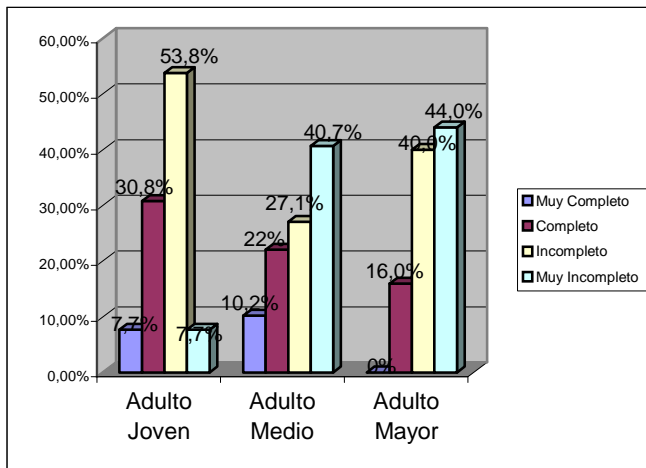
El gráfico muestra que el mayor porcentaje del Grado *Muy Incompleto* se encuentra en los usuarios de Cirugía y luego en los de Medicina. En cambio, la Visualización *Muy Completa* y *Completa* se observan en mayor porcentaje en el Servicio Médico-Quirúrgico.

Gráfico N° 20: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Admisión según Sexo del Usuario.



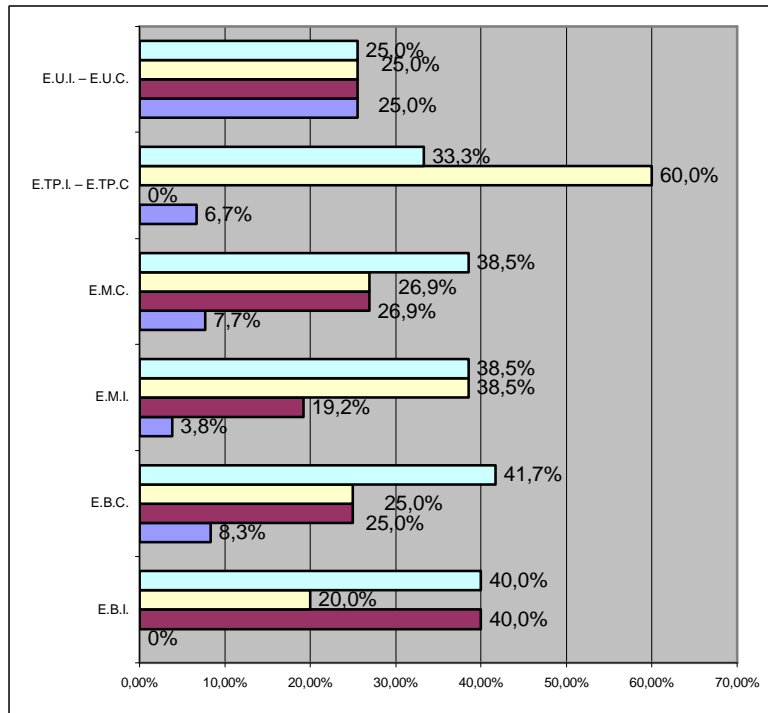
Más de 2/3 de los hombres y mujeres del estudio muestran Grado de Visualización *Incompleta* y *Muy Incompleta* en esta actividad. Asimismo se puede destacar que casi la mitad de las mujeres tienen una Visualización *Muy Incompleta*.

Gráfico N° 21: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Admisión según Etapa de Vida del Usuario.



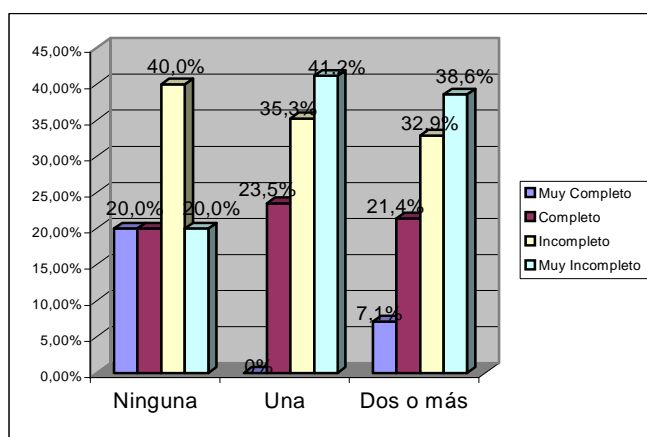
Los Adultos Mayores son los usuarios que tienen menor Visualización de la Enfermera/o en esta actividad, sumando más del 80.0% en los Grados *Incompleto* y *Muy Incompleto*.

Gráfico N° 22: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Admisión según Nivel de Estudios del Usuario.



Llama la atención el porcentaje de un 25.0% en los Grados de Visualización observados en el Nivel de Educación Universitaria. También, se destaca el Grado de Visualización *Incompleta* que se observa en el Nivel de Educación Técnico Superior con un 60.0%.

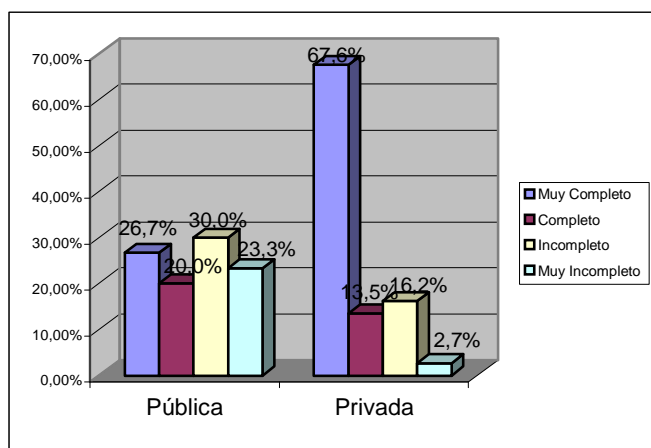
Gráfico N° 23: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Admisión según el número de Hospitalizaciones Anteriores del Usuario.



Se destacan los altos porcentajes de los Grados *Incompleto* y *Muy Incompleto* en la Visualización de la enfermera/o que tienen los usuarios con una o dos hospitalizaciones anteriores. Llama la atención que los usuarios sin ninguna hospitalización previa presentaron una mejor Visualización del profesional en su Admisión: 40.0% sumando los Grados *Completo* y *Muy Completo*.

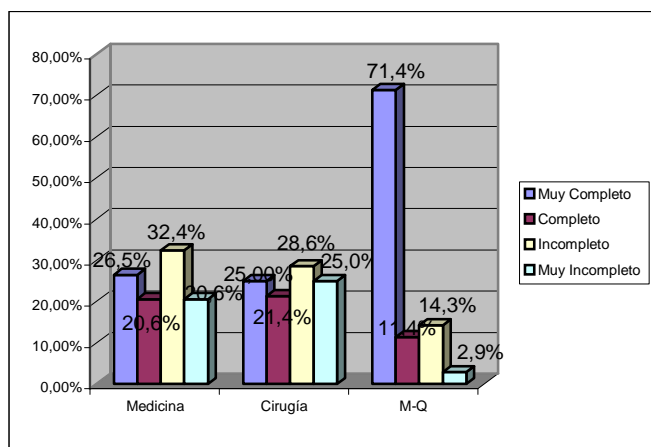
II.- DURANTE LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE TURNO

Gráfico N° 24: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería por el Usuario en Entrega y Recepción de Turno según el Tipo de Institución.



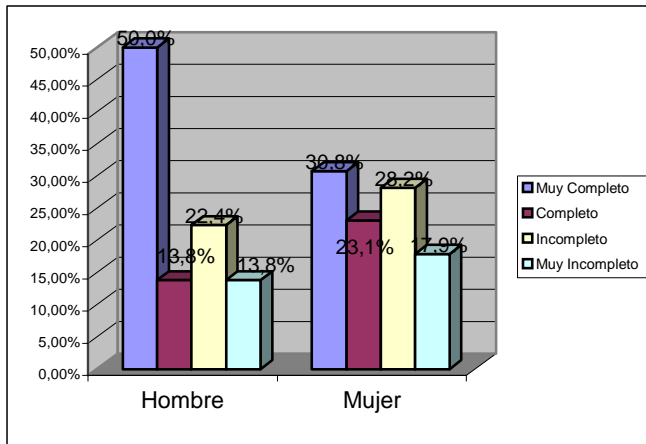
En el gráfico se aprecia una gran diferencia en la Visualización de la enfermera/o que tienen los usuarios de la Institución Privada en la Entrega y Recepción de Turno: *Muy Completa* 67.6% en contraste con lo observado en la Institución Pública: 26.7%.

Gráfico N° 25: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería por el Usuario en Entrega y Recepción de Turno según el Tipo de Servicio.



