



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

¿EL ÁMBITO PROFESIONAL MODIFICA LA CONCEPTUALIZACIÓN ENFERMERA? ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ENFERMERAS DEL ÁMBITO MÉDICO Y QUIRÚRGICO.

DOES PROFESSIONAL SCOPE CHANGE THE NURSING CONCEPTUALIZATION? COMPARATIVE STUDY BETWEEN MEDICINE AND SURGICAL NURSES.

*Santos Ruiz, S., **López Parra, M., ***Varez Pelaez, S. ****Abril Sabater, D.

*Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería. Diplomada en Enfermería. Unidad Neumología/Cirugía Vascul ar. **Diplomada en Enfermería. Unidad de Nefrología. ***Diplomada en Enfermería. Bloque Quirúrgico. Unidad de Cirugía Vascul ar/ Neumología. Corporación Sanitària del Parc Taulí (CSPT). Sabadell. Barcelona.

Palabras clave: Modelos de Enfermería. Atención de Enfermería. Filosofía en Enfermería.

Keywords: Nursing Models, Nursing Care, and Nursing Philosophy .

RESUMEN

La enfermería tiene una imagen estereotipada por la sociedad, la visión del paradigma de la categorización ha dominado la formación de las enfermeras, por lo que es interesante conocer qué piensan las enfermeras sobre la propia base de su disciplina a través del estudio de los elementos del metaparadigma enfermero y comparar si la especialidad del ámbito modifica nuestra perspectiva.

Objetivo: Analizar y comparar la perspectiva sobre los elementos del metaparadigma enfermero entre enfermeros del ámbito médico y del ámbito quirúrgico.

Método: Estudio comparativo, observacional, transversal. A través de cuestionario de elaboración propia entre abril-mayo 2006.

Resultados: 40 enfermeras del ámbito quirúrgico y 61 del ámbito médico. Edad 38 ± 9 en cirugía, $34,5\pm 9$ en medicina. Años experiencia laboral: 16 ± 11 y 12 ± 8 . Modelo de formación mayoritario Henderson. Se identifican mayoritariamente con definiciones de enfermería basada en Henderson, salud basada en Erickson, entorno basadas en Roy y Henderson y persona fundada en Travelbee.

Conclusiones: los ámbitos estudiados no modifican la perspectiva sobre los elementos del metaparadigma enfermero.

ABSTRACT

The nursing profession has an image stereotyped by society; the vision of the paradigm of the categorization dominating their training. That is the reason why it is interesting to know what the nurses think about their own discipline through the study of the elements of the nursing metaparadigm while comparing whether or not the specialty of the area modifies our perspective.

Objective: To analyze and compare the nurse perspective on the elements of the metaparadigm among surgical nurses and medical nurses.

Method: Comparative, observational, cross-sectional study. Using a questionnaire of our own elaboration between April - May, 2006.

Results: 40 nurses of the surgical area and 61 of the medical area. Age 38 ± 9 in surgery, $34,5\pm 9$ in medicine. Years of work experience: 16 ± 11 and 12 ± 8 . Henderson Model guided their training. For the most part, they identify themselves with nursing definitions based on Henderson, health based on Erickson, environment based on Roy and Henderson and person founded on Travelbee.

Conclusions: The nursing areas studied do not modify the perspective on the elements of the metaparadigm.

INTRODUCCIÓN

Nuestra disciplina, pese a basarse en un cuerpo de conocimientos propio, ha tenido una gran disociación entre la teoría y el desarrollo como profesión¹⁻³. Realmente escasean los centros donde la teoría es aplicada por diversos factores tanto extrínsecos como intrínsecos a la profesión^{2,4,5}.

Pese a que la enfermería tiene una imagen estereotipada por la sociedad⁶, la visión lineal del s. XX y unicausal del paradigma de la categorización ha dominado la formación de las enfermeras⁷, por lo que es interesante conocer qué piensan las enfermeras sobre la propia base de su disciplina. Es aquí cuando entra el debate sobre el metaparadigma enfermero. Filósofos como Khun establecen que se han de estudiar los paradigmas para ejercer la profesión y así conformar la base de la práctica profesional^{8,9}.

El metaparadigma enfermero, relevante para la práctica enfermera y para la persona cuidada¹⁰, es el nivel de conocimiento más abstracto de todos y describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina. Los principales conceptos son persona, entorno, salud y enfermería descritos en 1984 y presentes explícitamente o implícitamente en todos los modelos teóricos enfermeros¹¹⁻¹³.

Para poder analizar cada uno de los conceptos del metaparadigma, debemos primero conocer qué son y qué comprende cada uno de ellos.

