

2019

Paradigma enfermero predominante, adhesión de los enfermeros según su antigüedad laboral en unidad de cuidados intensivos.

Di Donatis, Valeria

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/162>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
TALLER DE TRABAJO FINAL
DOCENTE: LIC. BARG, MÓNICA.**

**PARADIGMA ENFERMERO PREDOMINANTE, ADHESIÓN DE LOS
ENFERMEROS SEGÚN SU ANTIGÜEDAD LABORAL EN UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS.**

**AUTORAS: ENF. DI DONATIS, VALERIA
ENF. MORAN, ANDREA.**

2019

ÍNDICE

I.	Introducción	página 3
	Objetivo general y específicos.....	página 4
II.	Marco Teórico.....	páginas 5-23
	Hipótesis, variables, esquema de variables.....	páginas 24-28
III.	Diseño Metodológico.....	páginas 29-30
IV.	Presentación y tratamiento de los datos.....	páginas 31-34
V.	Conclusiones.....	páginas 35-36
	Bibliografía.....	páginas 37-38
	Anexos.....	páginas 39-53

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Caracterización y delimitación del problema:

En el siguiente trabajo se intentará encontrar respuesta a la pregunta que nos hemos realizado con el fin de obtener conocimiento acerca de si ¿existe un paradigma predominante en la representación mental de los enfermeros y si tiene relación con la antigüedad laboral en el sector de unidad de cuidados intensivos?

Se formularán los interrogantes, a fin de esclarecer tal cuestión, a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de una Institución Privada de nuestra ciudad. Para adaptar los paradigmas de la ciencia a la ciencia enfermera, las distintas teóricas enfermeras, han consensuado establecer su modelo de cuidado atendiendo cuatro metaparadigmas (cuidado, ser humano, salud y entorno), los que se utilizaron como sensores para resolver nuestro problema de investigación. Se desea conocer si existe un paradigma predominante en la representación mental de los enfermeros (estudiado a través de sus metaparadigmas) dentro del colectivo que presta sus servicios en el ámbito privado de dicha institución y si esto tiene relación con la antigüedad laboral en el sector.

A tales efectos se indagará mediante la formulación de un cuestionario cerrado a los enfermeros profesionales y licenciados en enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.), que cuenten con no menos de tres años de antigüedad en el servicio de dicha institución, quedando excluidos del mismo auxiliares de enfermería y profesionales que no encuadren dentro de las condiciones establecidas previamente.

2. Formulación del problema:

¿Cuál es la relación entre el paradigma al que adhieren en la representación mental y los años de antigüedad en la Unidad de Cuidados Intensivos que tengan los enfermeros de más de tres años de recibidos y no menos de tres años de antigüedad en dicho sector de una institución privada de la ciudad de Mar del Plata, año 2019?

3. Justificación del problema:

Se ha elegido esta problemática a investigar, ya que si bien se sabe de las distintas teorías de la ciencia enfermera a través de sus teóricas, poco se ha trabajado sobre el impacto de estas y los distintos paradigmas en la representación mental del colectivo enfermero.

Ha generado interés poder determinar cuál es la representación mental del paradigma enfermero del profesional que una vez insertado en el ámbito laboral, ejerce en la práctica diaria.

Se espera obtener mayor conocimiento sobre su adhesión a un paradigma u otro en su representación mental. Esto, como todo nuevo conocimiento, genera un aporte a la ciencia enfermera. ¿Generará nuevas teorías?

4. Formulación de objetivos:

Generales:

- Establecer qué paradigma predomina en los enfermeros según la representación mental.
- Determinar la relación entre la antigüedad y el predominio del paradigma en la representación mental del enfermero.

Específicos:

- Identificar cuál es la representación del paradigma al que adhiere cada enfermero en relación al metaparadigma del cuidado.
- Determinar cuál es la representación del paradigma al que adhiere cada enfermero en relación al metaparadigma del entorno.
- Establecer cuál es la representación del paradigma al que adhiere cada enfermero en relación al metaparadigma de la salud.
- Determinar cuál es la representación del paradigma al que adhiere cada enfermero en relación al metaparadigma del ser humano - persona.
- Determinar cuál es la antigüedad con la que cuentan los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de una institución privada de la ciudad.
- Conocer cuál es la relación entre los años de antigüedad laboral y el paradigma al que adhieren según la representación mental de los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1. Desarrollo.

Luego de abordar una variedad bibliográfica, a fin de sustentar el problema planteado, se determina comenzar por lo primordial, que sería establecer mediante las definiciones conceptuales o palabras claves: ciencia, paradigmas, metaparadigmas, enfermería, modelos y representación mental a través de la óptica diversa de los distintos pensadores.

Kuhn¹, sostiene que “la ciencia es un producto fruto de la combinación de la historia y la sociedad”, descubrió que la ciencia es fundamentalmente un producto histórico, de ahí que la palabra revolución. Identifica a lo social como el otro gran componente de la ciencia, y a partir de ella “deriva el concepto de paradigma: el cual está constituido por supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una comunidad científica. Trabajar dentro de un paradigma implica poner en práctica lo que se llama ciencia normal, que es la que articula y desarrolla el paradigma. En este desarrollo, surgirán problemas, fenómenos que no quedan explicados por el paradigma. Si estas dificultades se consolidan, pueden llevarse a la crisis que se puede resolver solo desde un nuevo paradigma. Cuando este nuevo paradigma rompe radicalmente con el anterior, se produce una nueva revolución científica”.

Para introducir al tema, objeto de nuestra investigación, se cree pertinente definir algunos conceptos a tratar, como por ejemplo: paradigmas, que según Polit² “es una visión del mundo, una perspectiva general de las complejidades del mundo real. Los paradigmas de las pesquisas humanas a menudo van en función de la manera que responden a los interrogantes filosóficos básicos”.

1 <https://cuneos-cuanticos.com/2013/07/21/los-paradigmas-y-las-revoluciones-cientificas-hoy-va-de-Kuhn>. 04/11/2015

2 Polit, Denise “Investigación científica en ciencias de la salud”, 6ta edición, Ed. McGraw - Hill, Pág. 10, Méjico 2002.

“El paradigma es la orientación general de una disciplina, el modo de orientarse y mirar aquello que la propia disciplina ha definido como contenido temático sustantivo”³. Para nuestra ciencia las teóricas establecen los paradigmas de Categorización (centrado en la enfermedad y en la salud pública), cuya principal representante: Florence Nightingale, Integración (figuras representativas: H. Peplau, D. Orem) y Transformación (se destacan: R. Parse, M. Rogers, M. Newman y J. Watson).

De la misma manera se procederá a definir metaparadigmas, los cuales son “conceptos globales, comunes a la mayoría de los modelos de una disciplina”⁴. Ejemplo para la ciencia enfermera los metaparadigmas son: entorno, persona, salud y cuidado.

Se sabe que Enfermería como Ciencia, en sus comienzos, carecía de paradigmas propios, adhería a los paradigmas del desarrollo de la ciencia, pero si establece una serie de metaparadigmas para su aplicación dentro de la ciencia enfermera. Entre sus pensadores encontramos a su principal referente: Thomas Kuhn (filósofo) seguido por otros como el físico austríaco Fritjof Capra, con su teoría sobre el paradigma de la complejidad, creando una nueva visión sobre el universo y Edgar Morin quien realizó sus aportes al mismo movimiento.

En evolución cronológica, los paradigmas, van desde el paradigma Positivista o de Categorización (establece grupos, categorías o clases como componentes aislados), Integración o Funcionalista (prolongación del anterior), Transformación o Crítico, hasta llegar al paradigma tendiente al de la Complejidad o Ecológico.

Cada metaparadigma tiene una concepción especial y particular de acuerdo al paradigma al que pertenece y seguidores, adherentes o representantes de nuestra ciencia a cada uno de ellos.

3 Sautu, Ruth “Todo es teoría, objetivos y métodos de investigación” Cap. II El diseño de una investigación. Ed. Lumiere. Edición 2005 Buenos Aires, pág. 24.

4 Roper, N., Logan, W., Tierney, A. “Modelos de enfermería, basado en el modelo de vida” Cap. II Modelos de enfermería, Ed. Interamericana McGraw - Hill, Edición 3 México 1993 Pág. 10.

El paradigma de la Categorización (corresponde a la corriente de pensamiento Positivista)¹ comienza a desarrollarse a fines del siglo XIX principios del siglo XX, conceptualiza que los “fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables”⁵.

Este paradigma presenta dos orientaciones una centrada en la salud pública y la otra hacia la enfermedad.

En la orientación centrada en la salud pública (siglo XVIII y XIX) la concepción del cuidado está relacionado a los factores del entorno (aire fresco, agua pura, etc.) que permite actuar a la naturaleza y así la persona pueda recuperar la salud. Los cuidados los impartían las “enfermeras motivadas espiritualmente y humanitariamente de acuerdo con la concepción de la época”⁶.

La persona posee capacidades para restablecer su salud.

La salud no es solo ausencia de enfermedad, sino también saber utilizar las capacidades otorgadas por la naturaleza.