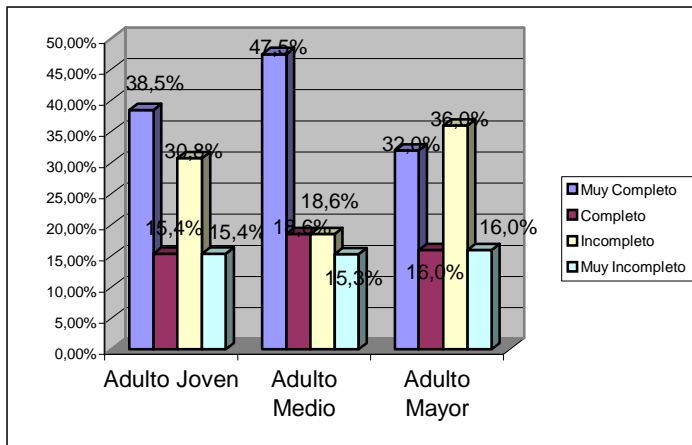
Resalta el alto porcentaje de Visualización *Muy Completa* (71.4%) de los usuarios de Servicio Médico-Quirúrgico (Institución Privada), a diferencia de los Servicios de Medicina y Cirugía, los que pertenecen a Institución Pública y en los cuales sólo ¼ parte, aproximadamente, se ubica en ese Grado.

Gráfico N° 26: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Entrega y Recepción de Turno según Sexo del Usuario.



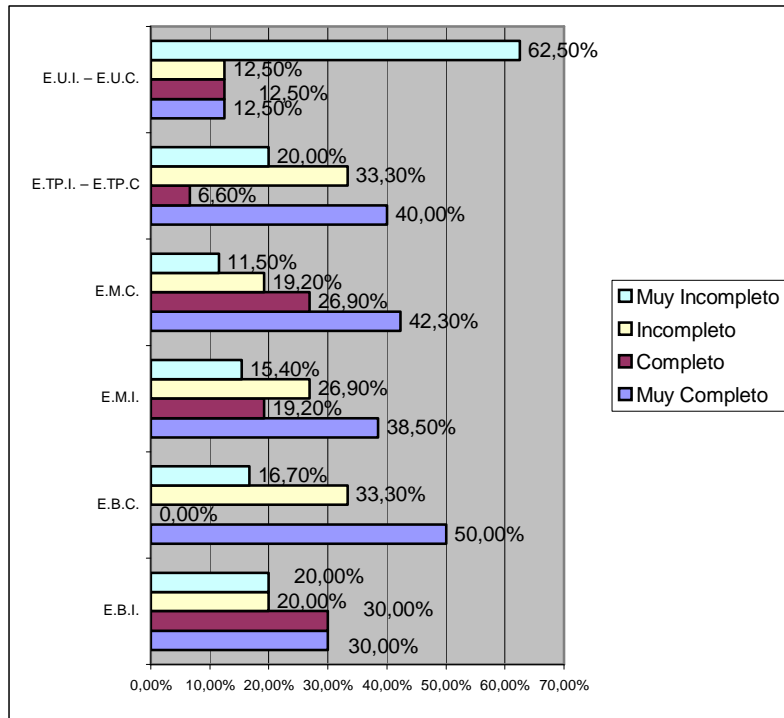
La mitad de los hombres tienen una Visualización *Muy Completa* de las enfermeras/os en esta actividad, a diferencia de las mujeres, de las cuales un 30.8% entran en esta categorización. Ello podría deberse a características de observación que difieren en ambos sexos y que constituyen sesgos en las respuestas.

Gráfico N° 27: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Entrega y Recepción de Turno según Etapa de Vida del Usuario.



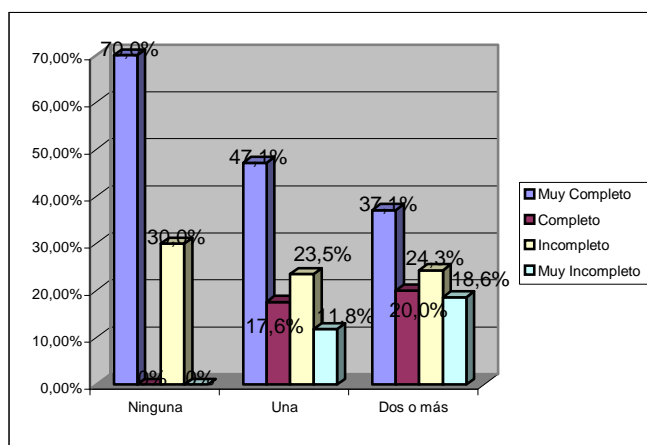
Se puede observar que los Adultos Medios visualizan esta actividad en Grado *Muy Completo*. Esto puede relacionarse con que a esta edad existe una mayor capacidad cognitiva que los Adultos Mayores y una mayor experiencia que los Jóvenes.

Gráfico N° 28: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Entrega y Recepción de Turno según el Nivel de Estudios del Usuario.



Llama la atención el alto porcentaje de los usuarios con Educación Universitaria que visualizan a la enfermera/o en esta actividad dentro de la categorización *Muy Incompleta*, esto podría deberse a que las personas con mayores conocimientos pudieran ser más exigentes en cuanto a su atención.

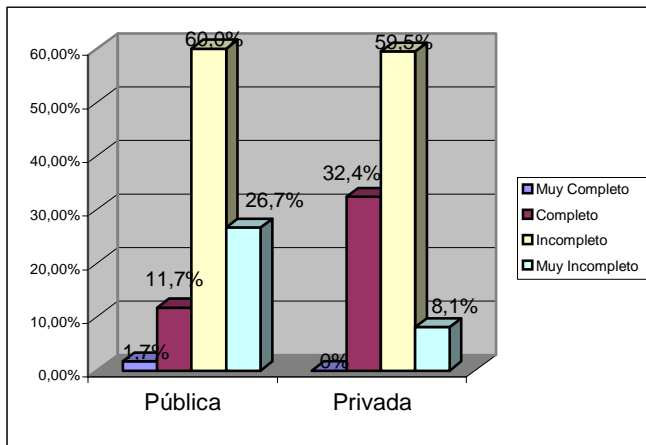
Gráfico N° 29: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Entrega y Recepción de Turno según el número de Hospitalizaciones Anteriores del Usuario.



La Visualización en Grado *Muy Completo* de la enfermera/o (70.0%) se observó en los usuarios sin Hospitalizaciones Anteriores, sin embargo llama la atención que de ellos no apareciesen las categorías *Completa* ni *Muy Incompleta*.

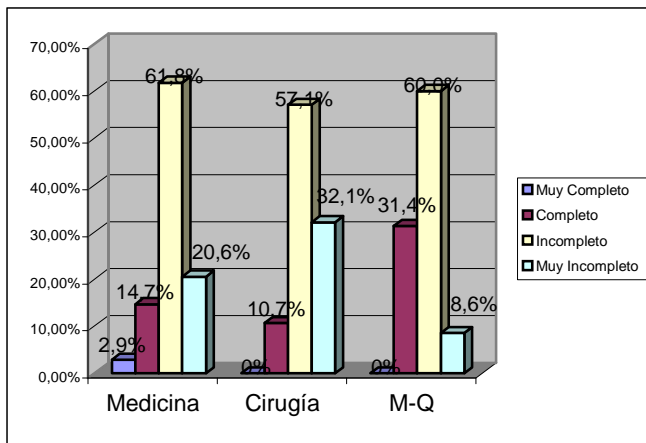
III.- DURANTE ACTIVIDADES GENERALES

Gráfico N° 30: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería por el Usuario en Actividades Generales según el Tipo de Institución.



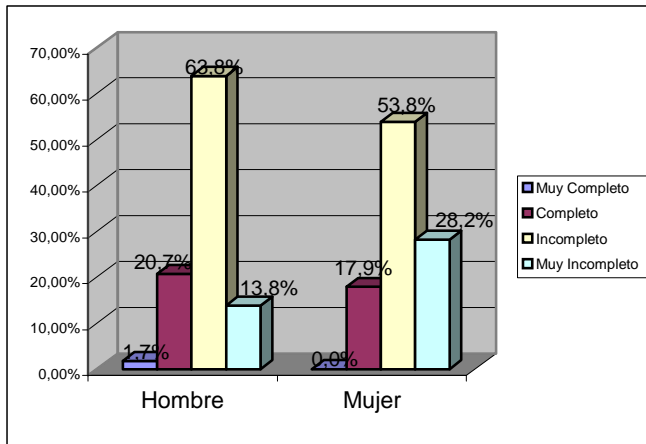
Llama la atención que la Visualización *Incompleta* en estas actividades es coincidente en ambas instituciones, sin embargo debe destacarse que el porcentaje de Visualización *Completa* es casi 3 veces mayor en la Institución Privada.

Gráfico N° 31: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería por el Usuario en Actividades Generales según Tipo de Servicio.



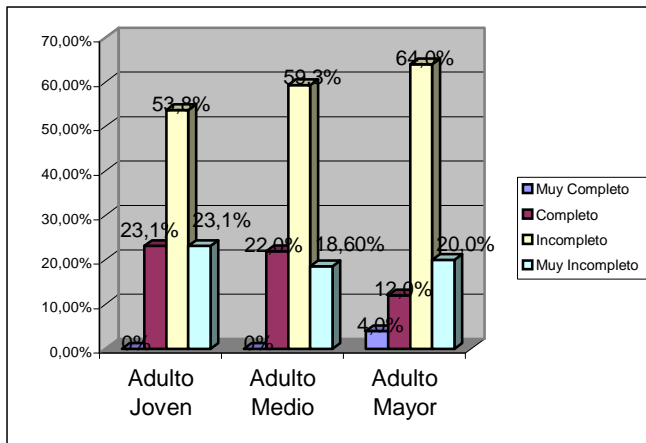
Al igual que en el gráfico anterior, existe similar Visualización *Incompleta* en los tres Servicios, no obstante se señala que en el Servicio Médico-Quirúrgico casi 1/3 de los usuarios tiene una Visualización *Completa* de estas actividades.