Existen múltiples definiciones del concepto enfermería: "diagnostica y trata las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales" (ANA, 1995)¹. La Real Academia Española la define como "Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas". Definición poco laureada entre los colegios profesionales¹⁴. Según diferentes definiciones incluye atributos como la vocación y la autonomía¹⁵ y es considerada por algunas autoras como arte, ciencia, servicio y/o profesión^{12,16-19}. Sin embargo, este, como el resto de los elementos del metaparadigma, ha sido descrito de forma diferente según el momento histórico en 3 paradigmas: en la categorización, la enfermera es la que supe las incapacidades, tiene el conocimiento, y sus cuidados están ligados a la profesión médica. El cuidado es un arte y una ciencia. Por otro lado, cuando se analiza el momento de la integración, es consejera, ayuda a escoger los comportamientos de salud en función de las

necesidades no satisfechas de las personas. En la última fase, próxima a nuestro momento temporal, la transformación, la enfermera y la persona son partícipes de todo el proceso del cuidado¹⁶.

Respecto al concepto persona, es “todo miembro de la especie humana susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones, de existencia real, física o natural”²⁰. La Real Academia Española en su primera acepción lo describe como “Individuo de la especie humana”²¹.

La persona es el centro de la recepción del cuidado, e incluye clientes individuales, las familias y la comunidad. El cuidado ha de ser individualizado a sus necesidades¹. Su origen etimológico viene del latín persona-ae que hace referencia a la careta o máscara que utilizaban antiguamente actores griegos y posteriormente romanos en sus representaciones de teatro.

Cuando este análisis lo traducimos en los momentos descritos por K rouac, observamos que la persona ha sido vista de forma desigual segun la historia, en la categorizaci3n, la persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada una de ellas, reconocible e independiente. De esta forma se separan la dimensi3n biol3gica de la psicol3gica. En la integraci3n la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que est3n interrelacionadas, la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. La persona puede influenciar factores preponderantes de su salud. Por último, es considerada como un ser único, indisoluble de su universo, en relaci3n con su entorno exterior o interior en el paradigma de la integraci3n¹⁶.

En cuanto al concepto de salud es cambiante, diferente segun la cultura y una experiencia individual. Es el objetivo de los cuidados enfermeros. Existen diferentes acepciones del término segun sea quien lo defina. Una de las definiciones es “estado en que el ser org3nico ejerce normalmente todas sus funciones”²¹. La Asociaci3n Americana de Enfermería en 1995 la defini3 como “un estado dinámico del ser en el cual los potenciales de desarrollo y comportamientos del individuo se realizan hasta su m3xima extensi3n posible”¹.

En 1946 la OMS la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²². Aunque es una definici3n que no satisfizo a todos los colectivos²³.

Continuando con el análisis propuesto, en el período de la categorizaci3n, la salud es un equilibrio altamente deseable. Es percibida como algo positivo. Es sin3nimo de ausencia de enfermedad. En la integraci3n, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y est3n en interacci3n dinámica, es un ideal a conseguir y est3 influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud es menos satisfactoria cuando hay enfermedad. Sin embargo, en la transformaci3n est3 concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno, se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular¹⁶.

Por último, el concepto de entorno incluye “todas las condiciones posibles que afectan al cliente y la instituci3n en el cual se presta el cuidado sanitario”¹. Y ambiente, “lo que rodea”, segun la Real Academia Española de la Lengua (de en- y torno)²¹. Al igual que el resto de los conceptos expuestos, este entorno ha ido transformándose por lo que durante el paradigma de la categorizaci3n se contempla como los aspectos físicos (luz, aire, calor, limpieza...) que permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curaci3n y

hacia la prevención de la enfermedad. En el momento de la integración, este entorno es considerado de forma más amplia, incluyéndose diversos contextos (histórico, social, político....) en el que la persona vive, y su relación con la persona es cíclica (un entorno positivo generará entornos positivos en un futuro). Esta visión se amplía hacia un infinito (el universo) dentro de la visión de la transformación. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella, por lo que están en continuo cambio, mutuo y simultáneo.

No existe un común acuerdo de aceptar estos cuatro conceptos como el metaparadigma enfermero, algunas teóricas proponen que el término enfermería sea substituido por el de cuidado,^{11,16,24} por lo que, en ocasiones, el debate sobre el metaparadigma enfermero ha creado controversia¹⁰. Como profesionales de enfermería, nuestra percepción de los elementos del metaparadigma influye en las intervenciones que realizamos, en la forma en que cuidamos a las personas y en la forma en la que nos relacionamos con ellas en el entorno de los servicios de salud.