El entorno comprenden los elementos externos a la persona el cual sirve para recuperar la salud y como para prevenir la enfermedad.

Representantes de la enfermería dentro de este paradigma: Florence Nightingale.

Según Nightingale “Los Cuidados Enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas” (Nightingale, 1859-1969).

5 Kerouac S., “El pensamiento enfermero” Capítulo I Grandes corrientes del pensamiento. Ed. Masson S.A. España 1996. Pág 2.

6 Ibid

¹ El positivismo es un pensamiento filosófico que afirma que el único conocimiento auténtico es el científico y que tal conocimiento solo puede surgir de la afirmación de las teorías a través del método científico

En la orientación centrada en la enfermedad tiene prioridad erradicar las enfermedades transmisibles (infectocontagiosas). Siglo XIX, dicha orientación está unida a la práctica médica.

El cuidado lo ofrece la persona capacitada, enfermera experta, dotada de conocimientos y habilidades.

La persona es un todo formado por la suma de sus partes independientes entre sí, no participa de su cuidado.

La salud es un estado deseable, es la ausencia de la enfermedad.

El entorno puede ser controlado por la persona, ya que es independiente de ella, libre de ser manipulado.

Principales referentes de la enfermería que se incluyen en este paradigma: Florence Nightingale, por su interés del control del ambiente y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud, así lo demuestra en sus escritos.

Henderson y Hall suponen una transición entre los paradigmas para dar paso al de la Integración, se comienza a ver a la persona en su integridad, en relación con el entorno.

En el paradigma de la Integración (corresponde a la corriente de pensamiento funcionalista)² el cual es una prolongación del anterior ya que integra el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

Se sitúa entre 1950 y 1975 orientándose a la persona.

El cuidado se orienta al mantenimiento de la salud en sus tres aspectos: física, mental y espiritual.

La persona tiene la concepción de un todo formado por la suma de sus partes pero están interrelacionadas. Persona ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.

La salud y la enfermedad son dos entidades que están en interacción dinámica.

² El funcionalismo, desde la psicología plantea el estudio de la mente a partir de las funciones que cada individuo desarrollaba. En este se estudió, sobretodo nuestra interacción con el medio, las conductas que tenemos y los efectos que las mismas causan en nuestro entorno.

El entorno está “constituido por diversos contextos”⁷. Los cuales afectan a la persona en forma de estímulos negativos o positivos y generan que esta tenga que adaptarse.

Principales teóricas de la enfermería: Hildegard Peplau, Dorothea Orem, y otras.

Se puede decir que en este paradigma se reconoce la diferenciación de la disciplina enfermera de la disciplina médica. Esta diferencia está marcada por una evolución en el concepto que progresivamente lleva al holismo, aún en la disciplina medica se trabaja sobre el “órgano” y no orientado hacia la persona sino hacia su enfermedad (concepto biólogo-positivista).

El Paradigma de la Transformación (corresponde a la corriente de pensamiento Crítico)³ postula que un fenómeno es único, con similitudes pero no semejante a otro, es una unidad global que interactúa con otra unidad global mayor, el mundo que lo rodea. Da apertura hacia el mundo. Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy ⁴ (clasifica los sistemas en sistemas abiertos y sistemas cerrados). Los primeros están representados por los organismos y los segundos por los objetos de la física ordinaria.

El cuidado (cuidados primarios de salud Colliere (1980)) son en respuesta a las necesidades sentidas por la persona, interacción enfermera - persona.

La persona ser único, indivisible e indisoluble con el universo, relacionado con su entorno exterior o interior.

La salud es una experiencia que cada persona vive desde una perspectiva diferente, es un valor, va más allá de la enfermedad. Engloba la unidad ser humano- entorno.

7 Op. Cit. Kerouac

³ El pensamiento crítico consiste en analizar y evaluar la consistencia de los razonamientos, en especial aquellas afirmaciones que la sociedad acepta como verdaderas en el contexto de la vida cotidiana.

⁴ Teoría por el cual el ser humano no está en mutua relación con el conjunto de la naturaleza, lo que significa que cada elemento del universo interactúa con los otros elementos hasta el punto de que es imposible aislar la causa del efecto.

El entorno ilimitado, es el conjunto del universo.

Principales exponentes de la enfermería: R. P. Parse, M. Rogers, M. Newman y J. Watson.

Puede determinarse de esta manera que dentro de la evolución de la ciencia enfermera fue orientando su misión, visión y centrando su objetivo en el estudio de los cuidados, en el cual se adquieren conocimientos propios para poder proporcionarlos. Determinando pues el eje de nuestra profesión, como describiera Kerouac “El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud”⁸.

“Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen, a menudo, sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil reemplazarlo por otra forma de ver, incluso es difícil aceptar que hay otras formas de ver”⁹.

Khun (1970) y Capra (1982) hablan de período de transición en los que los paradigmas coexisten, una forma de ver no ha reemplazado a la otra. Enfermeras eruditas (Cull-Wilby y Pepin, 1987; Gortner, 1983) señalan la importancia, por el momento, de la coexistencia de diferentes paradigmas para el desarrollo del conocimiento de la ciencia enfermera”¹⁰.

Para introducir al Paradigma de la Complejidad, es necesario citar a sus máximos mentores, los mismos que introdujeron el pensamiento complejo y aportaron elementos y preceptos a la física cuántica para devenir en el concepto ecológico actual.

Estos pensadores, físicos y filósofos se transformaron en precursores de lo que hoy se ha dado en llamar el paradigma emergente del pensamiento complejo.

No podemos hablar de estos conceptos, sin citar a Fritjof Capra, quien define a “la realidad como un proceso mucho más complejo de intercambios, de interdependencia, una trama de vida que no puede ser aprehendida como si se tratara de un conjunto de partes separadas unas de las otras”¹¹.

8 Kerouac S., “El Pensamiento Enfermero” Capítulo I Grandes Corrientes del Pensamiento. Ed. Masson S.A. España.1996

9. Op. Cit. Polit.

10 Op. Cit. Kerouac S., Capítulo I. Página 16

11 Capra, F. “Sabiduría Insólita”. Conversaciones con personajes notables. Segunda edición. Editorial Kairós. Barcelona. España. 1994.

A raíz de ello, y efectuando un análisis mucho más completo, postula, que en el ámbito social se perciben los problemas como fraccionados, fragmentados, cuando lo acertado sería asumirlos como problemas sistémicos que deben ser resueltos dentro de un contexto mayor, y con una visión holística o ecológica, aunque no basta con enunciarla.

A fin de esclarecer el concepto anterior, Capra distingue entre la perspectiva holística y la ecológica con un ejemplo, el de la bicicleta, manifiesta lo siguiente: "Una visión holística, por ejemplo, de una bicicleta significa verla como un todo funcional y entender consecuentemente la interdependencia de sus partes. Una visión ecológica incluiría esto, pero añadiría la percepción de cómo la bicicleta se inserta en su entorno natural y social: de dónde provienen sus materias primas, cómo se construyó, cómo su utilización afecta al entorno natural y a la comunidad en que se usa"¹².

Otro precursor de lo que hoy se denomina paradigma de la complejidad, también fue, el investigador francés, Edgar Morin, quién en su obra "El Paradigma Perdido", desarrolla el hilo conductor de su pensamiento a partir de lo que pudieran denominarse las raíces epistémicas en su construcción teórica ¹³.

"Una idea (del griego idea, 'aspecto, apariencia, forma', relacionado con εἶδος eídos, 'vista, visión, aspecto') es una representación mental que surge a partir del razonamiento o de la imaginación de una persona. Está considerada como el acto más básico del entendimiento, al contemplar la mera acción de conocer algo.

La capacidad humana de contemplar ideas está asociada a la capacidad de razonamiento, autorreflexión, la creatividad y la habilidad de adquirir y aplicar el intelecto. Las ideas o representaciones, dan lugar a los conceptos, los cuales son la base de cualquier tipo de conocimiento científico o filosófico. Sin embargo, en un sentido popular, una idea puede suscitarse incluso en ausencia de reflexión, por ejemplo, al hablar de la idea de una persona o de un lugar.

12 Op. Cit. Capra

13 Morin, E. "El Paradigma Perdido". Ensayo de Bioantropología. Barcelona. Editorial Kairos (1974).

Por definición una idea, es un término filosófico que, en la mayoría se puede analizar bajo cuatro puntos de vista: lógico (La idea es equiparable a un concepto o a una proposición, que tiene un significado), ontológico (La idea es equiparable a algo material que existe en el mundo real), trascendental (La idea como una posibilidad del conocimiento y es algo con lo que también se quiere dar a expresar algo para tener más conocimiento del que se tiene acerca de lo que se está tratando o estudiando) y psicológico (La idea es equiparable a una representación mental subjetiva).

Mucho aportó Platón el cual formuló la llamada "Teoría de las Ideas", en esta sitúa las ideas en el mundo inteligible, porque según él son la única fuente de verdadero conocimiento, al ser entidades: inmateriales, absolutas, perfectas, infinitas, eternas, individuales, inmutables (que no cambian) e independientes del mundo físico. Su conocimiento lleva a la verdad universal.