Gráfico N° 32: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Actividades Generales según Sexo del Usuario.



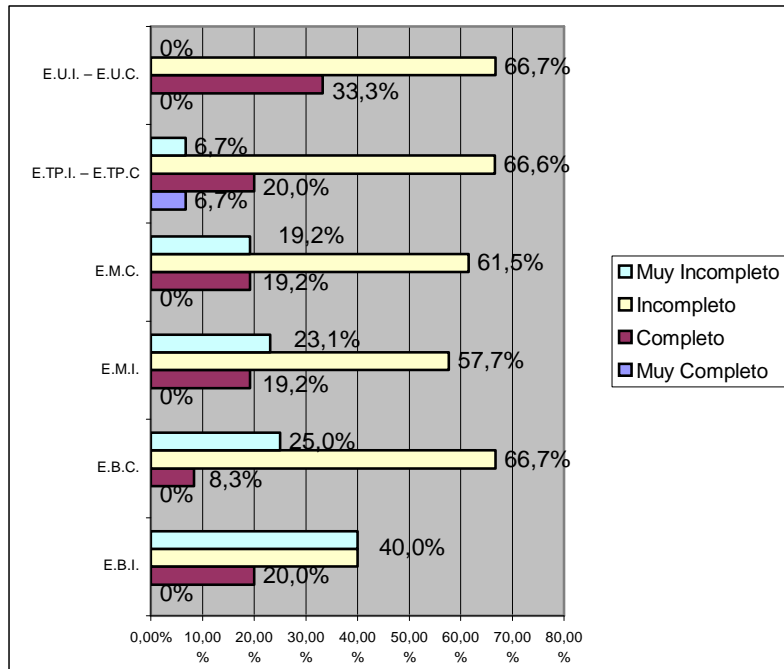
Los grados de Visualización en ambos sexos son bastante similares con evidente predominio de la categoría *Incompleta*. Eso sí, se observa que la visualización *Muy Incompleta* es el más del doble que en el hombre

Gráfico N° 33: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Actividades Generales según Etapa de Vida del Usuario.



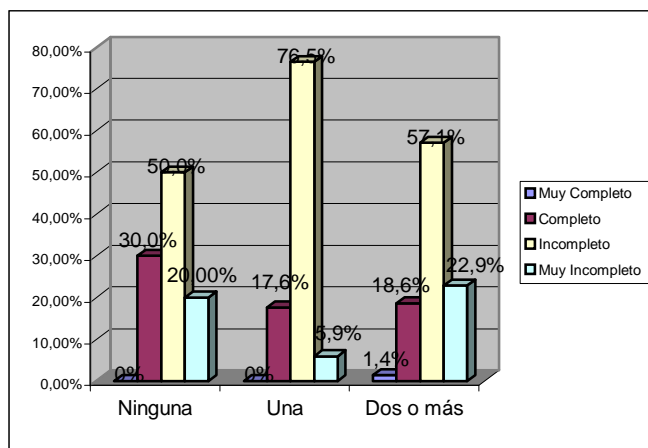
Aquí continúa prevaleciendo una *Incompleta* Visualización del profesional con estas actividades, siendo semejante en los tres grupos. Sin embargo, en el Adulto Mayor, la suma de las categorías *Muy Completa* y *Completa* (16,0%), es menor que los otros grupos.

Gráfico N° 34: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Actividades Generales según Nivel de Estudios del Usuario.



La Visualización en todos los grupos de escolaridad, no presenta diferencias importantes, con predominio de la categoría *Incompleta*. Cabe destacar que los usuarios con Estudios Universitarios muestran el mayor porcentaje de Visualización *Completa*: 33.3%

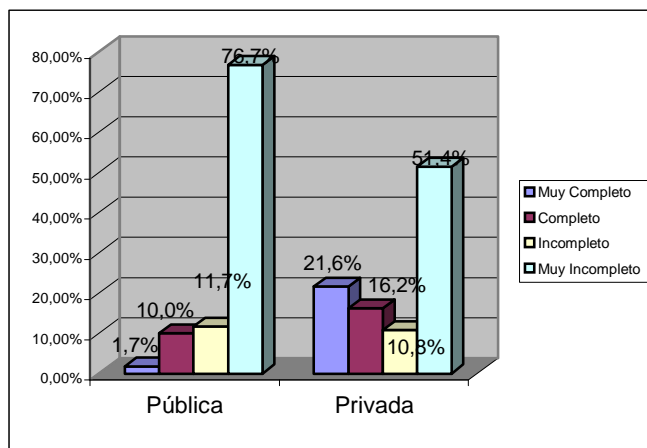
Gráfico N° 35: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Actividades Generales según de Hospitalizaciones Anteriores del Usuario.



En este gráfico se puede observar que en todos los casos la categorización *Incompleta* es la que presenta mayor porcentaje, existiendo siempre un predominio de Visualización *Incompleta* en todos los grupos. Llama la atención algunas diferencias: el porcentaje mayor de *Completo* (30.0%) en el grupo sin experiencia y la menor Visualización del profesional en usuarios con una y dos o más hospitalizaciones.

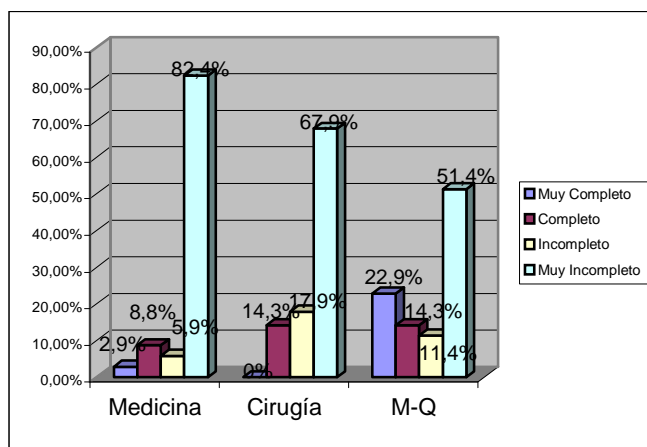
IV.- DURANTE LA EDUCACIÓN AL USUARIO

Gráfico N° 36: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Educación al Usuario según el Tipo de Institución en que se encuentre.



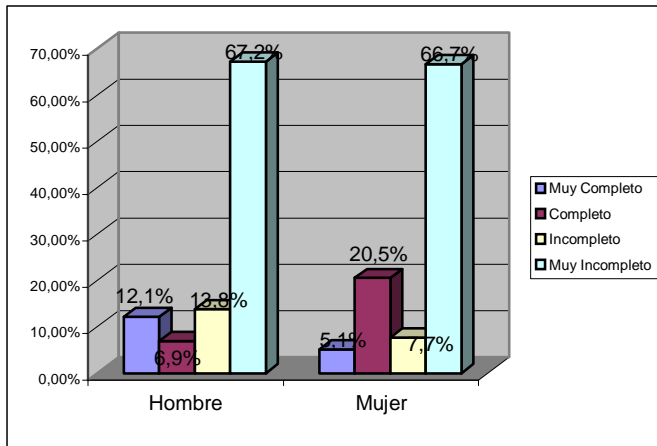
Existe concordancia en la escasa Visualización del profesional que tienen los usuarios en ambas instituciones, siendo mayor en la Pública el porcentaje de *Muy Incompleto*: 76.7%. Cabe señalar que en la Privada existe un 21.6% de Visualización *Muy Completa* y un 16.2% de *Completa*.

Gráfico N° 37: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Educación al Usuario según el Tipo de Servicio en el que se encuentra.



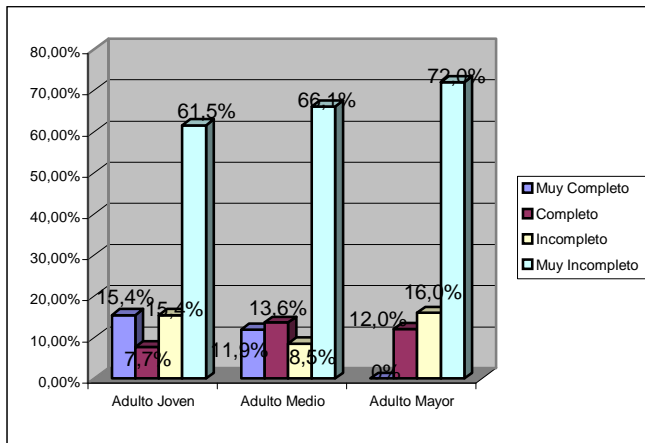
Se aprecia muy escasa Visualización en los tres Servicios con altos porcentajes en la categoría *Muy Incompleto*, observándose el mayor en Medicina: 82.4% decreciendo en Cirugía y Médico-Quirúrgico.

Gráfico N° 38: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Educación al Usuario según Sexo.