La identificación con las diferentes definiciones propuestas en los modelos teóricos viene determinada por múltiples factores, entre ellos podría ser la formación recibida. En nuestro contexto se adopta mayoritariamente el modelo de Virginia Henderson para la enseñanza pregrado, quizá porque es una teórica humanista¹⁹ y guía en gran porcentaje los planes de cuidados publicados por profesionales en diferentes ámbitos de atención enfermera^{25,26}. Por contra, las autoras creemos que pese a la formación previa, existen múltiples variables que inducen a elegir definiciones de conceptos de otras autoras distintas a las que guían la formación. Una de las variables que podría influir es la práctica profesional, es por ello que se planteó realizar un estudio entre dos ámbitos hospitalarios para poder demostrar que la experiencia puede modificar la perspectiva profesional sobre los elementos del metaparadigma.

OBJETIVOS

Analizar y comparar la perspectiva sobre los elementos del metaparadigma enfermero entre enfermeros del ámbito médico y del ámbito quirúrgico.

Hipótesis: La perspectiva entre los profesionales del ámbito de cirugía será diferente a la perspectiva de las enfermeras del ámbito de medicina interna.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, comparativo. Se solicitaron los permisos de Dirección de Enfermería y Comité de Ética de Investigación Científica de nuestro centro.

La variable principal está formada por los conceptos persona, salud, entorno y enfermería como elementos del metaparadigma enfermero.

Como variables secundarias se recogieron datos sociodemográficos, de formación y vida laboral

La muestra está formada por los profesionales que estaban en activo en la Corporación Parc Taulí (CPT) en el momento de la recogida de los datos y quisieron participar de forma voluntaria. Muestreo de conveniencia no aleatorio.

Los criterios de inclusión fueron ser Diplomado o ATS y llevar más de 6 meses trabajando en el centro.

Las profesionales del ámbito de cirugía desarrollaban su labor en unidades de hospitalización (de cirugía general, traumatología, digestivo, vascular, torácica,...) quirófano y sala de despertar o reanimación. Las enfermeras del ámbito médico desempeñaban su práctica en unidades de hospitalización (de Infecciosos, Neumología, Oncología, Nefrología, Digestivo, Neurología, Cardiología y Hepatología) y unidad de diálisis.

Los resultados que aquí se exponen forman parte de un estudio mayor realizado en nuestro centro titulado: Aplicabilidad de modelos y teorías de enfermería en la realidad asistencial.

Para la recogida de datos el equipo investigador elaboró un cuestionario que fue revisado por el departamento de epidemiología del centro y del que se realizó una prueba piloto para valorar su comprensión.

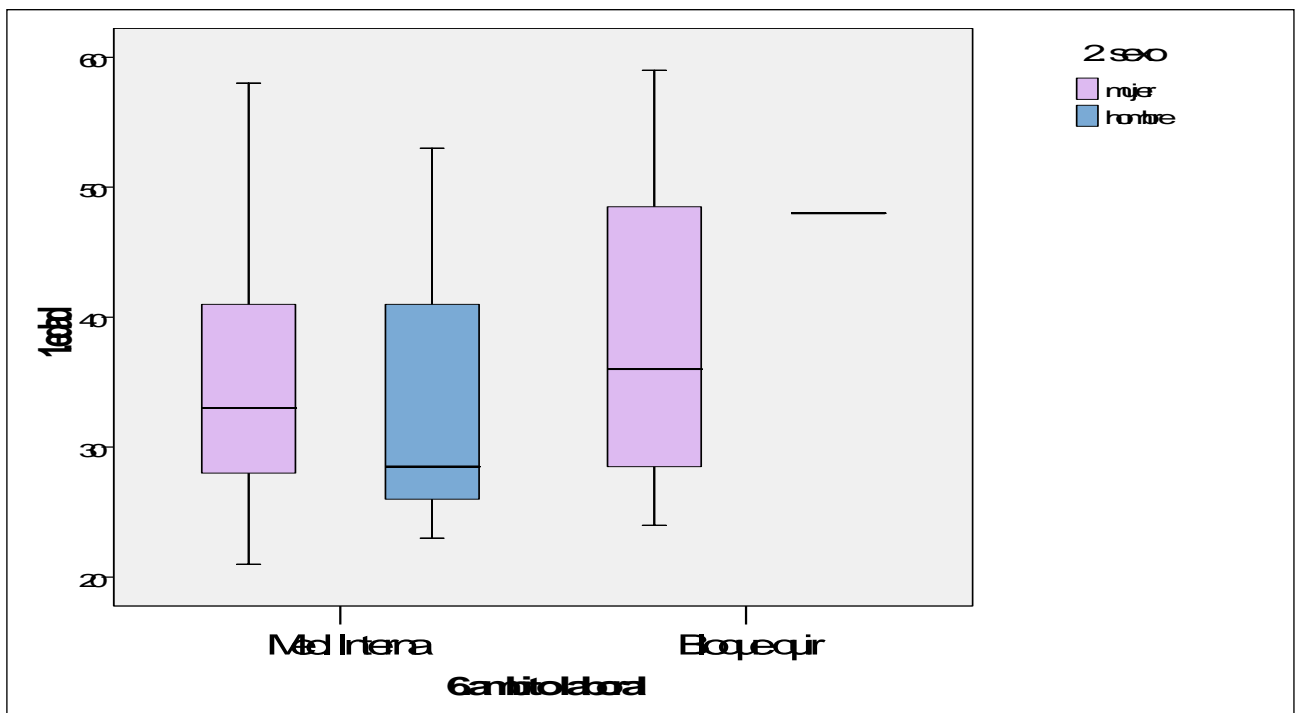
Fue distribuido en mano durante el mes de abril-mayo de 2006 y recogido asegurando el anonimato a través de urna.