Esta teoría sugiere la existencia de dos mundos independientes pero relacionados: por un lado se encuentra el mundo imperfecto y fugaz de las cosas materiales y, por otro, el mundo perfecto y eterno de las ideas. Defiende pues un dualismo ontológico (mundo sensible- mundo inteligible). Desde un punto de vista epistemológico, las ideas podrían definirse como universales¹⁴.

Los racionalistas se inclinaron por la solución innatista, las atribuyen a la Naturaleza Del Hombre. Pueden ser claras, oscuras y distintas entre otras.

Los empiristas sostienen que el origen de las ideas hay que buscarlo en la experiencia sensible; esta es la encargada de llenar de contenidos (ideas) a la mente. Idea sería un contenido mental resultado de la acción de los estímulos sobre los sentidos del sujeto.

Para los empiristas las ideas se pueden clasificar entre, ideas de sensación y de reflexión, entre ideas simples y complejas; la naturaleza sólo proporciona ideas particulares; las generales son producto de la mente.

Ley de la extensión y la comprensión determina que la extensión de una idea, es el número de individuos a los cuales se aplica dicha idea; y la comprensión de una idea, se refiere al conjunto de notas o características que encierra dicha idea.

14 <https://es.wikipedia.org/wiki/Idea> 21/10/2015

Según lo anterior, la ley de la extensión y comprensión de una idea se enuncia: A mayor extensión, menor comprensión, y viceversa”¹⁵.

Tomaremos de esta manera representación como sinónimo de idea. Comenzaremos por desarrollar representación.

“Una representación es cualquier notación, signo o conjunto de símbolos que representa alguna cosa que es típicamente algún aspecto del mundo exterior o de nuestro mundo interior (o sea, de nuestra imaginación) en su ausencia. La palabra muñeca o el dibujo de una muñeca son representaciones externas que nos permiten evocar el objeto muñeca en su ausencia”¹⁶.

Las representaciones mentales son representaciones internas. Son maneras de “re-presentar” internamente (es decir, mentalmente), de volver a presentar en nuestras mentes, el mundo externo.

Se puede distinguir entre representaciones mentales analógicas y proposicionales. La imagen visual es la representación analógica prototípica, pero hay otras como las auditivas, olfativas o táctiles. El perfume de una rosa puede ser evocado a través de una imagen olfativa, lo que significaría que estaría internamente representado por una imagen olfativa también en nuestras mentes”¹⁷.

“Las imágenes son representaciones mentales concretas, formas de “ver” las cosas, los fenómenos, a las que se recurre para recuperar y captar la esencia de las mismas, cuanto menos, los detalles que han resultado relevantes al individuo que las construye.

Las representaciones proposicionales son “tipo-lenguaje”, pero un lenguaje de la mente, no consciente, que se podría llamar “mentalés”; no son frases en un cierto idioma. Independientemente del lenguaje estarían expresadas en un “código de máquina” propio de la mente. Este “mentalés” sería el equivalente de las cadenas de unos y ceros, relacionados por las reglas del álgebra booleana que constituyen el código de máquina de nuestros ordenadores. Las representaciones mentales proposicionales son discretas (individuales), organizadas por reglas de combinación (las reglas del mentalés) y abstractas; una proposición admite más de

15 Op Cit

16 Moscovici, S. “El psicoanálisis su imagen y público” 1961

<http://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf> 21/10/2015

17 http://www.ciencia.ao.usp.br/dados/rab/_modelosmentalesymodelosc.artigoCompleto.pdf 21/10/2015

una representación posible (una frase, un principio, un discurso se representa de diferentes maneras en distintas personas) y ello, lógicamente, tiene consecuencias en la enseñanza.

Para unos (e.g., Pylyshyn, 1973), la cognición debe ser analizada exclusivamente en términos de proposiciones y no hay necesidad de considerar las imágenes como un tipo especial de representación mental: todo aquello con lo cual nuestra mente se maneja para pensar, comprender, explicar, recordar, puede ser traducido en el código del lenguaje de la mente. Es decir, las imágenes también serían procesadas en el “mentalés”. Para otros (e.g., Paivio, 1971), las imágenes tienen identidad, son un tipo separado de representación interna, tanto es así que se pueden trasladar y rotar mentalmente. Para éstos, la cognición no puede ser reducida al mentalés, sino que postulan que existen otras clases de informaciones, como las relacionadas con cuestiones geométricas, que necesariamente deberían ser procesadas en otro formato”¹⁸.

Según Moscovici S. “... la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios y liberan los poderes de su imaginación; son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. Es una organización de imágenes y de lenguaje. Toda representación social está compuesta de figuras y expresiones socializadas. Es una organización de imágenes y de lenguaje por que recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes. Implica un reentramado de las estructuras, un remodelado de los elementos, una verdadera reconstrucción de lo dado en el contexto de los valores, las nociones y las reglas, que en lo sucesivo, se solidariza”¹⁹.

18 <http://www.cienciamao.usp.br/21/10/2015>

19 *Ibíd.* Moscovici, S. “El psicoanálisis su imagen y público” 1961

Esto hace relación a la conjunción que la persona elabora del sentido real (estructuralismo) y de la elaboración mental del objeto (funcionalismo).

También lo considera como “un proceso y producto de construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado” Y las define como “una modalidad particular de conocimientos cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”. Las representaciones sociales están constituidas por sistemas cognitivos.”...como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las practicas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo”²⁰.

Antes de continuar con el desarrollo de este trabajo, se ha de definir que es la enfermería, “es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción y restablecimiento del equilibrio de los sistemas humanos.

El proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración existente entre el enfermero profesión y el usuario, que incluye diferentes manifestaciones de comunicación interpersonal, entre ellos, con otras personas importantes para el usuario y con quienes forma parte del sistema de servicio de salud. Este modo de actuación, avizoramos, contribuirá al reconocimiento y consolidación de la enfermería como disciplina científica ya que a través de este se podrán validar teorías y filosofías en función de los sistemas de cuidado.

La meta del profesional de enfermería es fomentar la salud, la cual produce cambios para fomentar el bienestar”²¹.

20 Celaya L. Barg M. Módulo Integral I, Investigación en Enfermería, La enfermería como disciplina. Marzo- abril 2014.

21 Leddy S, Mac J, Pepper. Perspectivas filosóficas en la educación y práctica de enfermería. En: Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1era. Edición en español. New York, USA.: Harper & Publisher, Inc; 1989: 35-36.

Mucho tiempo se ha transitado en la ciencia enfermera, para establecerse como disciplina, siglos han pasado en evolución permanente para lograr el objeto fundamental de estudio: el cuidado.

Para ir ahondando en el tema se definirá ahora modelos, un modelo es “un grupo de conceptos construidos en forma sistemática con base científica y una relación lógica, que identifica los componentes esenciales de la práctica de enfermería, junto con las bases teóricas de dichos conceptos y los valores que el practicante requiere para su uso.

A continuación, se procederá a describir las principales concepciones de la disciplina enfermera a través de los metaparadigmas establecidos por las teóricas enfermeras agrupadas en distintas escuelas según sus bases filosóficas y científicas: “*Florence Nightingale* define cuidado como un servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud. Define a persona, sana o enferma, que consta de componentes físicos, intelectuales, emocionales y sociales. Define a salud como la ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos y entorno como factores que afecta a la persona y su proceso de salud: luz, agua, aire, entre otros.

Escuelas de las Necesidades:

“En dicha escuela se establece que el cuidado se centra en la independencia de la persona para lograr satisfacer sus necesidades, autocuidado. Han influenciado dicha escuela la Jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erickson.

Sus principales referentes:

Virginia Henderson entiende por cuidado a la asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por sí misma. A la persona como un ser biológico, psicológico y social que tiende a la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Salud a la capacidad de actuar en forma independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales y entorno a los factores externos que actúan en forma positiva o negativa

Dorothea E. Orem define como cuidado al campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio

del autocuidado, persona es el ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidado universales, salud como al estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes

Y modos de funcionamiento y entorno a todos los factores externos que afectan el autocuidado o el ejercicio del mismo”²².

Escuela de la Interacción:

“Dicha escuela determina que el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que la brinde. Ve al cuidado como acción humanitaria no un acto mecánico.

Sus principales referentes son:

Hildegard Peplau toma al cuidado como la relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad, según un proceso de cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución. Persona al sistema compuesto de características y de necesidades bioquímicas físicas y psicológicas. Salud al nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal. Entorno al grupo de personas significativas con quien la persona interactúa.

Imogene King define al cuidado como un proceso de interacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno. Persona al sistema abierto que presenta fronteras permeables a los cambios de materia, energía y de información con el entorno. Salud al ajuste dinámico a los estresantes del medio interno y externo para la utilización óptima de los recursos. Entorno sistema abierto que posee fronteras permeables y permite los cambios de materia, energía e información con la persona.

Escuela de los Efectos Deseables:

“Esta escuela inspirada en las teorías de la adaptación y desarrollo, así como en la general de los sistemas, busca instaurar los efectos deseables de los cuidados brindados, su principal objetivo es restablecer la homeostasia, el equilibrio.