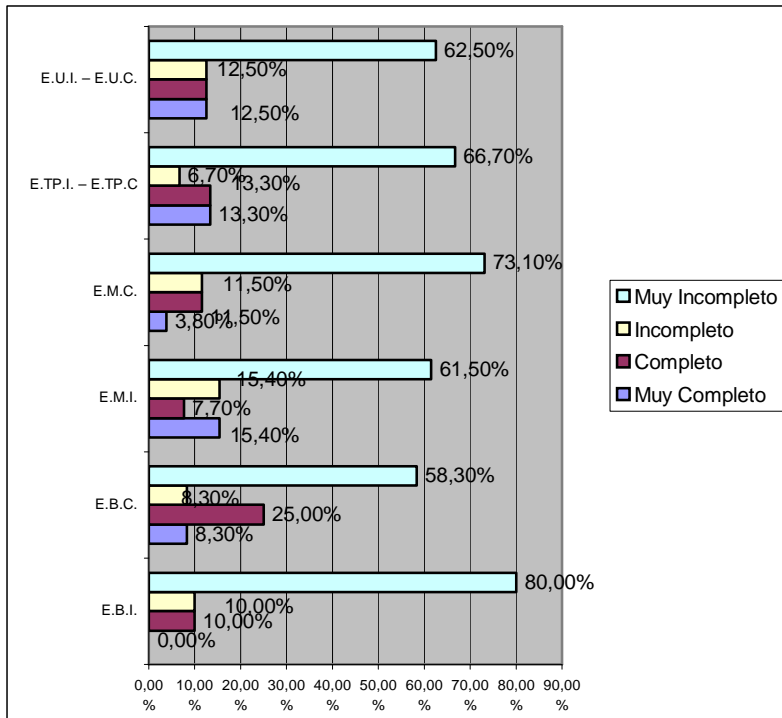
Al igual que en los gráficos anteriores, se puede observar la Visualización *Muy Incompleta* como el mayor porcentaje, siendo similar en ambos sexos. Sin embargo, existe 1/5 parte de los usuarios que muestran Visualización *Completa* del profesional en esta actividad.

Gráfico N° 39: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Educación al Usuario según Etapa de Vida.



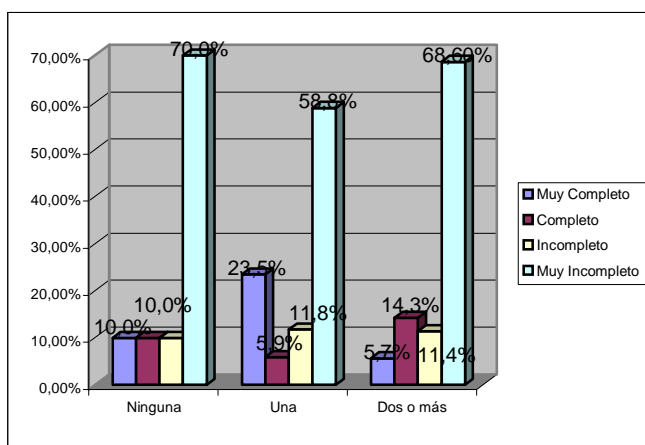
Como en gráficos anteriores, la Visualización del profesional es *Muy Incompleta* en esta actividad, independiente de la Etapa de Vida de los usuarios; pero se observa que en esta categoría aumenta discretamente con la edad.

Gráfico N° 40: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Educación al Usuario según Nivel de Estudios.



La Visualización del profesional en esta actividad continúa siendo *Muy Incompleta*, según señala el gráfico, con muy altos porcentajes (80.0%), siendo al menos 58.3% en la E.B.C.; grupo que presenta el mayor porcentaje de Visualización *Completa*.

Gráfico N° 41: Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en Educación al Usuario según número Hospitalizaciones Anteriores.



Como ha ocurrido en esta actividad con las variables ya analizadas la Visualización en todos los grupos aparece mayoritariamente como *Muy Incompleta*. Sólo cabe destacar que los usuarios con una Hospitalización Anterior muestran el porcentaje mayor de Visualización *Muy Completa*.

*Capítulo V:
Conclusiones,
Recomendaciones y
Resumen*

CONCLUSIONES

Como se señaló en la metodología, al aplicar el cuestionario preliminar el 71.9% de los Adultos Hospitalizados reconocieron al Profesional de Enfermería, por lo cual en ellos se midieron los Grados de Visualización que tenían del citado profesional.

Derivados de los principales hallazgos obtenidos en los sujetos del estudio, pueden destacarse las siguientes conclusiones:

Grado de Visualización según las variables

- Casi el 80.0% de los usuarios tuvieron Grados de Visualización Incompleto y Muy Incompleto de la Función Asistencial del Profesional de Enfermería; sin embargo, hubo una mayor Visualización en las Instituciones Privadas, donde existió el Grado Muy Completo. Ello podría explicarse porque se conoce que allí hay un número menor de usuarios por enfermera/o, permitiendo mayor contacto directo con cada uno de ellos, lo que es reforzado por la mayor Visualización en el Servicio Médico-Quirúrgico. Asimismo, fueron los usuarios con mayor escolaridad quienes visualizaron más el rol del profesional.

Grado de Visualización de los usuarios en Actividades de la enfermera/o

- En la Admisión la Visualización fue Incompleta y Muy Incompleta en un 71.0%; por el contrario, la Entrega y Recepción de Turno la Visualización Completa y Muy Completa sumaron un 60.0%.

- En las Actividades Generales (participación de la familia, competencias personales e instrumentales de la enfermera/o), se observó el porcentaje más notable en los Grados Incompleto y Muy Incompleto: casi el 80.0%. Este porcentaje responde a la baja inclusión de la familia del usuario durante la atención de enfermería; sin embargo, se rescata la alta Visualización de competencias generales e instrumentales, donde al parecer existe una delimitación clara de las funciones de cada integrante del equipo de enfermería.

- Por último, la Educación al Usuario tuvo un grado de Visualización Muy Incompleto con un 68.0%. Aparentemente, en la mayoría de los casos, esta actividad es realizada por el médico tratante, por lo que el Profesional de Enfermería se eximiría de esta responsabilidad durante la hospitalización, dejando las indicaciones para el Alta; lo que aún no había sido vivido por los usuarios al momento de la entrevista.

Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en las actividades, según variables del estudio

- En la actividad de Educación al Usuario resulta preocupante el alto porcentaje de Visualización Muy Incompleta observado en todas las variables del estudio.

- Según Tipo de Institución, predominaron los Grados Incompleto y Muy Incompleto en el Sector Público, a diferencia del Sector Privado, donde prevaleció el Grado Completo en las actividades Admisión, Actividades Generales y Entrega y Recepción de Turno.

- Según Tipo de Servicio, se observó que en los Servicios de Medicina y Cirugía existió una mayor Visualización Muy Incompleta en la Admisión, a diferencia del Servicio Médico-Quirúrgico donde los Grados que predominaron fueron los de Muy Completo y Completo, sumando un 50.0%. En cuanto a la Entrega y Recepción de Turno, el Grado Muy Completo predominó en un 71.4% en el Servicio Médico-Quirúrgico, siendo muy inferior en los Servicios de Medicina y Cirugía. En las Actividades Generales, el Grado predominante en los tres Servicios fue el Incompleto; sin embargo, la Visualización del Servicio Médico-Quirúrgico fue Completa en un 31.4%, siendo este porcentaje bastante superior en relación a los otros dos Servicios.

- Según Sexo, se observó en la Admisión, un Grado Muy Incompleto en mujeres: casi un 50.0%. En la Entrega y Recepción de Turno se observó el mayor porcentaje de Visualización Muy Completa en ambos sexos, siendo de un 50.0% en hombres y un 30.8 % en mujeres. En las Actividades Generales el Grado predominante fue el Incompleto en ambos sexos.

- Según Etapa de Vida, en la Admisión predominó la suma de los Grados Incompleto y Muy Incompleto en los tres grupos etarios, siendo el porcentaje más alto en el Adulto Mayor: 84.0%. En la Entrega y Recepción de Turno, se destacó el porcentaje de 47.5% en el Grado Muy Completo en el Adulto Medio, contrarrestado con un 36.0% en el Grado Incompleto en los Adultos Mayores. En las Actividades Generales, destacó la Visualización Incompleta en los tres grupos etarios.
- Según Nivel Educativo, los resultados más sobresalientes se observaron en la Entrega y Recepción de Turno, donde se presentó un alto porcentaje en el Grado Muy Incompleto: 62.5% en los usuarios con Escolaridad Universitaria y un 60.0% de la suma de los Grados Completo y Muy Completo en los Adultos con Educación Básica Incompleta. En las Actividades Generales, existió un predominio en el Grado Incompleto: 60.0% en todos los Niveles de Escolaridad.
- Según Hospitalizaciones Anteriores del Usuario, en la Admisión se encontraron los Grados Incompleto y Muy Incompleto en quienes presentaban más de una hospitalización. En la Entrega y Recepción de Turno, los usuarios que no presentaban ninguna hospitalización anterior tenían un grado Muy Completo con un alto porcentaje: 70.0%. En Actividades Generales, existió mayor Grado de Visualización Incompleta, sin que existiera un predominio según el número de hospitalizaciones.