Constaba de 4 preguntas de las cuales se presentan resultados que recogían diversos fragmentos de las definiciones de los elementos del metaparadigma obtenidos de manuales que integraban a las diferentes autoras. Debían marcar con cuál de los enunciados propuestos de los 4 conceptos del metaparadigma se identificaban, sin que apareciera el autor de cada una de las definiciones, marcando un máximo de 3 definiciones.

Además existía una pregunta en la que debían identificar la enfermería entre trabajo, profesión, arte o vocación. Y una pregunta en la que debían identificar con qué identificaban al individuo.

Se realizó la descripción de todas las variables incluidas, expresando resultados de las variables cuantitativas en forma de media, desviación típica (máxima y mínima), y en forma de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. El comparativo se realizó usando la chi-cuadrado de Pearson o la corrección lineal de Yates cuando la distribución muestral así lo requería. A través del uso del paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se usó la t de Student para comparación de medias.

Gráfico 1.



RESULTADOS

Fueron invitados a participar un total de 190 profesionales de los cuales 108 del ámbito de cirugía, de los que respondieron 40, por lo que el índice de participación fue del 37% y 82 cuestionarios en medicina interna, recogidos 61 con un índice de respuesta del 73%.

Los profesionales del ámbito de cirugía son mayores, con una media de edad de $38,45 \pm 10,6$ (con un rango de 24 a 59 años) frente a $34,51 \pm 8,65$ (con rango de 21 a 58 años) del ámbito de Medicina. En ninguno de los casos la diferencia entre las medias fue estadísticamente significativa (t de Student con p valor $>0,05$).

El 2,5% de los profesionales del ámbito de cirugía son hombres, una proporción inferior a los profesionales de Medicina 9,8%, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($p > 0,05$).

La experiencia laboral es mayor en el ámbito de cirugía, siendo de $15,85 \pm 10,95$ frente a $11,9 \pm 8,32$. (t student con p valor $>0,05$)

El 32,5% de las enfermeras del ámbito de cirugía fueron formadas como ATS frente al 6,6% de las de medicina siendo esta diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado con valor $p < 0,05$). El modelo que guió la formación de forma mayoritaria en ambos grupos Henderson en ambos grupos pero en diferentes proporciones: 67,5% entre los profesionales del ámbito de cirugía, 77% de los profesionales de Medicina (chi-cuadrado con valor $p > 0,05$).

Un 25% de los profesionales del ámbito de cirugía indicó que no siguió modelo enfermero en su formación respecto al 6,6% de los de medicina.

Las enfermeras del ámbito de cirugía indican en mayor proporción tener formación en modelos y teorías enfermeras (30% versus 11,5%) siendo la diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado con valor $p < 0,05$).

En cuanto al metaparadigma:

En la elección de las definiciones de enfermería (ver **tabla 1**) ambos grupos optaron mayoritariamente por la definición basada en Henderson. Aunque sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la selección fundada en Orem elegida en mayor porcentaje por los profesionales del ámbito de cirugía 22,5% frente al 6,6% de los profesionales de Medicina ($p < 0,05$).

Tabla 1: Identificación con el concepto enfermería

VARIABLE de enfermería (me identifico con...)	% cirugía	% medicina	Valor	g	Sig. asintótica (bilateral) Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral) Corrección por continuidad de Yates
Definición de enfermería basada en Nightingale	10	4,9	,967(b)	1	,325	
Definición de enfermería basada en Henderson	80	78,7	,025(b)	1	,874	
Definición de enfermería basada en Orem	22,5	6,6	5,475(b)	1	,019	
Definición de enfermería basada en Peplau	7,5	6,6	,000	1		1,000
Definición de enfermería basada en King	7,5	3,3	,238	1		,626
Definición de enfermería basada en Rogers	10	8,2	,000	1		1,000
Definición de enfermería basada en Roy	2,5	1,6	,000	1		1,000
Definición de enfermería basada en Orlando	12,5	1,6	3,341	1		,068
Definición de enfermería basada en Leininger	52,7	52,5	3,341	1	,068	
Definición de enfermería basada en Erickson	12,5	18	,555	1	,456	
Ninguna definición de enfermería	2,5	4,9	,008	1		,930