22 Ibid. Kerouac S., Capítulo II. Página 48.

Entre sus principales referentes encontramos a *Callista Roy* define al cuidado como la ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influyen su adaptación en los cuatro modos, y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, conceptuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar el estado de salud, calidad de vida o morir con dignidad. Persona es vista como un sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognitivos, ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, modo “autoconcepto”, modo “función según los roles” y modo “interdependencia”, salud al estado y proceso de ser o de llegar a ser una persona integral y unificada. El estado de salud es una adaptación en cada uno de los cuatro modos. El proceso de salud es el esfuerzo constante realizado por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación. Entorno son todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y el comportamiento de las personas o grupos”²³.

Dorothy Johnson entiende al “cuidado como al arte y ciencia que tienden a la restauración, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema comportamental en el grado más alto posible. A la persona como al sistema de comportamientos que contienen siete subsistemas: pertenencia, dependencia, autorrealización, agresividad, ingesta, eliminación y sexualidad. Salud al estado determinado por factores psicosociofisiológico, valorado y compartido por los profesionales de la salud; estado de equilibrio dinámico que sobreviene durante el proceso evolutivo de la salud, y entorno a los mecanismos externos de regulación que actúan sobre el comportamiento.

Betty Neuman determina al cuidado como la intervención que se orienta hacia la integridad de la persona, a persona como al ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, capaz de desarrollarse: es un todo integral. Salud al estado dinámico de bienestar o de enfermedad que está determinado por las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales relacionadas con el desarrollo. Entorno lo divide en interno y externo; el entorno externo: es todo lo que es externo a la persona; el entorno interno es el estado interno de la persona

23 Op. Cit. Kerouac S. Capítulo II. Página 48

que ha trazado las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales relacionadas con el desarrollo.

Myra Levine define al cuidado como la interacción humana basada en principios científicos dirigidos a conservar la energía e integridad mediante los cambios en el entorno y mediante los cuidados individualizados orientados a sostener su adaptación. Persona organismo cambiante en constante interacción con el entorno interno y externo, que busca mantener su integridad. La salud y la enfermedad son las estructuras de cambio adaptativo de la integridad: Divide al entorno en interno y externo, el entorno interno es la psicología de la persona; y el externo posee componentes preceptuales, operacionales y conceptuales.

Escuela de la Promoción de la Salud:

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

Moyra Allen inspirada en el enfoque sistémico establece: al cuidado promoviendo la vida sana en un proceso atención en la situación de salud. Persona a la familia o grupo social capa de aprender de sus propias experiencias. Salud al proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo. Entorno contexto social en el que se efectúa el aprendizaje, casa, escuela, etc.

Escuela del Ser Humano Unitario:

Esta escuela se posiciona en el paradigma de la transformación, con una orientación de apertura hacia el mundo, basada en la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy (1968)²⁴.

Entre sus principales teóricas encontramos a *Martha E. Rogers* quien define al “cuidado como la promoción de la salud, favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno. Persona como un campo de energía unitario y pan dimensional caracterizado por los patterns y comportamientos en el que el todo no puede ser comprendido a partir del conocimiento de las partes. Salud al valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favoreces la expresión de un máximo potencial de vida. Entorno a campos de energía pan dimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo humano.

24 Óp. Cit. Kerouac S. Capítulo II. Página 48.

Rosemarie R. Parse define al cuidado como la ciencia y el arte centrados en el ser humano en tanto que unidad viviente en actualización y en la calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud. Persona la define como ser abierto que tiene la capacidad de actuar en sinergia con el universo con el que comparte los límites espaciales o temporales; libre de escoger sus orientaciones, salud al proceso de actualización tal como es vivido por la persona. Entorno constituye el devenir en los cambios simultáneos de energía con la persona.

Margaret Newman toma al cuidado como ciencia que reconoce los patterns y favorece la expansión de la conciencia creando una relación mutua entre la enfermera y la persona. Persona como conciencia: pattern específico; intersección entre el movimiento, el tiempo y el espacio. Salud como pattern de evolución y expansión de la conciencia; importa poco la forma o dirección que tome. Entorno al campo de energía que tiene los límites espaciales o temporales comunes con el universo y que evoluciona hacia una complejidad y una creciente diversidad manifestándose en los patterns rítmicos.

Escuela del Caring

Esta escuela se basa en los cuidados, para facilitar o ayudar respetando las creencias, cultura, valores, etc. de la persona. Compuesto por el conjunto de acciones que permiten a la enfermera descubrir de manera sutil los signos de mejora o deterioro en la persona. Las teóricas de esta escuela creen en mejorar los cuidados ampliando integrando conocimientos culturales, espirituales, etc.

Entre sus principales representantes podemos encontrar a *Jean Watson* quien establece al cuidado como la ciencia y el arte que contempla en conseguir el más alto nivel de armonía entre el cuerpo- alma- espíritu. A la persona como la forma viviente que crece y que comprende cuerpo, alma y espíritu. A la salud como al estado de armonía entre estos tres elementos mencionados y que conforma una unidad. Al entorno como la realidad externa e interna de la persona”²⁵.

25 Óp. Cit. Kerouac S. Capitulo II. Página 48

Madelein Leininger esta teórica se ha inspirado en los conocimientos antropológicos y ha establecido el concepto de cuidado como fundamental en la práctica y estudio de nuestra disciplina. Ha señalado tres principios de cuidados: la conservación o mantenimiento, la adaptación o la negociación y la remodelación o reestructuración, todos ellos teniendo en cuenta la coherencia cultural, respetando los valores y creencias.

Según su perspectiva, “el cuidado comprende a los comportamientos aprendidos y procesos de cuidados dirigidos a la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales. Entiende a la persona como al ser cultural, ya que no puede desprenderse de su bagaje, que ha sobrevivido al tiempo y al espacio. Salud a las creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas. Y al entorno como a todos los aspectos del contexto en los que se encuentra el individuo y grupos culturales, por ejemplo características físicas, ecológicas y sociales, como también las visiones del mundo”²⁶.

A continuación definiremos a la Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.) “como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio físico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficacia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, la U.C.I. puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados (siendo de carácter polivalente)”²⁷.

26 Óp. Cit. Kerouac S., Capítulo II. Página 48.

27 Informe Estudio de investigación 2010, Ministerio de Sanidad y Política Social “Unidad de cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones”. www.msssi.gov.es/organización/sns/plancalidadSnS/docs/uci.pdf-11/04/2016

En cuanto a los antecedentes sobre nuestro tema consultamos el artículo de Martínez-Olvera, el cual postula que “un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación”²⁸. Y concluye que la enfermería debe utilizar la vía transdisciplinaria de la transformación, para aportar una mejora al dar respuesta eficiente y eficaz a la demanda de la población y así continuar trabajando para ser una profesión reconocida socialmente.

Araya-Cloutier destaca que no hubo adhesión en la percepción de los profesionales al paradigma de la categorización. Por el contrario, los otros dos paradigmas evidenciaron una mayor afinidad por parte de los profesionales, aunque manifestaron que no siempre estos paradigmas pueden llevarse a la práctica. Cabe resaltar que aunque “es evidente que los tres paradigmas establecidos en la enfermería se superponen entre sí y se hace imposible la identificación de uno solo en la percepción en los profesionales de enfermería”²⁹

Al continuar con el análisis de distintos autores relacionados a nuestra investigación en desarrollo, abordamos el trabajo de los autores Celaya-Plebani, aunque nuestro trabajo no pretende articular la práctica profesional observada con la dinámica representacional, “prácticas que manifiestan un paradigma, que muchas veces es el dominante, mas no el idealizado, constituyéndose un conflicto de intereses entre el ideal profesional y el requerimiento que hace la institución de ese profesional”³⁰

28 Martínez- Gonzalez, L. Olvera-Villanueva, G. (2011) “El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería” Rev Enfer Inst Mex Seguro Soc 19(2): 105-108.

29 Araya-Cloutier, J. Ortiz Salgado A. (2010) “Percepción del cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma” Enfermería en Costa Rica Vol. 31 (1): 21- 25.

30 Celaya L., Plebani V. “Paradigma idealizado- paradigma dominante en enfermería. Revista argentina de enfermería. Noviembre 2006 N° 37. Pag 14 a 20.

Suarez-Maiorano, recolectó datos mediante la observación y encuesta a profesionales de enfermería en el metaparadigma cuidado para establecer que “a pesar que el mayor porcentaje de las acciones de los enfermeros que fueron observados pertenecieron al paradigma de la integración, lo que demuestra que estos llevan a cabo su práctica teniendo en cuenta los conocimientos que le son propios, y por ende les otorga cierto grado de autonomía”³¹

En nuestro trabajo, se pretende lograr identificar la adhesión a un paradigma en la representación mental en los profesionales de enfermería.

31 Suárez, M. Maiorano, F. “La influencia de los paradigmas a los que adhieren los enfermeros en la práctica” 2015

I. Hipótesis.

A mayor cantidad de años de antigüedad en la institución, mayor adhesión al paradigma de la categorización dentro de la representación mental del enfermero.

II. Variables.

- Tipos de paradigmas (categorización centrada en la salud pública y otro centrado en la enfermedad, integración y transformación).
- Años de antigüedad laboral en la Unidad de Cuidados Intensivos.

III. Esquema de variables.

La variable cualitativa tipos de paradigmas se estudiará a través de sus metaparadigmas: cuidado, persona, salud y entorno.

La variable cuantitativa años de antigüedad en la institución se estudiará de la siguiente manera: de 3 a 6 años, + de 7 años.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
TIPO DE PARADIGMA	CATEGORIZACIÓN (orientada a la Salud Pública)	<p> CUIDADO: está relacionado a los factores del entorno (aire fresco, agua pura, etc.). </p> <p> PERSONA: posee la capacidad de restablecer su salud. </p> <p> SALUD: no es solo la ausencia de enfermedad, es también saber utilizar las capacidades otorgadas por la naturaleza. </p> <p> ENTORNO: comprende los elementos externos a la persona el cual sirve para recuperar la salud y prevenir la enfermedad. </p>

	<p>Orientada a la Enfermedad.</p>	<p>CUIDADO: lo ofrece la persona capacitada, enfermera experta, dotada de conocimientos y habilidades.</p> <p>PERSONA: es un todo formado por la suma de sus partes independientes entre sí. No participa de su cuidado.</p> <p>SALUD: es un estado deseable, es la ausencia de la enfermedad.</p> <p>ENTORNO: puede ser controlado por la persona, ya que es independiente de ella, libre de ser manipulado.</p>
	<p>INTEGRACIÓN</p>	<p>CUIDADO: se orienta al mantenimiento de la salud en sus tres aspectos: físico, mental y espiritual.</p> <p>PERSONA: tiene la concepción de un todo formado por la suma de sus partes, pero no están interrelacionadas. Persona ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.</p>

		<p>SALUD: y la enfermedad son dos entidades que están en interacción dinámica.</p> <p>ENTORNO: está constituido por diversos contextos. Los cuales afectan a la persona en forma de estímulos negativos o positivos y generan que esta tenga que adaptarse.</p>
	TRANSFORMACIÓN	<p>CUIDADO: son la respuesta a las necesidades sentidas por la persona, interacción enfermera-persona.</p> <p>PERSONA: ser único, indivisible e indisoluble con el universo, relacionado con su entorno exterior o interior.</p> <p>SALUD: es una experiencia que cada persona vive desde una perspectiva diferente, es un valor, va más allá de la enfermedad. Engloba la unidad ser humano-entorno.</p> <p>ENTORNO: ilimitado, es</p>

		el conjunto del universo.
AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	MAS DE 3 AÑOS

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO A REALIZAR

Se realizará un estudio de tipo cuantitativo descriptivo exploratorio sobre la representación mental de los enfermeros acerca de los paradigmas. Tomando como criterios de exclusión: menos de tres años de desempeño en área de cuidados intensivos, estar cursando licencias prolongadas (más de 30 días), que no posean o no haber firmado el consentimiento informado.

2. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

Se toma como población para la realización de este trabajo, a un total de treinta y cuatro (34) profesionales Enfermeros y Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos con ciertos criterios de inclusión: más de tres años de recibidos en Universidad Pública o Privada no título terciario, poseer más de tres años de antigüedad en dicha unidad, haber firmado el consentimiento informado (anexo), de una institución privada de la ciudad de Mar del Plata.

3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por medio de la técnica de modalidad estructurada, con el instrumento cuestionario cerrado, se intentarán obtener los datos suficientes para dar respuesta a los objetivos planteados (ver anexo).

A fin de adecuar y valorar factibilidad del instrumento, se formularon una serie de preguntas, las primeras, datos personales o filiatorios como: iniciales de nombre, edad, años de recibido, sexo, etc., en las siguientes a fin de encuestar acerca de los cuatro metaparadigmas enfermeros (anexo).

Luego se procedió a tomar las palabras representativas de cada definición para encuadrar dentro de un paradigma o varios, para así tabular los datos obtenidos.

Se establecerá un valor numérico porcentual a cada metaparadigma de 25%. Por lo cual la sumatoria mayor o igual al 50% implicará la adhesión a un paradigma.

Se considerará paradigma mixto a los cuales las resultantes arrojen 50% a un paradigma y 50% a otro paradigma. Por lo cual quedará excluido del análisis.

Al igual que los paradigmas indefinidos, los cuales arrojen un 25% a cada paradigma como resultante.

Cabe aclarar que para la realización del análisis de los paradigmas se unificará en Categorización a los centrados en salud pública y enfermedad.

Variables:

- Tipos de paradigmas (categorización orientado a la salud pública, categorización centrada en la enfermedad, integración y transformación), se clasificarán los mismos en base a las respuestas obtenidas de los enfermeros para encuadrar dentro de uno u otro paradigma.

- Años de antigüedad en unidad de cuidados intensivos, para ello incluiremos profesionales universitarios que cuenten con 3 o más años de antigüedad.

4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizará un cuestionario cerrado a la población enfermera descrita de una institución privada de nuestra ciudad, en la Unidad de Cuidados Intensivos, acerca de los cuatro metaparadigmas en enfermería, en la cual se deberá señalar una única respuesta que más asemeje a su representación mental de manera tal que con las respuestas obtenidas se podrá determinar su adhesión a un paradigma y su relación con la antigüedad laboral en el sector.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

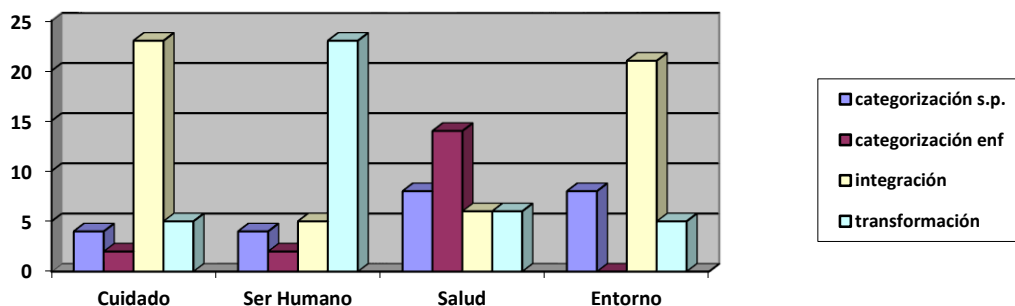
Tabla N° 1

Adhesión a un Paradigma según la representación mental de los Metaparadigmas Enfermeros.

Metaparadimas Paradigmas	Cuidado	Ser humano	Salud	Entorno
Categorización orientada a la salud pública	4	4	8	8
Categorización centrada en la enfermedad	2	2	14	0
Integración	23	5	6	21
Transformación	5	23	6	5

Fuente: Cuestionario de los profesionales en U. C. I de institución Privada, mar del plata abril-mayo 2019.

Gráfico N° 1 Adhesión a un paradigma según la representación mental de los metaparadigmas enfermeros.



Fuente: Cuestionario de los profesionales en U. C. I de institución Privada, mar del plata abril-mayo 2019.

Según los datos obtenidos en las encuestas se puede inferir que para el metaparadigma Cuidado hay una mayor representación mental al paradigma Integración.

En cuanto al metaparadigma Ser Humano se observa una mayor adhesión al paradigma de Transformación.

Respecto del metaparadigma Salud se ve que los encuestados adhieren en mayor medida al paradigma Categorización, aún previo a la unificación según su orientación.

Para el metaparadigma Entorno se observa una mayor representación al paradigma Integración, al igual que en el metaparadigma Cuidado.

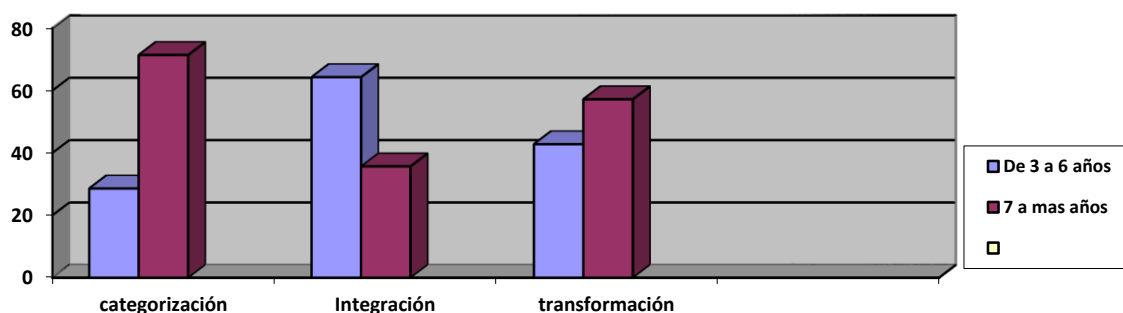
Tabla N° 2

Adhesión a un paradigma según años de antigüedad en Unidad de Cuidados Intensivos (U. C. I.).

PARADIGMA AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN UCI	CATEGORIZACION		INTEGRACIÓN		TRANSFORMACION	
	N°	%	N°	%	N°	%
DE 3 A 6 AÑOS	2	28,6	9	64,3	3	42,8
DE 7 A MAS AÑOS	5	71,4	5	35,7	4	57,2
TOTALES	7	100	14	100	7	100

Fuente: Cuestionario de los profesionales en U. C. I de institución Privada, mar del plata abril-mayo 2019.

Gráfico N° 2: Adhesión a un paradigma según antigüedad en Unidad de Cuidados Críticos (U.C.I.)



Fuente: Cuestionario de los profesionales en U. C. I de institución Privada, mar del plata abril-mayo 2019.

Se puede inferir que dentro de la franja de 3 a 6 años de antigüedad denota una mayor adhesión al paradigma de la Integración.

En cambio para la franja de más de 7 años de antigüedad se ve una mayor adhesión al paradigma de Categorización.

Mientras que para el paradigma Transformación no se observa una diferencia porcentual significativa en relación a la antigüedad.

Al intentar establecer el predominio de un paradigma según la representación mental del enfermero, objetivo planteado al inicio como general, el cual se cree logrado, no se ha podido determinar la relación de este con la antigüedad, por ello se ha solicitado la colaboración del Sr. Straccia Pablo Carlos, quien utilizando el Free Fisher's Exact Test calculador de 2 a 3 tablas de contingencia, se evalúa la relación entre el paradigma y la antigüedad de los profesionales. Resultando el mismo no significativo, por lo cual parecieran ser variables independientes. Concluyendo de esta manera que nuestra hipótesis que postulaba "a mayor cantidad de años de antigüedad en la Unidad de Cuidados Intensivos mayor adhesión al paradigma de Categorización dentro de la representación mental del enfermero" no se cumpliría.

Al consultar otras investigaciones, "Paradigma idealizado – Paradigma dominante en enfermería" estudia que las adhesiones desde el discurso tuvieron una mayor relación al paradigma de Integración (paradigma funcionalista) y "La influencia de los paradigmas a los que adhieren los enfermeros en la práctica", la cual trabajó sobre las variables adhesión al paradigma enfermero y antigüedad en

unidad de cuidados intensivos, desde otra óptica, desde el “ser y hacer”, en la práctica enfermera. En cambio nosotros tomamos la orientación hacia la representación mental de dicho paradigma. Y en ambas investigaciones se observan diferencias significativas, como trabajar desde la observación para determinar el accionar de dicha representación mental y nosotras en la representación mental lo cual no siempre se condice con el pensamiento pero concordancia en los resultados, ambos trabajos determinaron la independencia de sus variables. A través de lo analizado ¿es factible establecer el paradigma dominante o solo su predominio en la representación mental del enfermero? Ya que “en el ámbito de enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un solo modelo pueda dar explicación a una de estas”³²

32 Op Cit 28

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

En el presente trabajo se pudo establecer el paradigma predominante a través de sus metaparadigmas en la representación mental al que adhieren los enfermeros. Se puede inferir la coexistencia de los tres paradigmas dentro de la representación mental de los enfermeros independientemente de los años de antigüedad.

Según la metodología aplicada, se encontró que presenta una mayor adhesión en la representación mental de los enfermeros al paradigma de Integración (orientado a la persona); a través de dos metaparadigmas: Cuidado: que determina la necesidad de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad del otro y Entorno: constituido por los contextos históricos, sociales y políticos, etc. Rico en estímulos positivos y negativos). Respondiendo al metaparadigma Salud se establece una adhesión al paradigma Categorización (centrada a la enfermedad), así también se determinó que para el metaparadigma Ser Humano la mayor adhesión corresponde al paradigma Transformación.

Al determinar la antigüedad con la que cuentan los enfermeros de una institución privada de la ciudad, se observó que la misma se distribuye de manera equitativa dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos. No existiendo una relación entre la adhesión a un paradigma y la antigüedad de los enfermeros de dicha unidad. Resultando las mismas variables independientes.

Se cree que de acuerdo con los años de antigüedad en la Unidad de Cuidados Intensivos, la representación mental del profesional enfermero se ve influenciada por la dinámica de servicio ya que su trabajo cotidiano lo lleva a cabo a través de protocolos, estándares, normas, etc. que se establecen en dicha unidad e institución. Esto podría explicar lo hallado en el presente trabajo ya que la práctica uniformaría la representación mental del paradigma al que el profesional adheriría al momento del ingreso a la institución.

Al consultar artículos relacionados podemos decir que continuamos en la búsqueda de la prevalencia de un paradigma como base de apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, para generar nuevas concepciones, nuevos conocimientos, y por qué no nuevos paradigmas.

Cabe destacar que sería menester de futuras investigaciones, tener en cuenta ciertos factores- variables: Años de recibidos, Institución educativa que otorga el título, orientación de la institución (adhesión a modelos o paradigmas), tipo de institución (pública o privada), edad de los participantes, sexo, otros, quizás hubiese modificado los resultados de la encuesta para contribuir a la veracidad de la hipótesis.

Si bien en nuestro trabajo no realizamos una comparación entre el discurso y la práctica, quizás a futuro resultaría enriquecedora ya que desde la intelectualidad en el metaparadigma Ser Humano el paradigma de la Transformación se destaca, cuando se lo ha confrontado a la antigüedad no se observa gran diferencia. Una causa probable o factor de esa falta de concordancia entre la adhesión a un paradigma desde el pensamiento a la práctica puede llegar a ser “el tiempo” ya que la adhesión intelectual a paradigmas holísticos en la práctica requiere un tiempo que no suelen ser los institucionales.

Igualmente se deja de esta manera las puertas abiertas a nuevas investigaciones, quizás desde otras perspectivas, dado que existen pocos estudios documentados y publicados al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Araya-Cloutier, J. Ortiz Salgado A. (2010) "Percepción del cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma" Enfermería en Costa Rica Vol. 31 (1): 21- 25.
- Capra, F. "Sabiduría Insólita". Conversaciones con personajes notables. Segunda edición. Editorial Kairós. Barcelona. España. 1994.
- Capra. F, "El Tao de la Física". Editorial Sirio. Málaga. España 1997
- Celaya L., Barg M., módulo Integral I, Investigación en Enfermería, La enfermería como disciplina. Marzo- abril 2014. Martínez- Gonzalez, L. Olvera-Villanueva, G. (2011) "El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería" Rev. Enfer. Inst. Mex. Seguro Soc 19(2): 105-108.
- Celaya L., Plebani V. "Paradigma idealizado- paradigma dominante en enfermería. Revista argentina de enfermería. Noviembre 2006 N° 37. Pag 14 a 20.
- <http://Epistemologíadelcuidado.blogspot.com.ar/2010/04teorías-y-modelos-de-enfermería.html>
- Informe Estudio de investigación 2010, Ministerio de Sanidad y Política Social "Unidad de cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones".www.msssi.gov.es/organización/sns/plancalidadSnS/docs/uci.pdf- 11/04/2016.
- Martínez- Gonzalez, L. Olvera-Villanueva, G. (2011) "El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería" Rev. Enfer. Inst. Mex. Seguro Soc 19(2): 105-108.
- Moscovici, S. "El psicoanálisis su imagen y público" 1961
<http://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf> 21/10/2015.
- Morin, E. "El paradigma Perdido". Ensayo de Bioantropología. Editorial Kairos. Barcelona 1974.
- Polit, Denise "Investigación científica en ciencias de la salud", 6ta edición, Ed. McGraw - Hill, Pág. 10, Méjico 2002.

- Sautu, Ruth “Todo es teoría, objetivos y métodos de investigación” Cap. II El diseño de una investigación. Ed. Lumiere. Edición 2005 Buenos Aires, pág. 24.
- Suárez, M. Maiorano, F. “La influencia de los paradigmas a los que adhieren los enfermeros en la práctica” 2015
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. “Modelos de enfermería, basado en el modelo de vida” Cap. II Modelos de enfermería, Ed. Interamericana McGraw – Hill, Edición 3 Méjico 1993 Pág. 10.
- Kerouac S., “El Pensamiento Enfermero” capítulo I Grandes Corrientes del Pensamiento. Ed. Masson S.A. España 1996.
- http://www.cienciamao.usp.br/dados/rab/_modelosmentalesymodelosc.artigocompleto.pdf 21/10/2015.
- <https://es.wikipedia.org/wiki/idea> 21/10/2015.
- <https://cuneos-cuanticos.com/2013/07/21/los-paradigmas-y-las-revoluciones-científicas-hoy-va-de-Kuhn>. 04/11/2015

ANEXOS

PARADIGMA ENFERMERO PREDOMINANTE, ADHESIÓN DE LOS ENFERMEROS SEGÚN SU ANTIGÜEDAD LABORAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Consentimiento informado:

Usted ha sido invitado cordialmente a participar en una investigación que será realizada por las enfermeras Di Donatis Valeria y Moran Faviana Andrea.

El presente trabajo pretende conocer: ¿cuál es el metaparadigma al que adhieren en la representación mental los profesionales enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de una Institución privada, que tengan más de tres años de recibidos y no menos de tres años de antigüedad en la institución de la ciudad de Mar del Plata, año 2019?

El propósito de esta investigación es la elaboración de una tesis, para la obtención del título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitara que responda a las preguntas planteadas en las hojas que se adjuntan.

Su participación no implica riesgo alguno, dado que la encuesta es anónima y su uso estará relacionado solo con la investigación.

Su identidad será protegida y toda información o datos que lo puedan identificar serán manejados confidencialmente por el investigador. Se establece que los sujetos de estudio no percibirán compensación económica, como tampoco lo hará el investigador.

Si luego de leído este documento ha decidido participar con uso aporte, por favor comprenda que su participación es completamente voluntaria e individual y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en el momento que desee. Tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además tiene derecho a recibir una copia de este documento, y a solicitar acceso a los resultados del estudio.

Firma del entrevistado:

**ANEXO N° 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y SU RELACIÓN
CON LAS VARIABLES.**

**CUESTIONARIO: TALLER DE TRABAJO FINAL, LIC. EN ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDO (INICIALES):

AÑO EN EL QUE SE RECIBÍO:

ANTIGÜEDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

TITULO: LICENCIADO EN ENFERMERIA:

ENFERMERO:

EDAD:

SEXO:

CUESTIONARIO:

MARQUE CON UNA CRUZ, A LADO DE LA RESPUESTA (SOLO UNA), QUE A SU CRITERIO MÁS SE ACERQUE AL CONCEPTO QUE USTED TIENE POR:

1. ¿QUÉ ENTIENDE POR CUIDADO?
 - A. A LA INTERVENCIÓN QUE MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ELIMINEN PROBLEMAS, CUBRAN DÉFICITS, ETC.
 - B. AL MANTENIMIENTO, EL FOMENTO Y DESARROLLO DE LA SALUD, DE LA FAMILIA POR ACTIVACIÓN DEL PROCESO DE APRENDIZAJE.
 - C. A LA INTERVENCIÓN QUE ACOMPAÑA A LA PERSONA EN SUS EXPERIENCIAS DE SALUD, INDIVIDUALIZANDO LOS CUIDADOS (NECESIDADES SENTIDAS)
 - D. A LA INTERVENCIÓN QUE DETERMINA LAS NECESIDADES DE AYUDA TENIENDO EN CUENTA LAS PERCEPCIONES DEL OTRO EN LOS ASPECTOS: FÍSICO, MENTAL Y ESPIRITUAL.

- E. AL SERVICIO A LA HUMANIDAD, BASADO EN LA OBSERVACIÓN Y LA EXPERIENCIA.
- F. A LA INTERVENCIÓN CENTRADA EN LA INDEPENDENCIA AL SATISFACER LAS NECESIDADES.
- G. A LA ACCIÓN HUMANITARIA NO MECÁNICA BASADA EN EL PROCESO INTERPERSONAL TERAPEUTICO DE AYUDA Y ASISTENCIA, CUYO OBJETIVO COMUN ES EL APRENDIZAJE DE AMBOS.
- H. A FAVORECER LA ADAPTACIÓN DE LAS PERSONAS SEGÚN EL MODO FISIOLÓGICO: AUTOIMAGEN, DE FUNCIÓN Y DE INTERDEPENDENCIA CON EL FIN DE CONTRIBUIR A LA SALUD, CALIDAD DE VIDA Y MUERTE DIGNA.
- I. A LOS PATRONES PROPIOS DE LA PERSONA PARA PROMOVER LA ARMONÍA Y EL BIENESTAR CENTRADO EN LOS CAMPOS DE ENERGÍA.
- J. VA DIRIGIDO HACIA LA PROMOCIÓN Y CONSERVACIÓN Y SU RECUPERACIÓN, BASADO EN EL ARTE HUMANISTA.
- K. A LA INTERVENCIÓN QUE PROPORCIONA EL MEJOR ENTORNO POSIBLE PARA QUE LAS FUERZAS DE LA NATURALEZA PERMITAN LA CURACIÓN O EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

2. ¿QUÉ ENTIENDE POR SER HUMANO?

- A. ES UN TODO, FORMADO POR LA SUMA DE SUS PARTES QUE ESTÁN RELACIONADAS.
- B. POSEE COMPONENTES FÍSICO, INTELECTUAL, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL, CON CAPACIDADES PARA RESTABLECER SU SALUD.
- C. ES UN TODO INDIVISIBLE, MAYOR QUE LA SUMA DE SUS PARTES, RELACIONADO CON SU ENTORNO INTERIOR Y EXTERIOR.

- D. ES UN TODO, FORMADO POR LA SUMA DE SUS PARTES, INDEPENDIENTES ENTRE SÍ.
- E. AL SER BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL QUE TIENE HACIA LA INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE SUS CATORCE NECESIDADES FUNDAMENTALES.
- F. AL SER BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUAL EN DESARROLLO CONSTANTE. TIENE LA CAPACIDAD DE COMPRENDER Y TRANSFORMAR SU ANSIEDAD EN ENERGÍA. VIVE EN EQUILIBRIO INESTABLE.
- G. AL SISTEMA ADAPTATIVO QUE UTILIZA LOS PROCESOS INTERNOS CON EL FIN DE LOGRAR LA SUPERVIVENCIA, EL CRECIMIENTO, LA REPRODUCCIÓN Y EL DESARROLLO MEDIANTE MECANISMOS DE ADAPTACION REGULADORES Y COGNITIVOS.
- H. A LA PERSONA ENFERMA O CON SALUD QUE CONSTA DE LOS COMPONENTES FISICOS, MENTALES, SOCIALES Y ESPIRITUALES.
- I. AL INDIVIDUO-FAMILIA SISTEMA ABIERTO EN INTERACCIÓN CONSTANTE CON EL ENTORNO Y LA COMUNIDAD.
- J. AL SISTEMA ABIERTO, UN CAMPO DE ENERGÍA EN CAMBIO CONSTANTE CON PATRONES DIFERENTES.
- K. SER HUMANO CULTURAL QUE REPRESENTA A LOS INDIVIDUOS, LA FAMILIA Y LOS GRUPOS CUTURALES, ES UN SER QUE NO PUEDE SER SEPARADO DE BAGAJE CULTURAL.

3. ¿QUÉ ENTIENDE POR SALUD?

- A. A LA INTERACCIÓN DINÁMICA ENTRE DOS ENTIDADES: SALUD –ENFERMEDAD.
- B. NO SOLO A LA AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD SINO TAMBIEN AL SABER UTILIZAR LAS CAPACIDADES QUE POSEE CADA PERSONA.

- C. AL ESTADO DE EQUILIBRIO DESEABLE, AUSENCIA DE ENFERMEDAD.
- D. AL VALOR Y EXPERIENCIAS VIVIDAS SEGÚN LAS PERSPECTIVAS DE CADA PERSONA.
- E. A LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD Y CAPACIDAD DE UTILIZAR PLENAMENTE SUS RECURSOS.
- F. A LA CAPACIDAD DEL INDIVIDUO PARA FUNCIONAR CON INDEPENDENCIA.
- G. AL MOVIMIENTO CONTÍNUO DE LA PERSONALIDAD EN DIRECCIÓN A UNA PERSONAL, COMUNITARIA, CREATIVA, PRODUCTIVA Y CONSTRUCTIVA. ES PROMOVIDA A TRAVÉS DEL PROCESO INTERPERSONAL.
- H. AL ESFUERZO QUE HACE EL INDIVIDUO PARA ALCANZAR SU MÁXIMO POTENCIAL DE ADAPTACIÓN.
- I. A LA MANERA DE VIVIR Y DESARROLLARSE EN EL TIEMPO.
- J. AL VALOR Y PROCESO CONTÍNUO DE INTERCAMBIO ENÉRGICO CON PARTICIPACIÓN CONCIENTE AL CAMBIO.
- K. A LAS CREENCIAS, VALORES Y FORMAS DE ACTUAR QUE SON CULTURALMENTE RECONOCIDOS, CON EL FIN DE PREVENIR Y CONSERVAR EL BIENESTAR DE UN INDIVIDUO O DE UN GRUPO.

4 ¿QUÉ ENTIENDE POR ENTORNO?

- A. A LOS ELEMENTOS EXTERNOS A LA PERSONA, LOS CUALES SIRVEN TANTO PARA RECUPERAR LA SALUD Y PREVENIR LA ENFERMEDAD.
- B. AL QUE ESTÁ CONSTITUIDO POR LOS DISTINTOS CONTEXTOS: HISTÓRICO, SOCIAL, POLÍTICO, CUYO ESTÍMULO PUEDE SER POSITIVO O NEGATIVO Y GENERAR QUE ESTE TENGA QUE ADAPTARSE.

- C. A LA PERCEPCIÓN DE UN FACTOR QUE PUEDE SER MANIPULADO Y CONTROLADO YA QUE ES INDEPENDIENTE A LA PERSONA.
- D. AL COMPUESTO POR EL CONJUNTO DEL UNIVERSO DEL CUAL, LA PERSONA FORMA PARTE INTEGRAMENTE.
- E. A LOS FACTORES EXTERNOS QUE AFECTAN A LA PERSONA Y SU PROCESO DE SALUD.
- F. ES EL MEDIO QUE ACTUA POSITIVA O NEGATIVAMENTE.
- G. AL GRUPO DE PERSONAS SIGNIFICATIVA CON QUIEN LA PERSONA INTERACTÚA.
- H. AL CONJUNTO, CIRCUNSTANCIAS, SITUACIONES E INFLUENCIAS QUE MODIFICAN A LA PERSONA O GRUPO. HAY ESTÍMULOS FOCAL, CONTEXTUAL Y RESIDUAL.
- I. AL CONTEXTO SOCIAL EN EL QUE SE EFECTÚA EL APRENDIZAJE.
- J. AL SISTEMA ABIERTO Y UN CAMPO DE ENERGÍA EN CAMBIO CONSTANTE.
- K. A LOS ASPECTOS FÍSICOS, ECOLÓGICOS Y SOCIALES CON SU APERTURA AL MUNDO.

ANEXO N° 2

TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS.

PARADIGMAS Y ESCUELAS SEGÚN SUS METAPARADIGMAS AL QUE RESPONDEN.

PARADIGMAS METAPARADIGMAS	CATEGORIZA CIÓN ORIENTADA A LA SALUD PÚBLICA	CATEGORIZA CIÓN ORIENTADA A LA ENFERMEDAD	INTEGRACIÓN	TRANSFOR MACIÓN.
CUIDADO	K	A	D	C
SER HUMANO	B	D	A	C
SALUD	B	C	A	D
ENTORNO	A	C	B	D

METAPARADIGMAS ESCUELAS Y PARADIGMA AL QUE CORRESPONDE.	CUIDADO	SER HUMANO	SALUD	ENTORNO
TEORÍA DEL ENTORNO (CATEGORIZACIÓN)	E	H	E	E
ESCUELA DE LAS NECESIDADES (INTEGRACIÓN)	F	E	F	F
ESCUELA DE LA INTERACCIÓN (INTEGRACIÓN)	G	J	G	G
ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES (INTEGRACIÓN)	H	G	H	H
ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (INTEGRACIÓN)	B	I	I	I
ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO (TRANSFORMACIÓN)	I	F	J	J
ESCUELA DEL CARING (TRANSFORMACIÓN)	J	K	K	K

Cabe aclarar que la Teoría del Entorno, cuya representante es Florence Nightingale responde al paradigma de la Categorización, centrados en salud y enfermedad.

Las escuelas de las Necesidades, Interacción, Efectos Deseables y Promoción de la Salud responden al paradigma de la integración, centrado en la persona.

Las escuelas del Ser Humano Unitario y la del Caring responden al paradigma de la transformación, centrado en la apertura al mundo.

ANEXO N° 3: TABLA DE DATOS DE LAS ENCUESTAS:

N° DE ORDEN	ANTIGÜEDAD	PARADIGMA AL QUE ADHIERE
1	4	INTEGRACIÓN
2	5	INTEGRACIÓN
3	13	INTEGRACIÓN
4	3	TRANSFORMACIÓN
5	10	INTEGRACIÓN
6	6	CATEGORIZACIÓN
7	5	INTEGRACIÓN
8	10	CATEGORIZACIÓN
9	19	CATEGORIZACIÓN
10	6	INTEGRACIÓN
11	6	TRANSFORMACIÓN
14	3	INTEGRACIÓN
15	10	INTEGRACIÓN
17	31	TRANSFORMACIÓN
18	10	INTEGRACIÓN
19	9	CATEGORIZACIÓN
20	3	CATEGORIZACIÓN
21	3	INTEGRACIÓN
22	12	TRANSFORMACIÓN
23	8	TRANSFORMACIÓN
24	10	CATEGORIZACIÓN
25	10	TRANSFORMACIÓN
26	12	INTEGRACIÓN
27	4	INTEGRACIÓN
28	6	INTEGRACIÓN
29	3	TRANSFORMACIÓN
31	13	CATEGORIZACIÓN
34	4	INTEGRACIÓN

12, 13, 16, 30, 32 Y 33 RESULTARON MIXTOS, QUEDAN EXCLUIDOS.

ANEXO N°4

Las tablas 1 y 2, ilustran los lazos existentes entre las diversas orientaciones, los conceptos centrales y los campos de actividad de la Disciplina Enfermera, según el análisis de Suzanne Kerouc en su libro El Pensamiento Enfermero.

Paradigma de la CATEGORIZACION		Paradigma de la INTEGRACION	Paradigma de la TRANSFORMACION
<i>Salud Pública</i> <i>1850-1900</i>	<i>Enfermedad</i> <i>1900-1950</i>	<i>Persona</i> <i>1950-1975</i>	<i>Hacia el Mundo</i> <i>1975-20XX</i>

FENÓMENO	FENÓMENO	FENÓMENO
Divisible	Contextual Variable	Único Complejo Global

ELEMENTOS	ELEMENTOS	ELEMENTOS EN INTERACCION
Definidos Medibles Ordenados Secuenciales	Múltiples	Continua Reciproca Simultanea

RELACION	RELACION
Lineal Causal	Circular Interaccional

Fig. 1.1 - Las corrientes del pensamiento en las orientaciones de la Disciplina Enfermera.

UNIÓN ENTRE LAS ORIENTACIONES Y LOS CONCEPTOS CENTRALES DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

ORIENTACIONES

Paradigma de la Categorización

Paradigma de la Integración

Paradigma de la Transformación

CONCEPTOS	A LA SALUD PÚBLICA	A LA ENFERMEDAD	A LA PERSONA	LA APERTURA AL MUNDO
CUIDADO	La intervención: proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La enfermera obedece las reglas y consignas aprendidas.	La intervención: «hacer para». . Eliminar los problemas. . Cubrir los déficit. . Suplir a los incapacitados. . La enfermera es la experta que posee Conocimientos y habilidades.	La intervención: «actuar con». Determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad del otro. La enfermera es la consejera-experta que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados.	La intervención: «estar con». Acompañar a la persona en sus experiencias de salud. Individualizar los cuidados. La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados.
PERSONA	Posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual. Tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación.	Es un todo formado por la suma de sus partes, cada una de las cuales es reconocible e independiente. No participa en sus cuidados.	Es un todo formado por la suma de sus partes que están relacionadas (ser biop sico socio cultural y espiritual). Participa en sus cuidados.	Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta en relación mutua y simultánea con el entorno en continuo cambio. Orienta los cuidados según sus prioridades.
SALUD	Deseo de utilizar bien cada capacidad que la persona posee.	Estado de equilibrio y altamente deseable, percibido positivamente. Ausencia de enfermedad.	Salud y enfermedad: distintos pero en interacción dinámica. Ideal que se ha de conseguir según el contexto en que la persona vive.	Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona. Realización del potencial de creación de la persona.

ENTORNO	Compuesto por elementos externos a la persona, que puedan ser controlados a fin de que ésta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud.	Separado de la persona. Definido en sus aspectos físico, social, cultural. Percibido como factor que debe ser manipulado y controlado.	Constituido por los contextos histórico, social, político, etc. Rico en estímulos positivos y negativos.	Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente. Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible.
PRÁCTICA	Práctica en el medio clínico y comunitario. Control de las condiciones sanitarias.	Medidas de higiene específicas para el control de las enfermedades. Procedimientos establecidos. Sede de tareas delegadas.	Avances tecnológicos para la conservación de la vida. Inicio de los conocimientos propios de la disciplina aplicados a la práctica. Plan de cuidados según la gestión de resolución de problemas aplicados a los cuidados.	Utilización de la tecnología que respeta los recursos disponibles y la dignidad del ser humano. Conocimientos en atención a una calidad de vida según el punto de vista de la persona. Dualidad persona-enfermera. Cuidado global según un modelo conceptual.
FORMACIÓN	Principios de higiene pública. Prevención de las infecciones y heridas. Enseñanza de modos de vida.	Memorización de los signos y síntomas de las enfermedades. Conferencias de médicos. Habilidades técnicas.	Conocimiento de otras disciplinas en ciencias humanas y sociales. Gestión de resolución de problemas aplicada a los cuidados.	Base científica que permite utilizar el conocimiento propio de la disciplina de forma creativa.
INVESTIGACIÓN	Objeto de investigación: observación y recopilación de datos estadísticos comparativos; índices de morbilidad y de mortalidad	Objeto de investigación: enfermedades contagiosas y planes de cuidados específicos; evaluación de las técnicas de cuidados, funciones y actividades de la enfermera.	Objeto de investigación: el cliente y su entorno. Desarrollo de una base específica de conocimientos. Empleo de marcos teóricos de otras disciplinas.	Objeto de investigación: comportamientos asociados a la salud y experiencias de salud. Diversidad de métodos de investigación para la comprensión de los fenómenos.

GESTIÓN	Gestión centralizada en el medio hospitalario. Autonomía profesional en el medio comunitario.	Gestión centralizada (sistema «caso por caso» y sistema funcional). Orientación hacia la tarea.	Gestión centralizada (sistema de equipo). Orientación hacia la persona.	Gestión descentralizada (cuidados globales, cuidados integrales, sistema modular, gestión del caso). Apertura hacia el mundo.
----------------	---	---	---	---