RECOMENDACIONES

Para los Profesionales de Enfermería:

- Realización de una correcta presentación personal y de su equipo a diario, con el fin de informar acerca de los roles y actividades que realizan los Profesionales de Enfermería y Técnicos Paramédicos.
- Dedicar más tiempo de contacto directo con cada uno de los usuarios hospitalizados, incluyendo sus familias y de esta manera, lograr que éstos conozcan más acerca de la Profesión de Enfermería.
- Durante la Entrega y Recepción de Turno realizar examen físico completo o parcial a diario según sea la necesidad, para así aumentar el tiempo de contacto directo con los usuarios y de esta forma lograr que conozcan más acerca de las actividades del Profesional de Enfermería.
- Educar a cada uno de los usuarios a su cargo según sea la necesidad, incluyendo a la familia en esta actividad, considerando que es un componente esencial del cuidado.
- En lo posible, no delegar actividades exclusivas de la enfermera/o al personal Paramédico, como la Admisión del Usuario, ya que por ello la Visualización puede verse afectada, pues el usuario tiende a confundir la Función del Profesional de Enfermería con la del Técnico Paramédico, no quedando claro sus roles.
- Realizar una adecuada anamnesis a cada usuario, con el fin de indagar sobre sus conocimientos y necesidades, para aclarar dudas y hacerse notar como el Profesional a cargo de su cuidado.
- Educar al personal Paramédico sobre la importancia de diferenciar la denominación de “Enfermera/o”, indicándoles que deben corregir a los usuarios que los llamen por este título para evitar confusiones.
- Utilizar la Entrega y Recepción de Turno como una oportunidad estratégica para que su rol profesional sea observado por los usuarios.

RESUMEN

¿Cuán visible es la Enfermera/o como un profesional para las personas que atiende? Más específicamente, ¿Su rol profesional en sus Funciones Asistenciales es visualizado por los Adultos Hospitalizados? Al no existir respuestas con evidencia científica en nuestro medio, este estudio pretende dar respuesta inicial y parcial a la última pregunta.

Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal de 97 Adultos Hospitalizados en Servicios Médicos y Quirúrgicos de tres instituciones: una Pública y dos Privadas.

Los datos se recogieron por un cuestionario aplicado a través de entrevista a los usuarios averiguando su observación de las actividades profesionales de la enfermera/o.

Los resultados fueron analizados estableciendo Grados de Visualización, y en ellos puede destacarse: mayor Visualización en las Instituciones Privadas (Servicio Médico-Quirúrgico) y en la actividad Entrega y Recepción de Turno, en donde el Grado Muy Completo es de 67.6% de los usuarios. La menor Visualización se encontró en las actividades de Educación, Admisión y Actividades Generales en que los Grados de Muy Incompleto e Incompleto suman 68.0%, 71.0% y 79.0%, respectivamente. Además es relevante la diferencia de Visualización en cada una de las actividades entre las Instituciones Públicas y Privadas.

ABSTRACT

How visible is the nurse as a professional to the people who she attends? More specifically, Is her welfare functions in her professional rol visualized for the Hospitalized Adults?. It is because there is no scientific evidence around us about this topic, this study pretends to give an initial and parcial answer to the last question.

This is a quantitative, descriptive, transversal investigation in 97 Hospitalized Adults in Medical and Surgical Services of three institutions: one Public and two Privates.

The information was obtained by a questionnaire applied through an interview done to the 97 Adults, quarrelling their observation of the Professional Activities of the nurse.

The results were analized establishing Visualization Grades, standing out Major Visualization in Private Institutions (Medical-Surgical Service) and the Activity Delivery and Receipt of Shift, where the Visualization Grade was 67.7% of the Adults. The minor Visualization was found in the Activities of Education, Admission and General Activities where the Grades of Incomplete and Very Incomplete add 68.0%, 71.0% and 79.0%, respectively. Also, it is important the big difference between the Visualization in every one of the Activities in Public and Private Institutions.

*Páginas
Complementarias*

LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez, C. (1989). La percepción del cuidar. *Rol de Enfermería*. 127, 25-27.
2. Real Academia Española. (1980). *Diccionario de la Real Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe.
3. Wolff, Lu Verne. (2001). *Fundamentos de Enfermería*. México: Editorial Harla.
4. Clayton, A. (1999). *Necesidades Humanas*. España: Edit Nuevo Horizonte.
5. Griffith. (1986). *Proceso de Atención en Enfermería*. México: Editorial Manual Moderno.
- 6 - 7. Travelbee. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Editorial F.A. Davis.
8. Whittaker, J. (1968). *Psicología*. México: Editorial: Interamericana.
9. Cohen, Helen. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo.
10. Meleis, A. (1992). El progreso del pensamiento teórico en la disciplina de Enfermería. *Internacional Perspectivas on nursing*.1-12.
11. NANDA. (2003). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Madrid: Elsevier España.

12. Fajardo, German . (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería XIII*. 46, 9-12.
- 13 – 14. Vidal, T. (1994). *Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados*. *Enfermería Clínica*.
15. American Association of Colleges of Nursing (1995) *Model for differentiated Nursing Practice* Washington: American Association of Colleges of Nursing.
16. Consejo Internacional de Enfermeras. (2000). *Código deontológico de la profesión de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería.
17. Ipinza Riveros (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *Cuadernos Médico Sociales*, 47 (1), 5-17.
- 18 – 19. JCAHO. *Estándares de acreditación de hospitales*. Barcelona, 1997. Documento descargado el 25/03/2007 de www.jointcommission.org/
20. Ministerio de Salud (1998) *La satisfacción de Usuario: Concepto y medición: una herramienta de Gestión en el sistema de Salud*. Santiago. MINSAL.
21. Whittaker, J. (1968). *Psicología*. México: Editorial: Interamericana.
22. Brunner, L. (1989). *Enfermería Médico Quirúrgica*. México: Interamericana, McGraw-Hill.

23 – 24. Alfaro, R. (1992): *Aplicación del Proceso de Enfermería*. Barcelona. Ediciones Doyma.

25. Roldán, Fernández. *Proceso De Atención En Enfermería*. Artículo descargado el 8/04/2007 de http://e2salud.juntaextremadura.net/bibliotecas/paginas_comunes/enfermeria.asp

BIBLIOGRAFIA GENERAL

LIBROS

American Association of Colleges of Nursing (1995) *Model for differentiated Nursing Practice* Washington: American Association of Colleges of Nursing.

Carpenito. (1993). *Manual de diagnóstico de enfermería*. Madrid, España: Interamericana, McGraw-Hill.

Docentes Carrera Enfermería. (2007). *Rol del Profesional de Enfermería*. San Felipe: Universidad de Valparaíso.

Du Gas, Witter. (1981). *Tratado de Enfermería Práctica*. México: Interamericana.

Henderson, V. (1971) *Principios basicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería

Leddy, Pepper. (1985). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. New York, EE.UU: OPS.

Marriner, A. (1989). *Modelos y Teorías de Enfermería*, Barcelona: Rol.

NANDA. (2003). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Madrid: Elsevier España.

O.M.S (1994) *La Enfermería Más Allá del Año 2000*, Informe de un grupo de estudio de la O.M.S: Ginebra.

Pineda, E. (1994) *Metodología de la Investigación: manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington: OPS.

Rivera, C. *La inserción de la Profesión Enfermera en el Código Sanitario*. Santiago: Universidad de Chile.

Urutia, M. *El Rol profesional de la Enfermería*. Apuntes internos Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Urrutia, M. *La Disciplina de Enfermería*. Apuntes internos Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Urrutia, M. *Profesión y Profesionalización*. Apuntes internos Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

REVISTAS

Salvatierra, F. (2005). La Autonomía es el camino al Liderazgo. *Revista Enfermería*. 128, 15-16.

Arroyo, M^a del Pilar. (2003). La ética del cuidado y la ética del cuidar. *Metas de enfermería*. 53, 3.

German Bes, C. (2004). Género y enfermería. *Index de Enfermería XIII*. 46, 7-8.

Vila Blasco, Bilbao Guerrero, Porrás Cabrera, et al. (1997). Teoría Enfermera. Aproximación al contexto actual de enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 1. 63- 69.

PÁGINA WEB

Guardiola. *Consentimiento informado en el ensayo clínico*. Documento descargado el 28/09/2007 de <http://www.doyma.es>.

Anexos

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Visualización que tienen los Adultos Hospitalizados del Profesional de Enfermería”

Yo, _____

Nombre y apellidos

he recibido la suficiente información sobre la investigación en la cual voy a participar. He hablado con _____

Nombre y apellidos

Tesista de la Carrera de Enfermería, IV año de la Universidad de Valparaíso. He podido resolver dudas y preguntas.

Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo negarme a participar si lo deseo sin dar explicaciones y que esto no repercutirá en mis cuidados médicos, asimismo, tengo la libertad de dejar de responder en el momento en que lo estime conveniente.

Soy consciente de la confidencialidad de la información entregada y que será utilizada para usos exclusivos de esta investigación.

Presto libremente mi aprobación para participar en esta investigación.

Firma del o de la Participante: _____

Fecha: ____ de _____ del 2007.

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO PRELIMINAR

Objetivos:

1. Identificar los Adultos Hospitalizados que podrían ser incluidos en la muestra definitiva de la Investigación.
2. Identificar los Adultos Hospitalizados que debían ser excluidos en la muestra definitiva de la Investigación.
3. Identificar datos de las variables personales e institucionales de los Adultos Hospitalizados.

1. Tipo de Institución:

Público	<input type="checkbox"/>
Privado	<input type="checkbox"/>

2. Tipo de Servicio:

Medicina	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>
Médico-Quirúrgico	<input type="checkbox"/>

3. Sexo:

Mujer	<input type="checkbox"/>
Hombre	<input type="checkbox"/>

4. ¿Qué edad tiene usted?