Cuando se cuestiona qué creen que es enfermería, tras dicotomizar la variable, para poder ser comparadas cada una de las elecciones con las opciones no escogidas, ambos grupos coinciden mayoritariamente en que es una profesión, aunque lo creen en mayor porcentaje los profesionales del ámbito de cirugía (90% frente al 72,1%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Opciones como arte y vocación fueron más escogidas por los profesionales de medicina sin hallarse diferencias significativas.

Tabla 2: Enfermería es principalmente...

VARIABLE	% cirugía	% medicina	Valor	g	Sig. asintótica (bilateral) Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral) Corrección por continuidad de Yates
Enfermería es principalmente una...						
Profesión	90	72,1	4,684(b)	1	,030	
Trabajo	2,5	0	,046	1		,831
Arte	2,5	13,1	2,173	1		,140
Vocación	5	13,1	,990	1		,320

La identificación con cada uno de los enunciados de salud (ver **tabla 3**) fue similar entre los dos grupos, siendo el más elegido el basado en Erickson. Nightingale elegida en elevado porcentaje por los profesionales del ámbito de cirugía 57,5% frente al 39,3% entre los profesionales de medicina ($p < 0,05$) al igual que Henderson más escogida por este último grupo aunque no se evidenciaron diferencias significativas en los porcentajes de elección de ninguno de los enunciados entre ambos grupos.

Tabla 3: Identificación con el concepto salud

VARIABLE	% cirugía	% medicina	Valor	g	Sig. asintótica (bilateral) Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral) Corrección por continuidad de Yates
Concepto de salud (me identifico con...)						
Definición de salud basado en Nightingale	57,5	39,3	3,201	1	,074	
Definición de salud basado en Henderson	17,5	26,2	1,047(b)	1	,306	
Definición de salud basado en Benner	0	3,3	,182	1		,670
Definición de salud basado en Orem	5	1,6	,140	1		,709
Definición de salud basado en Peplau	0	0	--	-	--	--
Definición de salud basado en King	2,5	4,9	,008	1		,930
Definición de salud basado en Rogers	5	0	1,069	1		,301

Definición de salud basado en Roy	2,5	1,6	,000	1		1,000
Definición de salud basado en Levine	2,5	1,6	,000	1		1,000
Definición de salud basado en Leininger	21,3	17,5	,221	1	,638	
Definición de salud basado en Travelbee	10	14,8	,487	1	,485	
Definición de salud basado en Erickson	75	78,7	,187(b)	1	,666	
Ninguna definición de salud	0	1,6	,000	1		1,000

Tras analizar el concepto de entorno (ver **tabla 4**) fueron las definiciones más escogidas las basadas en Henderson y Leininger, pese a que esta segunda elección fue en elevado porcentaje por las enfermeras del ámbito de cirugía no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con ninguno de los enunciados.

Tabla 4: Identificación con el concepto entorno

VARIABLE Concepto de entorno (me identifico con...)	% cirugía	% medicina	Valor	g l	Sig. asintótica (bilateral) Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral) Corrección por continuidad de Yates
Definición de entorno basado en Nightingale	22,5	18	,304(b)	1	,582	
Definición de entorno basado en Henderson	55	60,7	,318(b)	1	,573	
Definición de entorno basado en Orem	2,5	4,9	,008	1		,930
Definición de entorno basado en Peplau	0	4,9	,680	1		,410
Definición de entorno basado en Kolcaba	12,5	13,1	,008(b)	1	,928	
Definición de entorno basado en Rogers	0	1,6	,000	1		1,000
Definición de entorno basado en Roy	50	49,2	,006(b)	1	,936	
Definición de entorno basado en Levine	10	13,1	,025	1		,874
Definición de entorno basado en Leininger	45	27,9	3,131(b)	1	,077	
Ningun definición de entorno	0	0	--	- -	--	--

En la elección de los enunciados de persona no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre profesionales de Medicina y profesionales del ámbito de cirugía, identificándose mayormente los profesionales del ámbito de medicina con el enunciado basado en Roy (62,3%) y con el apoyado en Travelbee el 57,5% de los profesionales del ámbito de cirugía. (**Tabla 5**)

Tabla 5: Identificación con el concepto persona

VARIABLE	% cirugía	% medicina	Valor	g	Sig. asintótica (bilateral) Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral) Corrección por continuidad de Yates
Definición de persona basada en Nightingale	32,5	26,2	,464(b)	1	,496	
Definición de persona basada en Henderson	25	16,4	1,127(b)	1	,288	
Definición de persona basada en Benner	2,5	3,3	,000	1		1,000
Definición de persona basada en Orlando	7,5	3,3	,238	1		,626
Definición de persona basada en Peplau	0	1,6	,000	1		1,000
Definición de persona basada en King	5	6,6	,000	1		1,000
Definición de persona basada en Rogers	12,5	4,9	1,006	1		,316
Definición de persona basada en Roy	47,5	62,3	2,151(b)	1	,142	
Definición de persona basada en Wiedenbach	0	0	--	-	--	--
Definición de persona basada en Johnson	2,5	4,9	,008	1		,930
Definición de persona basada en Travelbee	57,5	45,9	1,300(b)	1	,254	
Ninguna definición de persona	0	0	--	-	--	--

Para el análisis del concepto de individuo (ver **tabla 6**), se dicotomizó la variable, siendo comparada cada una de las elecciones con las opciones no escogidas dando como resultado que en los dos grupos se escogió como primera opción la de "holístico", siendo marcada en mayor proporción por los profesionales de medicina (83,6% versus 67,5) pero en ninguna de las elecciones se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6: Concepción del individuo

VARIABLE Tu concepto de individuo es...	% cirugía	% medicina	Valor	g l	Sig. asintótica (bilateral) Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral) Corrección por continuidad de Yates
Ser holístico	67,5	83,6	3,564(b)	1	,059	
Ser unitario	12,5	8,2	,135	1	,713	
Sistema estable	10	1,6	2,032	1		,154
Ser independiente	5	4,9	,000	1		1,000
Autocuidado	5	0	1,069	1		,301

DISCUSIÓN

El índice de respuesta es diferente en ambos grupos estudiados debido a que los profesionales de medicina eran compañeros de unidad por lo que pudo influir el compañerismo, sin embargo una de las colaboradoras en la investigación pertenecía al ámbito quirúrgico y la participación no fue tan elevada, quizás porque influyeron otros aspectos como el interés sobre el tema tratado.

El porcentaje de hombres es inferior en los profesionales del ámbito de cirugía, los profesionales de medicina son más jóvenes y esto ha podido influir en que muchos de ellos todavía no se hallan decantado por otros ámbitos no hospitalarios tal y como refiere la bibliografía²⁷. Además cabe destacar que se incluyó el servicio de Nefrología (Hemodiálisis) una unidad especializada por la que se podría decantar el sexo masculino. O podría ser simplemente que la participación de los profesionales masculinos del ámbito de cirugía respondiera en menor número.

Desconocemos si el porcentaje habitual de hombres en estas unidades es similar a lo hallado en la muestra, ya que no se dispone de tal información en el centro de estudio.

Los profesionales del ámbito quirúrgico indican mayor formación en modelos y teorías enfermeras, seguramente porque también son los de mayor edad y por lo tanto con mayor experiencia profesional por lo que han tenido más tiempo para emplear en su formación complementaria.

Henderson fue la autora más utilizada en la formación de ambos grupos, y fue la elegida en mayor proporción entre los enunciados de enfermería y entorno propuestos; podríamos concluir que la formación básica influye en tal elección, sin embargo no ocurre con el resto de los elementos del metaparadigma. La elección de Leininger fue también aceptada, por lo que podemos decir que por la identificación entre estas autoras ambos grupos de estudio comparten la visión de dos momentos históricos diferentes pero que se simultanean en el tiempo tal y como recoge la literatura¹⁶.

Ambos grupos identifican enfermería con profesión; en el ámbito quirúrgico tienen clara esta conceptualización, ya que se elige en un porcentaje más elevado quizás porque también tienen mayor formación sobre modelos y teorías que es la base profesional de

nuestra disciplina, porque es el cuerpo de conocimientos propio el que nos diferencia de otras profesiones.

Estos porcentajes son similares a los hallados en otros ámbitos estudiados^{28,29}. Atributos como arte o vocación son menos valorados por ambos grupos, no obstante en las enfermeras médicas el porcentaje es discretamente más elevado. Existen autoras que defienden que se han de separar estos valores de la enfermería como profesión, sin embargo actualmente la vocación es una de las principales razones para la elección de esta carrera profesional³⁰. La idea de disciplina específica supone asumir principios, conceptos y estructuras teóricas que fundamentan el ejercicio de una profesión¹⁵, quizás aparecen estos discretos porcentajes de elección en las enfermeras médicas debido a ser el grupo que menos tiempo hace que acabaron su formación.