Adulto Joven	<input type="checkbox"/>
Adulto Medio	<input type="checkbox"/>
Adulto Mayor	<input type="checkbox"/>

5. ¿Hasta qué curso estudió usted?

Educación Básica	Completa	
	Incompleta	
Educación Media	Completa	
	Incompleta	
Educación Téc. Prof.	Completa	
	Incompleta	
Educación Universitaria	Completa	
	Incompleta	

6. ¿Ha estado usted hospitalizado previamente? Si la respuesta es Si, ¿Cuántas veces?

Ninguna	
1	
2 o más	

7. ¿Sabe quién es la Enfermera?

Sí	
No	

8. ¿Sabe usted cómo se viste? Descríbalo

Sí	
No	

9. ¿Sabe usted quien es la Enfermera de este servicio?

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO DEFINITIVO

Objetivos

1. Identificar el Grado de Visualización que el Adulto Hospitalizado tiene de la Función Asistencial del Profesional de Enfermería.
 - 1.1. Identificar el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Admisión del Usuario.
 - 1.2. Identificar el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Entrega y Recepción de Turno.
 - 1.3. Identificar el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en la Educación al Usuario.
 - 1.4. Describir el Grado de Visualización del Profesional de Enfermería en las Actividades Generales de la Función Asistencial.
2. Identificar las Actividades de la Función Asistencial del Profesional de Enfermería más visualizadas por el Usuario.

I. ADMISIÓN

1. **¿La Enfermera/o lo recibió al llegar a la sala?**
 - a. Sí
 - b. No
2. **¿Qué le dijo la Enfermera/o cuando lo recibió en la sala?**
 - a. Se presentó a sí misma
 - b. Preguntó su nombre
 - c. Lo trató por su nombre
 - d. Le presentó al personal
 - e. Lo orientó físicamente en el servicio
 - f. Lo orientó en las rutinas del servicio

3. ¿Qué le preguntó la Enfermera/o en esa ocasión?

- a. Datos personales
- b. Motivo de hospitalización
- c. Conocimientos del diagnóstico de su enfermedad
- d. Conocimiento del tratamiento de su enfermedad
- e. Antecedentes de hábitos: tabaquismo, alcohol, actividad física, otros.
- f. Antecedentes de hospitalizaciones anteriores

4. En esa ocasión la Enfermera/o ¿Lo revisó?

- a. Sí
- b. No

5. ¿Cómo lo revisó?

- a. Por completo
- b. Sólo algunas partes

6. Durante la revisión, ¿la Enfermera/o cuidó su privacidad?

- a. Sí
- b. No

7. ¿Le aclaró sus dudas?

- a. Sí
- b. No
- c. En parte
- d. No tuvo dudas

8. ¿Entendió las palabras que la Enfermera/o utilizó?

- a. Sí
- b. No
- c. En parte

II. ENTREGA DE TURNO

9. Durante la entrega de turno, Ud. ha notado que la Enfermera/o:

- a. Lo saluda por el nombre
- b. Dedicar tiempo para hablar con Ud. y con los otros usuarios
- c. Le hace preguntas
- d. Lo revisa

10. Durante la entrega de turno, la Enfermera/o le pregunta:

- a. Cómo se siente
- b. Si tiene dolor
- c. Cómo durmió
- d. Si comió y toleró los alimentos
- e. Si presentó orina o deposiciones

III. ACTIVIDADES GENERALES

11. ¿Piensa que lo conversado con la Enfermera/o podrá ser divulgado por ella/el?

- a. Sí
- b. No

12. ¿Cree Ud. que sus inquietudes y sentimientos son comprendidos por la Enfermera/o?

- a. Sí
- b. No
- c. En parte

**13. ¿Qué actividades ha visto Ud. que la Enfermera/o realiza con los usuarios?
Quién hace las/el...**

- a. Curaciones
- b. Aseo en cama
- c. Administración de medicamentos inyectables
- d. Control de signos vitales
- e. Instalación de vías venosas
- f. Cambiar ropa de cama
- g. Toma de muestras para exámenes de sangre

14. Antes de realizar procedimientos (extracción de sangre, curaciones) ¿Qué hace la Enfermera/o?

- a. Le pregunta el nombre
- b. Le explica el procedimiento
- c. Se preocupa que Ud. entienda el procedimiento a realizar
- d. Se preocupa de su comodidad

15. ¿A quién recurre o recurriría primero para que solucione dudas y/o problemas que se presenten durante su hospitalización? Por ejemplo:

a. Información sobre enfermedad	M	E	TP
b. Presentar dolor	M	E	TP
c. Necesitar una chata	M	E	TP
d. Problemas para dormir	M	E	TP
e. Si tiene un reclamo	M	E	TP
f. Licencia médica	M	E	TP
g. Cambio de vía venosa	M	E	TP

16. Ud. en la pregunta anterior eligió más veces a _____, ¿Por qué lo eligió?

- a. Por cercanía
- b. Por simpatía/amabilidad
- c. Por disposición
- d. Por conocimientos/porque le da más seguridad
- e. Porque sabe explicar

17. ¿Ud. considera que la Enfermera/o está disponible para resolver dudas o consultas de su familia?

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe

18. ¿Ha citado la Enfermera/o a alguien de su familia o a algún encargado de Ud., para darle información?

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe

19. ¿Con qué motivo fue citado?

- a. Para entregar información de su evolución en el hospital
- b. Para aclarar dudas

IV. EDUCACIÓN AL USUARIO

20. Durante su hospitalización, ¿La Enfermera/o le ha informado acerca de su enfermedad?

- a. Sí
- b. No

21. ¿Respecto a qué?

- a. Información de la enfermedad
- b. Cuidados en relación a Medicamentos
- c. Cuidados en relación a Alimentación
- d. Cuidados en relación a Reposo

22. Cuando la Enfermera/o le entregó la educación e indicaciones:

- a. Le preguntó si Ud. conocía el tema previamente
- b. Le explicó el por qué de las indicaciones
- c. Utilizó un lenguaje comprensible para Ud.
- d. Le interesó la información entregada
- e. Le entregó algún material de apoyo visual para reforzar la información

23. Al finalizar la entrega de información, la Enfermera/o:

- a. Le preguntó si comprendió lo expuesto
- b. Aclaró sus dudas

ANEXO N° 4

INSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO

Para la aplicación correcta del cuestionario, deberán seguirse las siguientes instrucciones:

Aspectos Generales

1. El cuestionario será aplicado por alumnas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso que integran el grupo de Seminario Tesis: “Visualización que tienen los Adultos Hospitalizados del Profesional de Enfermería”.
2. El cuestionario se aplicará en forma presencial, donde el entrevistador deberá leer las preguntas con sus respectivas las alternativas en forma lenta, audible y con correcta modulación.
3. El cuestionario será aplicado a los usuarios de los servicios en estudio previamente autorizados.
4. Se solicitará un Consentimiento Informado a los usuarios, donde se explicará y garantizará confidencialidad.
5. Para la aplicación del cuestionario, los tesisistas se presentarán ante la Enfermera Jefe del Servicio con uniforme de Atención Primaria y piocha de identificación.

Aspectos Específicos

1. El cuestionario consta de dos partes:
 - Formulario sobre datos personales del usuario, donde se identificarán los criterios de inclusión para la aplicación del cuestionario.
 - Cuestionario que consta de 23 preguntas.
2. El cuestionario será aplicado de forma individual, por un seminarista. El clima será de cercanía, procurando la comodidad del usuario.

3. Lo primero es solicitar al usuario que elija de la lista de alternativas que serán planteadas, la o las más representativas de lo observado por él durante su estadía. Luego se planteará la pregunta y se enunciarán las alternativas correspondientes esperando la respuesta espontánea del usuario.
4. Las alternativas de cada pregunta no son excluyentes por lo que se podrá marcar más de una como respuesta.
5. El tesista marcará con una “X” la/s alternativa/s del cuestionario que el usuario elija.
6. Para evitar cualquier pérdida o error los instrumentos serán previamente enumerados en orden correlativo de acuerdo al número de usuarios a entrevistar.
7. Los datos personales se extraerán de la ficha médica de los adultos del estudio.
8. El cuestionario se aplicará a personas que cumplan con los criterios de inclusión:
 - 3 o más días de hospitalización
 - Sin compromiso de conciencia
 - Con Escolaridad desde 4° año básico
9. Se debe prever que el usuario no tenga tratamiento ni procedimientos programados durante la media hora en la que será aplicado el cuestionario.
10. No se realizará la entrevista si el usuario ha estado recientemente expuesto a eventos que le perturben: examen o tratamiento farmacológico. En este caso se esperará hasta el día siguiente si es elegible.
11. Se interrumpirá la entrevista en caso que el usuario presente signos de cansancio o incomodidad, entre otros. Dando un descanso de 10-15 minutos para luego reanudar la entrevista.
12. Se les dará tiempo suficiente a los usuarios para que elijan su respuesta y la posibilidad de aclarar dudas.

13. EL cuestionario es anónimo, sólo se recogerán los siguientes datos:

- Tipo de Institución.
- Días de Hospitalización.
- Tipo de Servicio.
- Etapa de Vida.
- Sexo.
- Escolaridad.
- Hospitalizaciones previas.

ANEXO N° 5

ASIGNACION DE PUNTAJES POR PREGUNTA

Pregunta Cuestionario	Ptaje.
1. a.	3
1. b.	0
2. a.	3
2. b.	2
2. c.	2
2. d.	2
2. e.	2
2. f.	2
3. a.	3
3. b.	2
3. c.	2
3. d.	2
3. e.	3
3. f.	3
4. a.	3
4. b.	0
5. a.	3
5. b.	2
6. a.	3
6. b.	0
7. a.	3
7. b.	0
7. c.	1
7. d.	3
8. a.	3
8. b.	0
8. c.	1

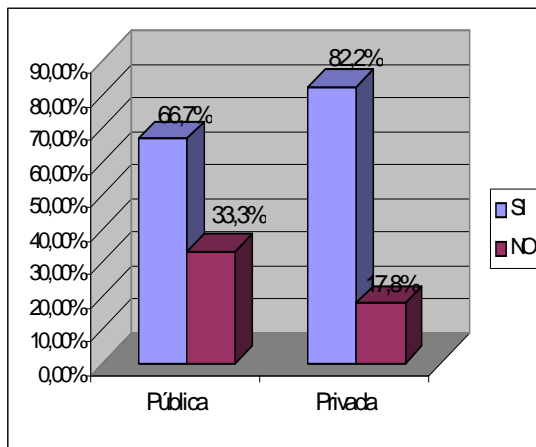
Pregunta Cuestionario	Ptaje.
9. a.	1
9. b.	2
9. c.	3
9. d.	3
10. a.	3
10. b.	3
10. c.	3
10. d.	3
10. e.	3
11. a.	0
11. b.	3
12. a.	3
12. b.	0
12. c.	1
13. a.	3
13. b.	0
13. c.	2
13. d.	0
13. e.	3
13. f.	0
13. g.	3
14. a.	3
14. b.	3
14. c.	3
14. d.	3

Pregunta Cuestionario	Ptaje.
16. a.	3
16. b.	3
16. c.	3
16. d.	3
16. e.	3
17. a.	3
17. b.	0
17. c.	0
18. a.	3
18. b.	0
18. c.	0
19. a.	3
19. b.	3
20. a.	3
20. b.	0
21. a.	3
21. b.	3
21. c.	2
21. d.	2
22. a.	3
22. b.	3
22. c.	3
22. d.	1
22. e.	2
23. a.	3
23. b.	3

ANEXO N° 6

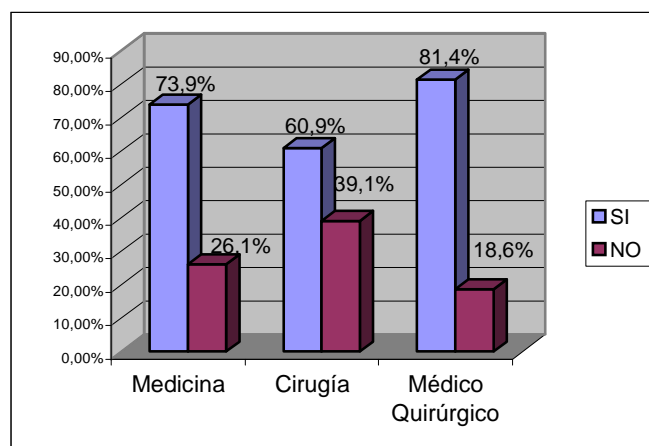
RECONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUESTIONARIO PRELIMINAR

Gráfico N° 42: Reconocimiento del Profesional de Enfermería por el usuario, según el Tipo de Institución.



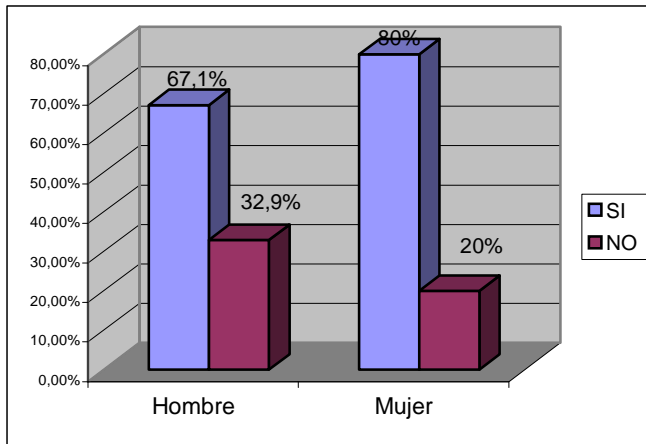
Del total de 135 usuarios que se les aplicó el cuestionario preliminar, en la Institución Pública el 66,7% reconoce a la Enfermera/o, mientras en la Institución Privada lo hace el 82,2%. Esto se puede deber a que el promedio de usuarios por Enfermera/o en el Sector Privado es de 16 y en el Público de 23, además de un máximo índice ocupacional en estos últimos servicios. Ello implica un menor tiempo de contacto directo del profesional con cada uno de los usuarios, derivando posiblemente en un menor conocimiento de su quehacer.

Gráfico N° 43: Reconocimiento del Profesional de Enfermería por el usuario, según Tipo de Servicio.



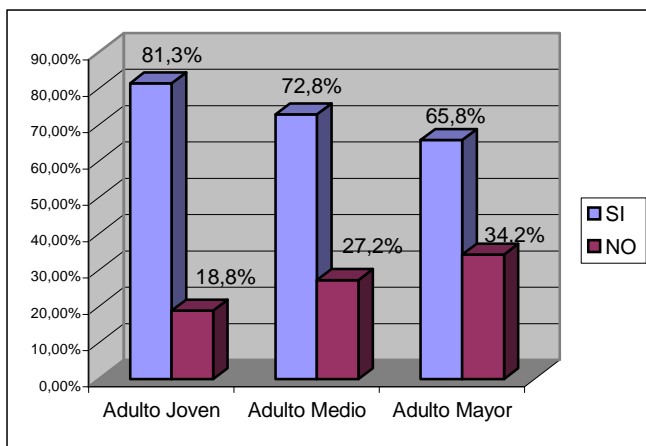
En el Servicio de Medicina el 73,9% de los usuarios reconocieron a la Enfermera/o, en Cirugía lo hizo un 60,9% y en el servicio Medico-Quirúrgico se ubica el más alto rango de reconocimiento: 81,4% de los usuarios. Esto coincide con el gráfico anterior pues el servicio Medico-Quirúrgico corresponde a la atención Privada.

Gráfico N° 44: Reconocimiento del Profesional de Enfermería según Sexo del Usuario.



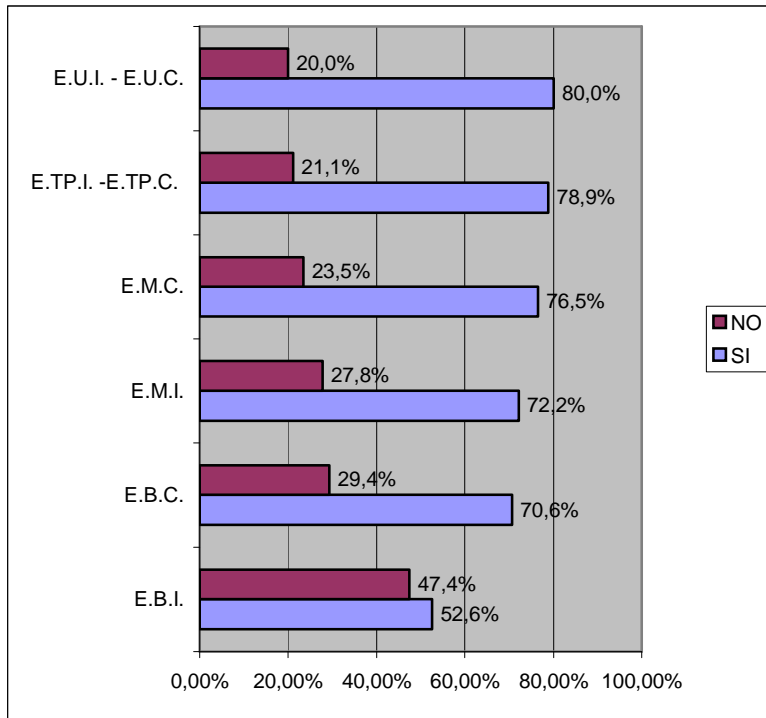
El 67,1% de los Hombres reconoció a la Enfermera/o. En cambio, en las Mujeres hubo un reconocimiento de un 80%: podría explicarse porque las Mujeres son más perceptivas respecto a lo que sucede en su entorno, en cuanto a las personas y lo que ellas hacen.

Gráfico N° 45: Reconocimiento del Profesional de Enfermería según Etapa de Vida del Usuario.



El mayor Reconocimiento se encuentra en la etapa de Adulto Joven, con un 81,3%, se puede deber a que en esta edad existe una mayor capacidad cognitiva, por lo tanto, una mayor capacidad de atención.