Destacar que el grupo quirúrgico elige en elevado porcentaje la definición de enfermería basada en Orem, definición que engloba el conocimiento propio como disciplina, pero que sin embargo también incluye el concepto “servicio”, término no siempre usado en su aspecto positivo y que podría no ser compartido por enfermeros de otros ámbitos. Si nos basamos en la definición textual del término, la Real Academia Española²¹ recoge dos enunciados interesantes, en su segunda acepción apela al servicio como “Conjunto de criados o sirvientes” y en su 5ª acepción como “mérito que se adquiere sirviendo al Estado o a otra entidad o persona”. La definición de Orem propuesta se definía como “Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona relacionadas con la salud”. En un principio cabría pensar que la acepción de “servicio” podría ir más ligada a las enfermeras que desarrollan su labor en quirófano, ya que existe elevada carga laboral relacionada con la técnica, sin embargo esta relación podría desaparecer cuando el término servicio va asociado al término “humano”.

En cuanto a la elección de salud, ambos grupos se identifican con las mismas definiciones. Mayoritariamente con Erickson, su definición es la propia de la OMS de 1946, pese a que tal y como hemos dicho tiene muchos detractores por la subjetividad que conlleva²³, no es el caso en los profesionales de enfermería aquí estudiados, podría ser que necesitaran mayor reflexión en el tema. Destacar el elevado porcentaje de elección entre los profesionales del ámbito de cirugía de la definición basada en Nightingale (aunque no se hallaron diferencias significativas entre ambos porcentajes), estos profesionales son mayores, un 22,5% formados como ATS y un 25% indicaron no seguir un modelo en su formación y por lo tanto podrían estar condicionados por su formación básica bajo el anterior modelo biomédico del cual se insertaron valores propios de obediencia, subordinación propios de esta formación⁶.

Sin embargo, quedaría por explicar el otro 20% de estos profesionales que se identificaron con esta teórica. La definición incluye términos de colaboración y facilitación pero no pone énfasis en los elementos de autonomía como valor propio de la disciplina en nuestro momento actual, quizás es debido a que el centro de trabajo no dispone de metodología enfermera ni modelo teórico que guíe la práctica y por lo tanto se traduzca en que parte de los profesionales simplifiquen su perspectiva a la asunción y colaboración en las órdenes médicas. Además según la bibliografía consultada existen autores que indican que parte de las enfermeras están de acuerdo con este rol¹⁸.

Las definiciones de Henderson y Roy fueron las más elegidas entre los dos grupos para el concepto entorno, ambos enunciados propuestos son similares. Destacar el gran porcentaje de elección de la definición fundamentada en Leininger; aquí como en enfermería vuelve a despuntar una doble visión histórica del paradigma.

Curiosamente el porcentaje es bastante más elevado en el grupo de enfermeras del ámbito de cirugía quizás por el hecho de que tienen mayor experiencia laboral y por lo tanto puedan incluir valores más abstractos como el término “cultural”. Sin embargo, y pese a existir gran diferencia entre los porcentajes de elección, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Se identifican con similares conceptos de la persona, quizás es por ello que la identificación con la concepción holística del individuo sea similar.

La definición de Travelbee fue la más escogida por las enfermeras de las unidades quirúrgicas, las enfermeras del ámbito médico se decantaron por Roy. Ambas definiciones incluyen el concepto “cambiante” pero de forma diferente. Para la definición de Roy lo que cambia es el medio ambiente y para Travelbee es la persona la que cambia. Quizás es debido a que el inconsciente de las enfermeras quirúrgicas las lleve a pensar en el cambio que se produce en el paciente tras el procedimiento quirúrgico, está claro que después del procedimiento aparecen cambios en la persona aunque solos sean temporales. Sin embargo la enfermera médica se decanta más por la experiencia del individuo en relación a su hospitalización, ya que el cambio en la persona puede no existir o no ser tan certero. Sin embargo no se hallaron diferencias de elección entre ambos grupos.

Al subrayar la alta concepción del individuo como holístico en los profesionales de medicina, las enfermeras del ámbito de cirugía, pese a que también muestran sus mayores porcentajes de elección en este concepto, se decantan también por la definición de ser unitario. Quizás porque el proceso quirúrgico en nuestro ámbito es un procedimiento más delimitado que cualquier patología médica, aunque no debemos olvidar que nuestros usuarios cada día presentan mayor índice de patologías y una mayor longevidad lo que requiere una atención global a todos los factores que forman parte de la persona independientemente del ámbito en el que es atendida.

A *vox populi* se dice que ambos ámbitos son diferentes, por diferentes formas de trabajar, por el carácter de las enfermeras que trabajan en estas unidades, por el tipo de procedimientos que en ellas se realizan... Sin embargo, nuestro análisis encuentra algunas diferencias, pero pocas que realmente sean significativas. Quizás sea este el motivo por el cual la especialidad enfermera medico-quirúrgica sea ese “cajón de sastre” donde se ha agrupado a los profesionales de ambos grupos. En los ámbitos estudiados de nuestro contexto no se cumple la hipótesis inicial planteada.