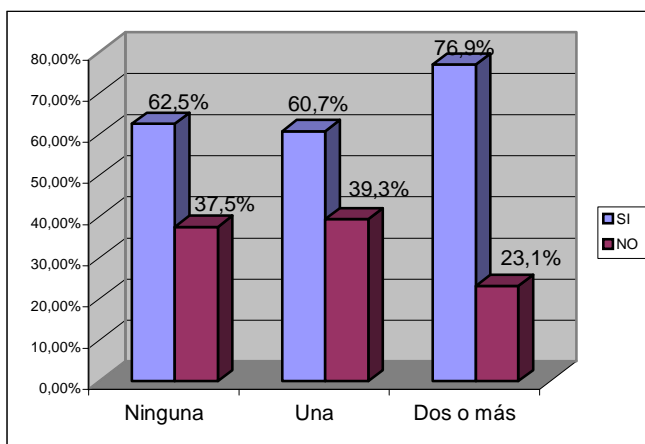
Gráfico N° 46: Reconocimiento del Profesional de Enfermería según el Nivel de Estudios del Usuario*.



El mayor Reconocimiento de la Enfermera/o se encuentra en los usuarios con Enseñanza Técnica y Universitaria, con un 78% y 80%, respectivamente; podría deberse a un mayor acceso a información de este grupo.

* Se fusionó el nivel de estudios superiores ETPI con ETPC y EUI con EUC, por el escaso número de usuarios en ambas categorías.

Gráfico N° 47: Reconocimiento del Profesional de Enfermería según Hospitalizaciones Anteriores del Usuario.



El mayor Reconocimiento de la Enfermera/o se encuentra en los usuarios que han presentado dos o más hospitalizaciones: 76,9%; quienes han tenido más oportunidades de contacto con la presencia y el quehacer de la Enfermera/o.

ANEXO N° 7

PROTOCOLO DE ACUERDO ENTRE MINISTERIO DE SALUD - COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE

En Santiago, a 17 de Octubre de 2006, el Ministerio de Salud y el Colegio de Enfermeras de Chile A.G., vienen en suscribir el siguiente Protocolo de Acuerdo:

PRIMERO: El Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se compromete a diseñar y formular participativamente un Modelo de Gestión del Cuidado, nacional y común a la gestión del cuidado de la Red Asistencial Pública, el cual deberá integrar todas las áreas de atención directa e indirecta a pacientes, identificando la cartera de servicios de gestión del cuidado.

Asimismo, este Modelo, en el ámbito de atención cerrada, deberá comprender la Atención Progresiva, que considerará, entre otros elementos, la distribución de camas hospitalarias según complejidad, la asignación de recursos para la atención según riesgo dependencia, y el manejo centralizado de camas. En lo que dice relación con el nivel primario de atención, el Modelo de Gestión del Cuidado considera los elementos que den coherencia y consistencia con el enfoque de salud familiar.

El modelo de gestión del cuidado será transversal a todos aquellos centros de responsabilidad en que se realice Gestión del Cuidado, permitiendo a ese nivel la movilización de recursos en función de los requerimientos de atención de los usuarios. Una vez definido el modelo, las estructuras y evaluaciones serán acordes a éste.

Para estos efectos, se constituirá por resolución un Grupo de tarea radicado en la División de Gestión de la Red Asistencial, para generar una visión de conjunto del Modelo de Gestión del Cuidado, integrada por representantes del Sector Salud designados por el Subsecretario de Redes Asistenciales y representantes del Colegio de

Enfermeras de Chile. Dicho grupo presentará al Subsecretario de Redes Asistenciales, dentro de los próximos 6 meses, una propuesta que servirá de base para que el Ministerio de Salud dicte la normativa sobre el Modelo de Gestión del Cuidado..

Dicha propuesta incorporará los siguientes aspectos:

1. Cartera de Servicios de Gestión del Cuidado en todos los niveles de atención de la Red Asistencial Pública.
2. Base que sustenta el modelo de Gestión del Cuidado.
3. Mecanismos de implementación

La Gestión del Cuidado se incorporará en la Evaluación anual para obtener la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red y se considerará su incorporación al D.S.Nº 38/2005 “Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red”, en lo que respecta a estos últimos.

SEGUNDO: Las partes declaran que el modelo de organización por centros de responsabilidad es una herramienta de gestión centrada en el usuario, basada en la cadena de procesos de un establecimiento, por lo tanto compatible con el modelo de gestión del cuidado en el marco de la atención progresiva. Cada establecimiento define, entonces, sus centros de responsabilidad, de acuerdo al análisis de sus cadenas de procesos y de la cartera de servicios que provee.

En concordancia con lo expuesto, la definición de los mecanismos para seleccionar las jefaturas de cada centro de responsabilidad, corresponde al ámbito de competencia de cada establecimiento, según las políticas que al efecto haya determinado, centrado en las capacidades de gestión y liderazgo, siempre concordantes con los lineamientos del Ministerio de Salud.

TERCERO: Los centros de responsabilidad conciliarán su quehacer con la gestión del cuidado contemplada en el modelo de atención.

CUARTO: El trabajo de la comisión mencionada en la cláusula primera, contemplará convocar a profesionales de los diferentes servicios de salud, con el fin de enriquecer las propuestas allí generadas.

QUINTO: El Ministerio de Salud definirá las funciones del área de gestión del cuidado de los establecimientos de los Servicios de Salud, que justifican el otorgamiento de la asignación de responsabilidad a sus jefaturas, de manera que accedan preferentemente a los nuevos cupos que legalmente se concedan.

SEXTO: Las partes estiman relevante efectuar un estudio acerca del sistema de trabajo de las enfermeras en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, el que considerará, entre otros aspectos, análisis de las dotaciones, sistema de turnos, carga de trabajo, necesidades de capacitación y riesgos ocupacionales.

Se acuerda que en un plazo de seis meses, a contar de la firma de este protocolo, se presenten al Subsecretario de Redes Asistenciales las conclusiones de dicho estudio, de manera tal que puedan ser consideradas en la elaboración del presupuesto sectorial del año 2008, sin perjuicio de las medidas que puedan ser implementadas durante el año 2007.

El grupo de trabajo que se defina, contará con representantes del Colegio de Enfermeras y estará radicado en la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud.

SÉPTIMO: Considerando la necesidad de reconocer el alto nivel de responsabilidad que significa la coordinación del área de Gestión del Cuidado en los establecimientos de los Servicios de Salud, el Ministerio hará una evaluación del nivel remuneracional de las enfermeras que cumplen dichas funciones en los diferentes niveles de complejidad, de manera de hacerlo consistente con éste y con la responsabilidad a cargo.

También, a partir de las condiciones de escasez relativa para la contratación de enfermeras en los establecimientos de los Servicios de Salud, el Ministerio de Salud entregará orientaciones que permitan su contratación en un grado acorde a dicha situación.

OCTAVO: El Ministerio de Salud impulsará un proceso de armonización que permita mejorar el flujo de la carrera funcionaria de las enfermeras en los Servicios de Salud, para cuyo efecto se definirá una política específica de fortalecimiento de la gestión del cuidado en los sistemas de promoción.

NOVENO: Las partes concuerdan la búsqueda de mecanismos que permitan abordar la falencia de enfermeras en el nivel primario de atención rural, entre los cuales considerará el “Programa de Apoyo a la Enfermería Rural”.

DECIMO: Los firmantes, en representación de sus respectivas instituciones, declaran su voluntad de mutua colaboración en el desarrollo de las tareas comunes que surgen de este protocolo de acuerdo.

ANEXO N° 8

RESUMEN DE LAS NORMAS DE LA CANADIAN NURSES ASSOCIATION (CNA)

Norma	Elementos
La práctica de enfermería requiere que modelos conceptuales de enfermería sean la base para la parte independiente de esa práctica.	El Profesional de Enfermería debe tener una idea o concepto claro: <ul style="list-style-type: none">- Del objetivo distintivo de enfermería.- Del paciente.- Del papel que desempeña en la respuesta a las necesidades sanitarias de la sociedad.- Del origen de la dificultad del paciente.- Del interés y los modos de intervención de enfermería.- De las consecuencias esperadas de las actividades de enfermería.
La práctica de enfermería requiere la utilización efectiva del proceso de enfermería.	El Profesional de Enfermería debe: <ul style="list-style-type: none">- Recoger datos de acuerdo a su concepción del paciente.- Analizar los datos recogidos de acuerdo a su concepción del objetivo de enfermería, sus funciones y el origen de la dificultad del paciente.- Planificar sus acciones de enfermería basándose en los problemas del paciente que han sido identificados, actuales o potenciales, de acuerdo con su concepción del interés y los modos de intervención.

- Desempeñar acciones de enfermería que ejecuten el plan.
- Evaluar todas las fases del proceso de enfermería de acuerdo con su(s) modelo(s) conceptual(es) de enfermería.

La práctica de enfermería requiere que la relación de ayuda sea la esencia de la interacción entre el paciente y el profesional de enfermería.

El Profesional de Enfermería debe:

- Aumentar la probabilidad de que el paciente perciba la experiencia de la asistencia sanitaria como comprensible, controlable y útil desde el principio.
- Llegar a un acuerdo mutuo sobre las expectativas, como un medio de aumentar la probabilidad de que el paciente perciba la experiencia de la asistencia sanitaria como comprensible, controlable y útil.
- Asegurar una conclusión satisfactoria de la relación de ayuda.

La práctica de enfermería requiere que el profesional de enfermería asuma responsabilidades profesionales.

El Profesional de Enfermería debe:

- Respetar las políticas y los estatutos relacionados con la profesión y el ámbito de la práctica.
- Actuar conforme al código ético de su profesión.
- Actuar como miembro de un equipo de salud.