CONCLUSIONES

1. El uso de un modelo o teoría concreta en la formación no siempre condiciona a identificarse con los conceptos del metaparadigma de la autora estudiada.
2. El ámbito de trabajo de los profesionales no modifica la perspectiva enfermera, quizás esta perspectiva podría estar modificada por otras variables como la edad, experiencia profesional, etc.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a todas las enfermeras que participaron en el estudio por el tiempo que nos dedicaron y al importante soporte de la dirección de enfermería de la CSPT, ya que sin su colaboración no habría sido posible el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermería. Fundamentos teóricos de la práctica enfermera. Vol. 1. Madrid: Hartcourt - Mosby, 2002.
- 2- Goulet C, Lauzan S, Richard N. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. *Enferm Clin.* 2003;13(1):48-52.
- 3- Zabalegui A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. *Enferm Clin.* 2000;10(6):263-266.
- 4- Maben J, Latter S, Macleod J. The theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *J Adv Nurs.*2006;55(4):465-77.
- 5- Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). *Rev Enferm.*2002;25(4):252-256.
- 6- Almansa P. La formación enfermera desde la sección femenina. *Enfermería Global* [serie en internet]. Nov 2005 [acceso 15 jul 2008]; 7:[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/484/468>
- 7- Gutierrez MI. Medio ambiente y disciplina enfermera. *Metas de Enfermería* 2002; 5 (49): 55-58.
- 8- Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
- 9- López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Mañé N, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clin.*2006;16(4):214-217.
- 10-Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Reimer S. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *J Adv Nurs.*1998;27:1256-1268.
- 11-Fawcett J. The methaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image.*1984;16(3):84-87.
- 12-Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 5ª ed. Madrid: Mosby; 2003.
- 13-Flaskerud JH, Halloran EJ. Areas of agreement in nursing Theory development. *Adv Nurs Sci.*1980;3(1):1-7.
- 14-Brito P. El camino hacia la identidad enfermera. *Metas de Enfermería.*2007; 10(2):51-54.
- 15-López J. Reflexiones en torno a la idea de vocación como atributo de la enfermería. *Enferm Clin.*2000;10(5):181-184.
- 16-Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.
- 17-López MA. El arte de la enfermería. *Enferm Clin.*2000;10(5):232.
- 18-López J. Propuestas para el desarrollo profesional (I). *Enferm Clin.*2000;10(3):114 - 118.
- 19-Escuredo B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enferm Clin.*2003;13(3):164-170.
- 20-Romero JM. Lógica y ontología en la epistemología de Mauricio Beuchot. Volumen XL. Barcelona: Espíritu; 1991.

- 21-Real Academia de la Lengua Española. [Homepage en Internet]. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. [Acceso Enero de 2008]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drael/>
- 22-Nutbeam, D. Health Promotion Glossary (original Health Promotion Glossary). In: Health Promotion Journal 1.1, 113-127,1986.
- 23-Isla P. ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. Enfermería Clínica 2004; 14(3):152-6.
- 24-Leininger M. N806 Qualitative research methods class notes. Unpublished. Wayne State University; 1990.
- 25-Campo MA, Oriach MR, Viladot A, Espinalt A, Fernández C. Servicio de cuidados enfermeros según modelo conceptual de Virginia Henderson. Implantación, resultados y costes. Metas Enfermería.1999;2(13):8-14.
- 26-Rodríguez A M, Ferrer MA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Enferm Clin.2002;12(6):253-259.
- 27-Melero E, Velasco D, García I, Vico BJ, Sánchez AJ. Diferencias de sexo entre puesto base y superior de enfermería en hospitales públicos de Granada. Libro de ponencias del XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Instituto de Salud Carlos III-Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación de Enfermería (INVESTEN-ISCIII). Madrid, 2007. ISBN: 13 978-84-690-90251. [Acceso 1 de abril 2005]; [aprox. 3 p.]. Disponible en: www.isciii.es/investen/
- 28-Santos S, López M, Varez S, Abril D. Concepto de Enfermería, mirada profesional del metaparadigma. Temperamentvm [serie en Internet]. Jul 2008 [acceso 2 agosto 2008];7:[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn7/t6682.php>
- 29-Santos S, López M, Varez S, Abril D. Aplicabilidad de modelos y teorías de Enfermería en la realidad asistencial: perspectiva profesional. Resultados primera fase. Metas de Enfermería.2008;11(6):50-57.
- 30- Consejo General de Enfermería Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 Macro-estudio base. Madrid, 1998.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia