

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**CONOCIMIENTO Y UTILIDAD DE LOS
MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA
POR PARTE DE LOS ENFERMEROS
PROFESIONALES, SEGÚN EL PARADIGMA
DE LA INTEGRACIÓN, COSTA RICA, 2017**

ROSA BERMÚDEZ GUTIÉRREZ

Enero, 2018

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I	12
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.1. Antecedentes del problema	13
1.1.2. Delimitación del problema	21
1.1.3. Justificación.....	21
1.2. PROBLEMA PRINCIPAL	23
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.3.1. Objetivo general	23
1.3.2. Objetivos específicos.....	24
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	25
CAPÍTULO II.....	26
MARCO TEÓRICO	26
2.1. CONTEXTO TEORICO CONCEPTUAL	27
2.1.1. Filosofía de Patricia Benner.....	44
CAPÍTULO III	49
MARCO METODOLÓGICO	49
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	50
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
3.3. UNIDAD DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	50
3.3.1. Población.....	50
3.3.2. Muestra.....	50
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	52
3.4.1. Validez y confiabilidad del cuestionario.....	52
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
3.7 PLAN PILOTO.....	59
CAPÍTULO IV	60
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	60
4.1. GENERALIDADES	61

CAPÍTULO V	78
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	78
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	79
CAPÍTULO VI	88
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
6.1. CONCLUSIONES	89
6.2. RECOMENDACIONES	91
REVISION BIBLIOGRAFICA	93
ANEXOS	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Criterios de inclusión y exclusión.....	51
Tabla N°2. Distribución de los profesionales de enfermería según sexo y años de incorporado al colegio de enfermeras y enfermeros de Costa Rica por la frecuencia de utilización de los modelos y teorías de enfermería en el área laboral, Costa Rica, diciembre, 2017.	66
Tabla N°3. Distribución de los profesionales de enfermería según grado académico y universidad de egreso por importancia basada en la ética y moral de aplicar los modelos y teorías de enfermería, Costa Rica, diciembre, 2017.....	70
Tabla N°4. Distribución de los profesionales de enfermería según especialidad por la consideración de la aplicación individualizada de modelos y teorías de enfermería, Costa Rica, diciembre, 2017.	72
Tabla N°5. Distribución de los profesionales de enfermería según el área donde se desarrolla por servicio de salud donde es de mayor utilidad la aplicación de modelos y teorías. Costa Rica, diciembre, 2017.	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1. Distribución de los profesionales de enfermería según la frecuencia de aplicación del conocimiento de los modelos y teorías de enfermería en sus labores prácticas diarias por rango de edad, Costa Rica, diciembre, 2017.	67
Figura N°2. Distribución de los profesionales de enfermería según su consideración de utilidad de la aplicación de modelos y teorías de enfermería en el área laboral o puesto que desempeña por condición laboral Costa Rica, diciembre, 2017.....	68
Figura N°3. Distribución de los profesionales de enfermería según su consideración de mejora de la relación enfermera-paciente gracias al conocimiento de modelos y teorías de enfermería por lugar de trabajo Costa Rica, diciembre, 2017.	69
Figura N°4. Distribución de los profesionales de enfermería según frecuencia de aplicación del conocimiento brindado por las teorizantes de enfermería por consideración de mejoría de relaciones interpersonales con usuarios y/o personal de salud, Costa Rica, diciembre, 2017.	73
Figura N°5. Distribución de los profesionales de enfermería según el nivel de importancia de un mayor fomento en Costa Rica del conocimiento y la utilización de modelos y teorías de enfermería, por formación académica teórica y práctica de los mismos. Costa Rica, diciembre, 2017.	74
Figura N°6. Distribución de los profesionales de enfermería según frecuencia de utilización de modelos y teorías para elaborar un proceso de atención de enfermería (PAE), brindar un mejor cuidado en una situación de emergencia y abordar de mejor manera el duelo familiar, Costa Rica, diciembre, 2017.....	76

Figura N°7. Distribución de los profesionales de enfermería según el modelo y teoría que utiliza por áreas de enfermería, desde el paradigma de la integración. Costa Rica, diciembre, 2017..77

RESUMEN

Introducción: Mediante la presente investigación, se pretende determinar cuál es el conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería, por parte de los enfermeros profesionales según el paradigma de la integración, Costa Rica, 2017. **Objetivo General:** Se identifican el conocimiento y la utilidad como temas centrales y para su análisis se toman en cuenta los patrones de conocimiento enfermero de Carper: Empírico, Estético, Ético y de Conocimiento personal; de Kérouac y sus colegas se toma el paradigma de la integración descrito con base en el surgimiento de sus cuatro escuelas: Necesidades, Efectos deseables, Interacciones y Promoción de la salud, con sus respectivas teorizantes. Y, finalmente, se utilizará la analogía de la filosofía de Benner, cimentada en un modelo situacional que describe cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades de una enfermera(o): principiante; principiante avanzado; competente; eficiente, y experta. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, se realiza en una población conformada por enfermeros profesionales graduados durante los últimos 45 años y que habitan en alguna de las siete provincias de Costa Rica, en el periodo establecido, la muestra fue no probabilística por conveniencia conformada por 210 profesionales, se construyó un instrumento con una escala tipo Likert con cuatro a cinco opciones de respuesta para medir el conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería según: frecuencia, importancia, y acuerdo, con 27 ítems divididos en tres 3 dimensiones, la confiabilidad se midió a través de Alpha de Cronbach con un resultado de 94,2. **Resultados.** De la muestra, el 97 % son costarricenses, que residen en San José, un 56 %, Heredia 17 %, Alajuela 8 % y Cartago un 17 %. El 75 % son mujeres, que en conjunto con los varones se encuentran en edades entre los 21 y 65 años de edad, la condición laboral activa es de un 92 %, en hospitales públicos se concentra un 34 % y en privados un 21 %, la mayor

participación de profesionales fue de la UCR 40 %, las funciones de enfermería las desarrollan los 210 profesiones, en cuidado directo 181, educación 134, administración 75 e investigación 37 personas, la enseñanza teórica de los modelos y teorías de enfermería fue de 98 % y la práctica 21 %, los demás datos se cruzaron para enriquecer los resultados. **Discusión:** Los profesionales de enfermería consideran que es necesario que en Costa Rica se promueva más el conocimiento práctico de los modelos y teorías de enfermería, ya que hasta el momento la formación se ha centrado en la parte teórica dejando un vacío en la técnica. En cuanto al conocimiento y la utilidad los resultados obtenidos, muestran una variabilidad favorable para su implementación en las cuatro áreas de enfermería y en todos los servicios de especialidades; sin embargo, la utilidad en los hospitales públicos muestra una carencia de aplicación y respecto a las teorizantes y/o modelos más utilizados se destaca que de la propuesta de 13 pensadoras del paradigma de la integración sobresalen las representantes de las cuatro escuelas que lo conforman en cuidado directo: Virginia Henderson, en educación: Nola Pender, en administración: Hilder Peplau y en investigación: Imoge Kim. **Conclusiones:** Se determina que en Costa Rica los profesionales consideran pertinente el fomento del conocimiento y la utilización de los modelos y teorías de enfermería para el desarrollo de la práctica profesional, donde los aspectos sociodemográficos como la nacionalidad, el sexo, la edad, y estado civil no representan una relevancia, se identifica que los patrones de conocimiento adquirido están acordes con el nivel formación referido, los modelos y/o teorizantes aplicados son variados sin que exista una predominante; sin embargo, la utilidad y aplicación práctica es escasa especialmente en las áreas de administración e investigación.

Palabras clave: Conocimiento, utilidad, modelos y teorías de enfermería, patrones de conocimiento, paradigma de la integración, niveles de adquisición y desarrollo de habilidades enfermeros.

ABSTRACT

Introduction: The research aims to determine what is the knowledge and usefulness of nursing models and theories by the professional nurses according to the integration paradigm, Costa Rica, 2017. **General Objective:** Knowledge and usefulness are identified as the central themes and for their analysis are taken into account Carper's patterns of knowing: Empirics, Esthetics, Ethics, and Personal Knowledge; Kérouac and colleagues paradigm of Integration, described on the basis of the emergence of its four schools: Needs, Desirable effects, Interactions and Health promotion, with their respective theorists; and the analogy of Benner's philosophy based on a situational model that describes five levels of acquisition and development of a nurse's skills: beginner; advanced beginner; competent; efficient, and expert. **Methodology:** A quantitative descriptive study, performed in a population made up of professional nurses graduated during the last 45 years and who live in one of the seven provinces of Costa Rica, in the established period, a non-probabilistic sample method by convenience conformed by 210 professionals was used, an instrument with a Likert scale type including four to five response options and 27 items divided into three dimensions was built to measure the knowledge and usefulness of nursing models and theories according to: frequency, importance, and agreement, the reliability was measured through the Cronbach's alpha with a result of 94.2. **Results.** Of the sample, 97 % are Costa Ricans, who reside in San José 56 %, Heredia 17 %, Alajuela 8 % and Cartago 17 %. 75 % are women, who together with men are between the ages of 21 and 65 years old, 92 % are currently working, 33 % in public hospitals and 20 % in private hospitals, greater participation of professionals from the UCR 40 %, nursing functions are developed by 210 professionals in direct care 181, education 134, administration 75, and research 37, the theoretical teaching of the models and theories of nursing was 98 % and practice 21 %, the other

data were crossed to enrich the results. **Discussion:** Nursing professionals believe that it is necessary to promote more the practical knowledge of the nursing models and theories in Costa Rica, since up to now the training has been focus on the theoretical aspects leaving a gap in the technique; in terms of knowledge and the usefulness of the results, they show a favorable variability for its implementation in the four areas of nursing and in all specialties services, however; the utility in public hospitals shows a lack of application, regarding the most used theorists and/or models, stand out from the 13 proposed under the integration paradigm, the four schools that comprise it in direct care: Virginia Henderson, education: Nola Pender, administration: Hilder Peplau and research: Imoge Kim. **Conclusions:** It was determined that Costa Rican professionals consider relevant the promotion of knowledge and the use of nursing models and theories for the development of professional practice.in Costa Rica, where sociodemographic aspects such as nationality, sex, age and civilian status do not represent a significant relevance, it is identified that, the knowledge patterns are in accordance with the referred training level, the models and the applied theorists vary without a predominant one; however, the utility and practical application is limited, mainly in the areas of administration and research.

Key words: Knowledge, usefulness, models and theories of nursing, knowledge patterns, integration paradigm, levels of acquisition and nursing development skills.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

Antecedentes internacionales

La enfermería moderna se origina a mediados del siglo XIX, uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras emprende en 1836 en Kaiserswerth, Alemania, a cargo del pastor Theodor Fliedner para la Orden de Dianonisas Protestantes, tal como lo indican Massó et al.¹: “por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale”¹, quien posteriormente se convierte en fuente de inspiración para otras enfermeras que plantean sus modelos y teorías basadas en los principios de la disciplina, según sus áreas de desarrollo y especialidad y hoy son reconocidas a nivel mundial como teorizantes de enfermería.

Los autores también mencionan que, gracias a la “llegada de las escuelas de enfermería de Florence y sus heroicos esfuerzos y reputación, se transforma la concepción de la enfermería en Europa y posteriormente se establecen las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida”¹, bases que actualmente continúan cimentando los principios de la disciplina. Es menester reconocer que desde los postulados de Nightingale ha transcurrido más de un siglo, durante el cual muchas enfermeras han esclarecido la esencia y razón de la enfermería, mediante la elaboración de marcos conceptuales, teorías y filosofías del cuidado, intentando precisar su propia área de conocimientos, investigación y de la práctica. Bajo el criterio de Molina et al.² “las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica”².

Urta³ respecto al tema, añade que en los últimos 50 años la disciplina de la enfermería se ha visto inmersa en un proceso de cambios que inicia con el desarrollo de la teoría, seguido de la síntesis y pasa luego por el desarrollo de conceptos. Además, Urta³ plantea que es “la diversa y activa producción científica de enfermería la que ha permitido delimitar el cuerpo de conocimientos propios dentro de lo que se denomina ciencia de la enfermería”³ y esto también permite que la disciplina adquiera más utilidad, fuerza, conocimiento y notoriedad.

Massó et al.¹ refieren que, en las dos últimas décadas, se han producido cambios dinámicos en la práctica de enfermería, “uno de estos cambios es la aplicación más rigurosa del proceso científico, que comprende la investigación profunda y sistemática de un problema dentro de un marco teórico definido”¹, esto da paso a la integración respecto al conocimiento y la utilidad de los modelos y las teorías de enfermería en el ámbito profesional.

Respecto al conocimiento y a la utilidad de los modelos y teorías de enfermería, Spear⁴, en el año 2007, realiza un análisis descriptivo de 207 tesis doctorales de enfermería, este análisis se enfoca principalmente en investigar cuál es la inclusión o la exclusión respecto a la utilidad de las teorías de enfermería por parte de los profesionales, entre los resultados obtenidos casi la mitad (45,4 %) de las tesis doctorales utiliza teorías de campos distintos de la enfermería, el 27,1 % de los investigadores trabaja las teorías de enfermería y un 27,5 % restante estudia tesis dedicadas a la generación teórica. Evidenciando una baja prevalencia respecto al conocimiento y utilidad de los modelos y teorías de enfermería, que tal como se indica corresponde a menos de un 30 %, y sobresale el aspecto de que al momento de investigar los profesionales de enfermería prefieren acogerse primariamente a teorías pertenecientes a otras disciplinas en lugar de validar su propia doctrina con los modelos enfermeros existentes.

Doane y Varcoe, citados por Spear⁴, señalan que lo anterior acontece porque muchos profesionales consideran que las teorías de enfermería son una obligación académica de poco valor o relevancia práctica, considerando su desarrollo como un ejercicio de futilidad que crea más confusión conceptual que claridad. Sin embargo, Spear⁴ aclara que diversos estudios realizados en torno a esta temática sugieren dos puntos: el primero que la investigación en enfermería debe desarrollar más las teorías de enfermería en lugar de las de otras disciplinas y el segundo que otros autores creen que la investigación y la práctica pueden incorporar legítimamente lo que se conoce como teoría prestada, ampliando así los conocimientos y la utilidad de las teorías enfermeras al incorporarlas con los postulados de otras disciplinas, sin que esto minimice el valor de una investigación.

Galvis⁵ ante este planteamiento asevera que “el profesional de enfermería debe conocer y apropiarse de las teorías que son propias de su doctrina para así sustentar su práctica en conocimiento disciplinar válido, que le permita además un avance en el área asistencial e investigativa”⁵, ya que al utilizar las teorías de otras disciplinas como línea primaria de investigación se pierde la esencia del cuidado holístico basado en las respuestas humanas y no en lo orgánico como lo plantean las demás.

Urra³ retoma, “lo que sucede respecto al tema es que durante los últimos años enfermería ha evolucionado como disciplina, sin embargo, en la comunidad de enfermeras(os) muchas veces por falta de investigación no se conocen los avances”³, y se relegan las prácticas a los estándares biológicos, normalmente basados en otras teorías.

En el año 2009, la Universidad de Murcia publica un artículo que según Mesquita et al.⁶ cita:

La enfermería está ganando espacio con la llegada de la investigación y el uso de las teorías, pasando a ser vista como una disciplina importante en el área de salud, además de desempeñar un papel relevante en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud⁶.

El planteamiento de Mesquita et al.⁶, según este artículo, es que, aunque en algunos otros estudios se perciban dificultades en cuanto al uso de las teorías de enfermería, también se debe apreciar que hay un aumento en el número de estudios que sí utilizan los presupuestos de las teorías para fundamentar los descubrimientos en diversas áreas de la rama. De acuerdo con los autores, el estudio de las teorías causa todavía alguna incomodidad entre los enfermeros, debido a la inexistencia de una mayor familiarización con el tema, y exclaman: “el conocimiento más profundo sobre las teorías y su importancia como aliada en la sistematización de la asistencia propicia una reducción en el nivel de expectativa, contribuyendo a la calidad de la asistencia”⁶.

Mesquita et al.⁶, asimismo, refuerzan: “es esencial que los enfermeros evalúen las teorías a ser utilizadas, para brindar un mayor auxilio a la práctica y desarrollo de la enfermería, así como para la elaboración de la asistencia de forma más sistemática”⁶. De ahí, la importancia en el uso de los modelos de análisis y de las teorías, buscando el conocimiento más profundo de estas, la reflexión de su utilidad y la contribución a la práctica profesional.

López et al.⁷ reflexionan acerca del conocimiento y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial y aclaran que, a menudo, estos “se relegan de la práctica enfermera porque son complejos y no se conocen en profundidad; sin embargo, es responsabilidad de todos los profesionales que nuestra práctica tenga un buen fundamento

teórico que permita el avance de la ciencia enfermera”⁷. Además, mediante una extensa revisión bibliográfica de publicaciones a nivel de España, los autores referencian que, si bien los profesionales de enfermería de ese país sí conocen y utilizan los modelos en su práctica profesional, estos no usan un modelo de enfermería definido, esto a pesar de que en otros países europeos desde fines de la década de los sesenta, si han sido claramente definidos y utilizados según las áreas de especialidad, para fundamentar la práctica, educación e investigación en enfermería.

Reyes et al.⁸ refieren en cuanto a la adherencia de las enfermeras(os) a utilizar un modelo teórico, que pese a que en la literatura hay trabajos y estudios acerca de modelos y teorías de enfermería, durante las investigaciones se evidencia que existe un gran vacío entre lo que dicta la teoría y lo que se desarrolla en la práctica y citan a Leddy y Pepper⁸, quienes señalan que “por tradición, las enfermeras(os) basan su práctica en la intuición, la experiencia o la forma como le enseñan”⁸, lo que trae consigo que estos métodos conduzcan a una práctica estereotipada y rutinaria.

Reyes et al.⁸ sugieren que frente a esta problemática el valor de las teorías y modelos de enfermería cumplen un rol importantísimo, ya que proporcionan una base para formular hipótesis relativas a la práctica que hacen posible obtener un fundamento para las acciones de enfermería. Asimismo, cabe destacar que la práctica basada en la ciencia respalda la imagen de enfermería como una disciplina profesional. Galvis⁵, bajo esta misma línea de investigación y con relación a la utilidad de los modelos y teorías de enfermería menciona:

Se han encontrado pocos artículos, ponencias o libros cuyo objeto sea el cuidado de enfermería en los que se enuncien modelos y teorías de enfermería

usados en la práctica, por esto; se podría llegar a pensar que el cuidado se ha dado con el enfoque biomédico asistencialista⁵.

Moreno⁹, por su parte, aclara lo siguiente:

[...] en los últimos sesenta años el desarrollo de la enfermería como disciplina es innegable, y esto se debe fundamentalmente al ingreso de enfermeras a programas de posgrado, como maestrías y doctorados, que promueven el interés por el desarrollo del conocimiento y la investigación⁹.

Como consecuencia de esto, se desarrollan diversos modelos conceptuales y teorías de enfermería que definen la disciplina, explican su razón de ser, sus principios científicos, filosóficos y sus valores. Considerando la aclaración de Moreno⁹, es paradójico que no se aprecien avances tan significativos en los diferentes escenarios de la práctica.

Gunther¹⁰, de igual forma, acota los siguientes datos: tres de los principales factores que han influido en esta situación son: primeramente, que “muchas enfermeras continúan fundamentando su práctica en el modelo médico”¹⁰, lo cual les dificulta profundizar sobre aspectos que son de especial interés para el desarrollo del conocimiento de enfermería, generar teorías e indicadores de calidad. Como segundo factor, hay “una falta de credibilidad de las enfermeras en el desarrollo teórico de enfermería”¹⁰ y muchas asocian la aplicación de modelos con la elaboración de planes de cuidado que demandan una gran cantidad de tiempo y en la práctica son imposibles de aplicar por el elevado volumen de pacientes que tienen a cargo. Y el tercer factor que influye en forma definitiva, es que “las enfermeras cada día y con mayor frecuencia desarrollan actividades de carácter administrativo, que ocupan la mayor parte de su

tiempo”¹⁰. Según el prisma de este autor, los tres factores se sintetizan en la falta de conocimiento, lo cual, por ende, conlleva a una disyuntiva en la utilidad de estos.

Moreno⁹ refuerza la idea anterior acotada por Gunther al detallar lo siguiente:

Las entidades de salud han delegado en los profesionales de enfermería la función de garantizar el cumplimiento de los procesos de normalización y estandarización de la calidad, atender las demandas de las normas legales y de auditoría en los servicios, y garantizar el cumplimiento de órdenes de otros profesionales⁹.

La autora expresa que, si bien no existe ninguna duda de la importancia de estos procesos, sí es lamentable que los profesionales tengan que delegar en el personal auxiliar el cuidado directo de las personas que hasta hace no muchos años, era una de sus actividades primordiales por ser la fuente principal de su conocimiento y el cuidado directo es la función principal de aplicación y utilidad de los modelos y teorías de enfermería. Aunado a esto, Duran¹¹ hace una reflexión sobre las dificultades que tienen las enfermeras para la selección, utilización y desarrollo de la teoría de enfermería que respalde la práctica autónoma, ya que, con su investigación, Duran¹¹ se debate los siguientes argumentos:

¿Por qué ha existido y existe todavía entre las enfermeras controversia sobre la teoría de enfermería y su aplicación en la práctica y la investigación? O, ¿finalmente, llegaremos a un acuerdo entre nosotras antes de perder la oportunidad de desarrollar plenamente el liderazgo que deberíamos tener dentro del grupo de las disciplinas orientadas a la práctica del cuidado y promoción de la salud?¹¹

Duran¹¹ posterior a estos cuestionamientos rememora y, pertinentemente, cita las sugerencias de Florence Nightingale relacionadas con la dirección que debe tomar el desarrollo del conocimiento de enfermería, “la evolución de éste nos ha llevado, en ocasiones, a alejarnos de la responsabilidad que demanda la disciplina”¹¹, e indica que solamente a partir de la década de los sesenta se comienza a descubrir nuevamente un tipo de conocimientos que permite establecer la enfermería como una ciencia enfocada al cuidado y a la promoción del bienestar de los seres humanos en la salud y la enfermedad.

Sancho¹² et al., en concordancia con Duran¹¹, señalan: “en las últimas décadas la enfermería ha sufrido numerosos cambios que contribuyen en mayor o menor medida al desarrollo de la disciplina”¹². No obstante, sigue existiendo en la actualidad una barrera que dificulta y retrasa este desarrollo de la ecuación compuesta por la teoría y puesta en práctica de los modelos y teorías de enfermería.

Murrain¹³, al respecto, cita a Alaf Meléis, quien durante el VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería que tuvo lugar en Bogotá en el año 2000, defiende la idea de que “hasta que la enfermería no consiga armonizar teoría y práctica, seguirán observándose fisuras en la base científica del conocimiento de esta disciplina”¹³. De modo que el conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería son una herramienta que debe ser implementada por los profesionales desde las aulas, en la teoría y puesta en práctica durante el desarrollo de las actividades disciplinarias.

Antecedentes nacionales

Costa Rica hasta el momento no reporta estudios similares a este tema, según la exhaustiva búsqueda realizada por medio de consultas a las principales bases de datos tanto electrónicas

como físicas, que se encuentran a disposición de los estudiantes e investigadores del área de salud. Según la revisión de las bases de datos de las principales bibliotecas de salud con énfasis de enfermería, en la Universidad Hispanoamericana, se revisan 142 tesis de licenciatura en enfermería, de las cuales ninguna tuvo afinidad con alguna de las variables de esta investigación. En la Universidad de Costa Rica, se revisan 1023 ficheros encontrando cero antecedentes relacionados con la temática de investigación. De igual modo, en la Universidad Latina, en la Universidad de Iberoamérica y en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social se encontraron un total de cero coincidencias. Y, finalmente, la Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA) no permite el acceso a su base de datos, para estudiantes de otras universidades, aun cuando los fines son académicos.

1.1.2. Delimitación del problema

La investigación se lleva a cabo en las 7 provincias del territorio costarricense, durante el mes de diciembre, con enfermeros(as) profesionales entre los 20 y 65 años, que ejercen la enfermería en los distintos escenarios laborales, durante el 2017.

1.1.3. Justificación

La presente investigación se justifica desde el marco de relevancia social, pues los resultados obtenidos del estudio son de utilidad para beneficiar tanto a la población estudiantil de enfermería, como a los profesionales de enfermería, al proporcionar información respecto a un área legítima y muy valiosa en conocimientos de la disciplina enfermera, área que actualmente a nivel nacional presenta una carencia. Además, este estudio permite generar nuevas inquietudes de investigación, respecto a los conocimientos y la utilidad que ejercen los profesionales de enfermería, en relación con los modelos y las teorías de enfermería, debido a que ninguno de

estos temas se ha estudiado solo o de manera conjunta. De acuerdo con el sondeo realizado en Costa Rica, no se presentan artículos, tesis o escritos que reflejen cuál es la interacción del profesional de enfermería, según el conocimiento y/o la utilidad de los modelos y teorías de enfermería durante el desarrollo de la práctica profesional.

El conocimiento y la utilidad que le dan los enfermeros profesionales a los modelos y teorías de enfermería es de suma importancia para la expresión de cuidados, acciones y actividades de enfermería, por lo cual el presente estudio procura ser una herramienta para favorecer su promoción e implementación por parte de los enfermeros(as) dentro de la práctica diaria del desarrollo profesional independientemente del área o puesto donde se desempeñe.

La investigación busca beneficiar tanto a los estudiantes como a los profesionales de enfermería, ya que, por medio del instrumento de medición de las variables, se pretenden determinar los vacíos o fortalezas que existen actualmente respecto al conocimiento y a la utilidad de los modelos y las teorías de enfermería, de modo que se pueda clarificar y/o reforzar la información correspondiente a este tema e incorporarla dentro de los programas de estudio teórico y práctico de la carrera de enfermería, en los diferentes centros de enseñanza universitaria, ya que su desarrollo es parte esencial de la doctrina de enfermería. Y en cuanto a los profesionales, que genere nuevas inquietudes de investigación, evaluación y el establecimiento de criterios, al brindar aportes respecto a la utilidad de esta temática propuesta para aplicarla al desarrollo de sus actividades competitivas.

El estudio de esta temática parte de una inquietud fundamentada durante el transcurso de la carrera de enfermería, en los grados de bachillerato y licenciatura, ya que, al realizar investigaciones o durante el desarrollo de las prácticas clínicas, los modelos y las teorías de las pensadoras de enfermería establecen un aporte y utilidad únicas al guiar la investigación, la

formación, la administración y la práctica de la enfermería, siempre desde una óptica holísta idónea de la profesión, y por considerar que la teoría no solo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que es crucial para la práctica de la enfermería profesional. Cabe recalcar además el extraordinario estímulo y desarrollo que proporcionan las teorías al crecimiento profesional, al generar ideas novedosas y promocionar el desarrollo de nuevas teorías y aplicaciones para la formación en la disciplina y los cuidados de calidad en la profesión de enfermería; sin duda, sus aportes han enriquecido las vidas de los profesionales de todo el mundo, pues las teorías de enfermería son algo característico que define la rama asentada sobre sus propias bases científicas.

Tal como lo ilustra la teorizante Watson, citada por Raile¹⁴, al afirmar que “sin un lenguaje propio somos invisibles como disciplina y enfermería seguirá percibida como una práctica derivada de las ciencias médicas y sociales con un perfil totalmente indiferenciado”¹⁴. Por tanto, cuanto más se adquiera conocimiento y se apliquen y utilicen los modelos y teorías de enfermería, menos se perderá la esencia y la razón de ser de esta noble disciplina.

1.2. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería; por parte de los enfermeros profesionales según el paradigma de la integración, Costa Rica, 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar el conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería, por parte de los enfermeros profesionales según el paradigma de la integración, Costa Rica, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

Caracterizar a los enfermeros profesionales de Costa Rica en aspectos sociodemográficos y laborales, 2017.

Identificar el conocimiento de los enfermeros profesionales, sobre modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración, según Carper.

Identificar la utilidad de los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración por parte de los enfermeros profesionales.

Identificar los modelos y teorías de enfermería que son aplicados por los enfermeros profesionales desde el paradigma de la integración.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

No se presentaron alcances ni limitaciones para esta investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. CONTEXTO TEORICO CONCEPTUAL

Diferentes aspectos configuran, sustentan y se relacionan con las propuestas y los cimientos de la filosofía enfermera de la teorizante Patricia Benner, acerca del cuidado, de las competencias y etapas de la formación de la enfermera(o) hasta alcanzar la experticia, razón por la cual son integrados como parte de esta investigación, ya que el conocimiento y la utilización de los modelos y teorías de enfermería inicia, según Kozier et al.¹⁵, con Florence Nightingale como pionera y su legado no se ha detenido, sino que, por el contrario, cada día surgen nuevas propuestas con base en los criterios de profesionales enfermeros que en su labor de enseñanza, investigación, administración y gestión del cuidado, proponen nuevas directrices de cuidado que se adaptan a la época y a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, tal como lo plantea Benner¹⁴.

Patricia Benner estudia la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir la sapiencia que sustenta la práctica enfermera y mantiene que en una disciplina práctica el conocimiento aumenta con el tiempo y se desarrolla a través del diálogo, en relaciones y contextos situacionales, asimismo, establece la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico.

Benner afirma que el desarrollo del conocimiento en una disciplina consiste en ampliar el conocimiento práctico mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente que es desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta ciencia. Benner, citada por Raile¹⁴, considera que “las enfermeras no documentan adecuadamente sus conocimientos clínicos y que la falta de estudio de las prácticas y observaciones clínicas hace que las teorías en enfermería carezcan de la singularidad y riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta”¹⁴.

Conocimiento en enfermería

El conocimiento dentro de una disciplina puede emanar perspectivas tanto filosóficas como científicas (visiones del mundo o de la realidad). Roper¹⁶ define el conocimiento de una manera concisa como “la ciencia de un hecho”¹⁶. La búsqueda del conocimiento sustantivo es lo que lleva a las eruditas en enfermería a identificar la necesidad de instaurar teorías para guiar la investigación y la práctica profesional de la enfermería. Por lo cual, Raile et al.¹⁷ aportan “el conocimiento del proceso de desarrollo de la teoría es básico para adquirir el conocimiento personal de los trabajos teóricos de la disciplina”¹⁷.

Benoliel, citada por Betancur¹⁸, pertinente al conocimiento en enfermería, exterioriza “conocer puede interpretarse como ser consciente de forma particular e individual, de las complejidades de una situación dada y allegar recursos internos experimentados anteriormente para darle significado”¹⁸. Según lo plantea la autora, es deber del profesional de enfermería como ser social, participar en la resolución de problemas de los usuarios y ayudarles a identificar mediante la interacción enfermera paciente, con cuáles herramientas disponen para hacer frente a las diversas situaciones que enfrenten.

Para Durán¹⁹, el crecimiento de la disciplina radica “en parte, en el desarrollo de las teorías que dan sustento al conocimiento de la enfermería”¹⁹, pero más que todo, en aquel conocimiento que permite ser la base de la práctica fundamentada y autónoma. Es decir, un conocimiento que exprese el tipo de conocimiento que utiliza la enfermería.

Categorías del conocimiento

El conocimiento tiene su origen en la mente de los individuos, a manera de síntesis de diversos componentes, como: creencias, experiencias, inteligencia, intuiciones, juicios, valores, entre otros. Este puede ser transmitido mediante el lenguaje, las acciones y la observación.

Valhondo²⁰ explica que la situación del conocimiento en la mente de las personas y en medios físicos da lugar a una clasificación ampliamente aceptada y que contempla dos categorías que, al interactuar, dan lugar a procesos de creación de conocimiento tácito y explícito.

Conocimiento tácito: es el conocimiento personal, almacenado en la cabeza de los individuos, difícil de formalizar, registrar y articular y que se desarrolla mediante un proceso de prueba y error que va conforme al conocimiento del individuo sobre diversas materias.

Conocimiento explícito: hace referencia a aquel conocimiento que ha sido almacenado, articulado o codificado en algún tipo de medio físico y puede ser transmitido inmediatamente a otros.

Patrones de conocimiento de enfermería

Carper, citada por Betancur¹⁸, describe cuatro patrones de conocimiento derivados del análisis y de la estructura de la sapiencia científica de enfermería, los cuales están inmersos en las dos categorías citadas previamente por Valhondo²⁰. En concordancia, Guevara et al.²¹, recalcan que para enfermería la configuración, utilidad y aplicación de los patrones del conocimiento es una herramienta que le posibilita al profesional el poder conocer a profundidad la ciencia de enfermería para su aplicación en la práctica. A lo que Carper¹⁸ amplía que “desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud”¹⁸ en tanto, Guillen et al.²² indican

que el conocimiento es importante para enfermería, porque es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y en el método científico.

La esencia del conocimiento enfermero tiene su máxima expresión y representación por medio del cuidado en diversas formas, según lo ilustra Carper, citada por Guillen²², los cuatro patrones de conocimiento que sustentan la práctica profesional de enfermería son: patrón empírico o ciencia de la enfermería, patrón estético o arte de enfermería, patrón ético o conocimiento moral de enfermería y patrón de conocimiento personal. Estos se diferencian de acuerdo al tipo lógico de su significado y se interrelacionan con la filosofía de Benner cuyo modelo es situacional y describe los cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades de una enfermera(o): principiante; principiante avanzada; competente; eficiente, y experta (Ver anexo N°1).

a) Patrón empírico o ciencia de la enfermería.

La disciplina de enfermería extrae de varios conocimientos los elementos necesarios para dar el cuidado, por lo tanto, la perspectiva de este patrón hace referencia a la ciencia de enfermería, la cual utiliza los saberes de las teorías de enfermería y los saberes del enfoque biomédico, pero, también, retoma los conocimientos de las ciencias básicas, entre ellas: anatomía, fisiología, farmacología, psicología y aplicación de técnicas. Por lo que este patrón es un tipo de conocimiento explícito.

Guevara et al.²¹ señalan “el conocimiento empírico se origina en los hechos concretos y supone que la única causa del conocimiento humano es la experiencia”²¹. Para Benner, citada por Raile et al.¹⁷, la experiencia no consiste en un simple período, sino en un proceso activo de redefinición y cambio de las teorías, nociones e ideas preconcebidas al confrontarlas con las situaciones reales e implica que exista un diálogo entre lo que ocurre en la práctica y lo que se espera.

Las expresiones de este patrón son: la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos. Sin dejar de lado el razonamiento de Carper, citada por Durán¹⁹, que, al respecto, puntualiza que el patrón empírico o ciencia de la enfermería “es la ciencia del cuidado mismo de enfermería”¹⁹. Y en relación con la teorizante Benner, este patrón corresponde a los conocimientos aplicados por una enfermera eficiente.

b) Patrón estético o arte de enfermería.

El patrón estético es la integración y síntesis de todo el conocimiento como se vive en el cuidado, es decir cómo puede el profesional de enfermería trascender al momento de crear posibilidades dentro de situaciones específicas de enfermería. Este patrón es un tipo de conocimiento explícito y en relación con la filosofía de Benner, el arte de enfermería concierne a los conocimientos y habilidades que posee una enfermera experta y los aplica en base a la sapiencia y las vivencias de la expertiz.

Betancur¹⁸ expresa que este arte se hace visible a través de la acción que toma el enfermero para proporcionarle al usuario lo que requiere, “nos permite actuar en el acto, sin deliberación”¹⁸. Para esta autora, el patrón estético comprende la interpretación de las necesidades del usuario y la actuación del profesional siempre a favor de este, porque para comprender al paciente es necesario “observarlo, escucharlo e interpretar lo que se ve, se oye y luego actuar”¹⁸. El criterio de Carper, citada por Betancur¹⁸, es que la expresión que refleja este patrón es: “un acto artístico que significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el cliente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención”¹⁸.

c) Patrón ético o conocimiento moral de enfermería.

Benner²³ menciona que el código moral guía la conducta de las enfermeras y la parte ética se enfoca en aquellas materias de obligatoriedad o relacionadas con lo que se debe hacer; este

aspecto se ve materializado en los conceptos de servicio a las personas y respecto a la vida humana e incluye los juicios de valor moral, las normas y códigos éticos de la disciplina. Carper, citada por Betancur¹⁸, indica que las expresiones de este patrón son las teorías éticas, códigos, normatividades y los estándares propios de la disciplina y en relación con la filosofía de Benner, este patrón corresponde a los conocimientos y habilidades que desarrolla una enfermera principiante y una principiante avanzada, que sientan sus primeros escalones sobre las bases del conocimiento moral, el cual es tácito.

Raile, cita a Day y Benner¹⁷, quienes definen el comportamiento ético “como una buena conducta nacida de una relación individualizada con el paciente que comporta embarcarse en una situación particular e implica un sentido de pertenencia al grupo profesional correspondiente”¹⁷. Este comportamiento es algo que está socialmente arraigado, vivido y plasmado en las prácticas y las formas de ser y responde a una situación clínica que fomenta el bienestar del usuario. Benner, adicionalmente, alecciona que “los criterios clínicos y éticos son inseparables y deben guiarse por estar con y entender los problemas humanos y las posibilidades en situaciones concretas”²³.

d) Patrón de conocimiento personal

El conocimiento personal (uso terapéutico del yo) se centra en conocer y encontrar a la persona y al otro, se desarrolla a través de la relación e interacción del personal de enfermería con su paciente y con sí mismo. Es el patrón más importante para el entendimiento de la salud, en términos de bienestar y desarrollo individual. A través del conocimiento de sí mismo, la persona es capaz de relacionarse con otro ser humano con apreciación total de la experiencia. Y en relación con la ideología de Benner, este patrón coincide con los conocimientos y habilidades

que desarrolla una enfermera competente, y por sus características se enmarca en el tipo de conocimiento tácito.

La hipótesis de Benner se relaciona con este patrón por medio de dos conceptos, el primero “aspectos de una situación”¹⁷, los cuales definen cómo los elementos recurrentes, situacionales y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera, y en segundo lugar “los atributos de una situación”¹⁷ que son las propiedades medibles de una situación que puede entenderse sin haberla vivido anteriormente. Ambos dominios describen la forma en la que el enfermero construye el conocimiento personal a través de las situaciones vividas o experimentadas en el continuo proceso de formación profesional.

Benner²³, respecto a este patrón, además, ilustra: “debemos conocernos a nosotros mismos y cuestionarnos para saber si podemos dar ese cuidado que el paciente requiere, cuestionarnos si hicimos bien o mal al dar ese cuidado”²³. Esta pensadora indica que es responsabilidad de todo profesional buscar, por sí mismo, el conocimiento que le falta para brindar cuidados de calidad, esa es la esencia del conocimiento personal, porque el enfermero es consciente de los otros tres conocimientos que posee y decide si desea desarrollarlos al máximo para dar el mejor cuidado al integrar las expresiones de este cuarto que en esencia son “ser sí mismo y ser”²³.

Durán¹⁹ también señala que “el conocimiento de la enfermería no puede nutrirse, con exclusividad, de teorías empíricas o de evidencias derivadas de las mismas, ya que estaríamos perdiendo ámbitos de descubrimiento como los que nos ofrecen los otros tres tipos de conocimiento”¹⁹. Es por esto que la indagación de enfermería debe formalizar la integralidad del conocimiento, enfatizando en el desarrollo de teorías éticas, estéticas y de conocimiento personal, que den claridad a estos patrones y que emerjan de la comprensión de una enfermería que se comporta como ciencia humana, tal como lo concibe Carper.

Utilidad de los modelos y teorías de enfermería

La enfermería es una disciplina extraordinaria que brinda cuidados especiales a las personas y que ha construido una ciencia inteligente que cimienta cosas maravillosas, desde maestras como Florence Nightingale, que da el ejemplo y la fuerza para sentar las bases de la disciplina y seguir adelante, hasta las múltiples enfermeras que proponen sus teorías y modelos como herramientas útiles de crecimiento y educación continua.

La utilidad es considerada como una variable de este estudio, ya que se alude a la puesta en práctica como acción del entendimiento de para qué sirven, en el caso de esta investigación, los modelos y las teorías de enfermería. Una vez que el profesional tiene conocimiento de estas, les puede dar utilidad al emplear un modelo específico para trabajar en favor de los usuarios, en alguna de las cuatro áreas de atención de enfermería.

Áreas de desempeño de enfermería

El profesional de enfermería, actualmente, se desempeña en diferentes áreas, todas de gran importancia; sin embargo, Benner²³ afirma que es el área asistencial la que ejerce una mayor participación y es la más flexible para diseñar y aplicar planes de tratamiento basados en los modelos y teorías de enfermería. Estos quehaceres de enfermería se clasifican en cuatro áreas disciplinarias según la ley 7085²⁴: educación, cuidado directo, administración e investigación, las cuales pueden ser abordadas por el profesional para aplicar los principios y fundamentos teóricos de los modelos y teorías, según la rama de especialidad y el paradigma seleccionado.

Modelos de enfermería

Rojas²⁵ aclara que un modelo de enfermería es un “conjunto de conocimientos y directrices abstractos que sigue la enfermería, los cuales se clasifican según un tema o centro de interés

principal y facilitan la comunicación entre los enfermeros y ayudan a explicar el quehacer de la enfermería”²⁵. Es decir, es un lenguaje propio que le permite al profesional desarrollar sus cuidados y criterios con bases científicas orientadas, según su naturaleza. Respecto al marco conceptual de enfermería, Téllez et al.²⁶ precisan “los modelos son concepciones de una disciplina que guía la práctica, la investigación, la docencia y la gestión”²⁶. Ese conocimiento es de gran relevancia, ya que su versatilidad le permite al enfermero(a), orientar al usuario según sus necesidades, requerimientos y recursos con los que cuenta.

Teorizantes de enfermería

Las teorizantes de enfermería son, sencillamente, enfermeras que se desarrollan en diferentes campos, como la ética, atención primaria, salud mental, obstetricia, cuidado crítico, entre otros. Por medio de la experiencia y observación, estas analizan la conducta y el accionar de enfermería en ese quehacer de cada una y lo fundamentan en un modelo. Bajo el entendimiento de que un modelo, según Mosby²⁷ “orienta al cumplimiento de las reglas, y normas que rigen esa teoría”²⁷, la cual es su razón de ser y está fundamentada en principios éticos y científicos, según lo plantea Benner²³.

Teorías de enfermería desde el paradigma de la integración

Raile¹⁴ señala que “el desarrollo de teorías en enfermería es un componente esencial de la erudición enfermera, para fomentar el conocimiento de la disciplina”¹⁴. Además, las teorías enfermeras claramente explicadas fomentan la comprensión y el análisis de fenómenos enfermeros y guían el desarrollo académico de la ciencia y de la práctica enfermera a través de la investigación. Conjuntamente, se desglosan a continuación los principales conceptos que conforman el escenario mediante el cual se amalgaman los componentes disciplinares que giran

en torno a las teorías de enfermería y como se integran a los paradigmas para dar sostén y fundamento a los modelos conceptuales de enfermería. Partiendo de la premisa de que las teorías, según Smith et al.²⁷ “son conocimiento especulativo que intenta explicar o predecir un fenómeno”²⁷.

Tal como lo ilustra Raile¹⁴ al exclamar:

[...] las teorías de enfermería se explican de manera general a través de los metaparadigmas: persona, entorno, salud y cuidado, ya que ofrecen una visión panorámica de la disciplina mediante los supuestos de cada teoría o modelo y son las teorizantes quienes le asignan su propia especificación o significado a cada concepto¹⁴.

Las teorías enfermeras, según Kérouac et al.²⁹, se clasifican a través de tres grandes corrientes de pensamiento, también llamadas paradigmas, que son: categorización (el ser humano es divisible en categorías), integración (el ser humano es un todo integrado y está relacionado con su entorno) y la transformación (el ser humano es único, pero interactúa en un mundo global). Por otra parte, lo que diferencia los paradigmas es el tipo de orientación que tienen. La categorización se orienta hacia la salud pública y la enfermedad, la integración hacia la persona y la transformación se orienta hacia la globalización. Asimismo, en función de sus afinidades, las teorías de enfermería se han dividido en seis grupos de escuelas que surgen de dos de los paradigmas, generando así el pensamiento enfermero.

El objeto de estudio de esta investigación es el paradigma de la integración, del cual surgen cuatro escuelas basadas en: necesidades, efectos deseables, interacciones y promoción de salud. En tanto que de la transformación surgen el caring y el ser humano unitario.

Respecto a las escuelas de pensamiento de enfermería Reyes³⁰ ilustra:

[...] son el producto y evidencia del desarrollo teórico de la disciplina, ya que representan y exponen diversas corrientes ideológicas que ayudan a ubicar y a entender desde diversas perspectivas el fenómeno de cuidado a la persona, proporcionando una base filosófico-teórica que apoya su comprensión, facilitando así la dirección y el sentido de la práctica profesional³⁰.

La conformación de cada una de las escuelas está dada por teóricas que comparten, en general, una misma postura ideológica en cuanto a la enfermería como ciencia del cuidado y demás conceptos o núcleos básicos de los metaparadigmas. A continuación, se describen las cuatro escuelas que integran el paradigma de la integración, así como las teorizantes de referencia que conforman esta corriente de pensamiento, ya que su abordaje permite ampliar el panorama y entendimiento de este paradigma.

a) Escuelas basadas en las necesidades de la persona

Kérouac et al.²⁹ indican que estas escuelas deben su influencia a dos teorías de la rama de psicología, al incorporar principios fisiológicos y psicológicos, basados en la teoría de la motivación de Maslow y la teoría de las etapas del desarrollo humano de Erikson. Y, como su nombre lo indica, orientan el interés de la disciplina en la persona y bajo esta línea de acción la enfermera se dirige hacia la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona, y al desarrollo de sus capacidades para el autocuidado.

Reyes³⁰ explica que la escuela del pensamiento de los teóricos de las necesidades es la primera en desarrollarse es propuesta y dirigida por Virginia Henderson y “ella definió la enfermería como el cuidado ofrecido a pacientes que tienen la necesidad de ayuda hasta el tiempo en el que

sean capaces de cuidarse por sí mismos”³⁰. Raile et al.¹⁷, en concordancia, aportan: “El compendio de necesidades básicas está inmerso dentro de las dimensiones: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual”¹⁷, las cuales son esenciales para la supervivencia e indispensables para la integridad y además pueden ser utilizadas de modo universal o específico según los requerimientos de cada individuo.

b) Escuela de los efectos deseables

Las escuelas de los efectos deseables son identificadas por Reyes³⁰ quien puntualiza:

Las teorizantes que las conforman han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros en términos de restablecimiento de un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o preservar la energía inspiradas en teorías de adaptación y desarrollo, así como en la teoría general de sistemas³⁰.

Las teorizantes Dorothy Johnson, Calista Roy, Mayra Levine y Betty Neuman son las principales exponentes de esta escuela y tienen influencias de las teorías de adaptación y de desarrollo de la teoría general de sistemas, Kérouac et al.²⁹ aclaran que los principales supuestos entrelazados para estas teorías son lograr hacer patente el resultado o efectos deseables de la acción cuidadora y restablecer el equilibrio o preservar la energía de la persona, que es vista como un sistema.

c) Escuelas basadas en interacciones

La escuela de pensamiento interaccionista es la tercera escuela propuesta y según lo menciona Reyes³⁰ su principio “se enfoca a los patrones de interacción y, las formas en que la confianza, la armonía y las relaciones son desarrolladas y vistas como elemento clave para el cuidado”³⁰.

Reyes³⁰ asevera que enfermería es vista por estos grupos de teóricos “como un proceso que sólo es significativo si se considera en términos de la relación dinámica entre persona sujeta a cuidado y la enfermera”³⁰. Razón por la cual los procesos de curación y cuidado solamente ocurren cuando se establece dicha relación entre tres aspectos: la enfermedad (experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona comprende su significado), el cuidado (acción humanitaria y no mecánica entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda) y ayudar. Se concluye con base en los aportes del autor que la enfermera debe aclarar sus valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado. Esta escuela tiene como máximas representantes a las teorizantes Peplau, Paterson, Orlando, Travelbee, Wiedenbach y Kim.

d) Escuela de promoción de la salud

Respecto a esta escuela, Reyes³⁰ afirma que el objetivo de los cuidados se amplía a la familia, que aprende de sus propias experiencias de salud. Raile et al.¹⁷ indican que actualmente la principal exponente que representa esta escuela es Nola Pender. Y las fuentes explícitas que subyacen esta escuela son: cuidados primarios a la salud, ampliamente fundamentada en la teoría de aprendizaje social de Bandura.

La enfermería es un recurso de aprendizaje primario de salud para las familias y la comunidad, donde la enfermera desempeña un rol de agente facilitador, estimulador y motivador del aprendizaje.

Paradigmas de enfermería

Araya y Ortiz³¹ indican que las enfermeras pretenden precisar su propia área de investigación y de práctica desde hace muchos años y hacen el esfuerzo de buscar las palabras que describan

justamente sus actividades de cuidado dirigidas a usuarios provenientes de diversos lugares, esto con el fin de aclarar su campo de disciplina, es aquí que se integran los paradigmas y metaparadigmas de enfermería.

Valles³² considera que un paradigma “es el conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referente para el desarrollo de una ciencia”³². Y Téllez et al.²⁶ ofrecen una definición más sencilla al opinar que “los paradigmas son corrientes de pensamiento que influyen en los saberes y las disciplinas tales como la experiencia, las creencias, los valores y las prácticas”²⁶. Bajo esta óptica de los autores, se sitúan las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera y son llamados “paradigmas”.

Los paradigmas se ubican y surgen en diferentes escenarios históricos, son una forma de pensar en un momento dado, en un espacio, en un tiempo y bajo una circunstancia, lo cual hace que puedan variar. Un paradigma es ver la profesión como algo vocacional, donde la enfermera siente el llamado y, hoy por hoy, pueden ser diversos, relacionados con la etnia, la cultura, el momento de vida, entre otros. Respecto al paradigma de enfermería empleado para desarrollar la experiencia práctica, se hace referencia al paradigma de integración, sin embargo, se definen los tres tipos de paradigmas existentes en aras de ofrecer una mayor claridad respecto al tema.

Kérouac et al.²⁹ indican que en el área de la ciencia enfermera diversos autores proponen una terminología específica para esos paradigmas, considerando su influencia sobre las concepciones de la disciplina, y se trata de “los paradigmas de categorización, la integración, y la transformación”²⁹.

Paradigma de categorización

Tiene un enfoque biomédico, su lema es “hacer por” y su objeto de estudio es el cuidado, en este paradigma, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos que son considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Se utilizó, ampliamente, en las corrientes del pensamiento entre los años 1850 a 1950, estaba orientado hacia la salud pública y los procesos de salud-enfermedad, tal como lo plantean Kérouac et al.²⁹:

Este paradigma ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y más tarde una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica²⁹.

Paradigma de integración

El paradigma de la integración tiene su orientación en los cuidados de enfermería hacia las personas, y todas aquellas acciones que hablan de necesidad, de interacción, y efectos; se utiliza considerablemente entre los años 1950 a 1975; dos hechos importantes marcan esta propuesta: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación.

Kérouac et al.²⁹ indican que este paradigma “reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno y lo integra al contexto específico en que se sitúa el fenómeno”²⁹. En él, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica. Su lema es “hacer con” y al igual que en el de categorización, su objeto de estudio es el cuidado. Sanabria et al.³³ puntualizan que esta corriente supone una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se transforman

en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería.

La orientación del cuidado de enfermería se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: salud física, psíquica y social. En síntesis, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Además, debido a que los conocimientos y las necesidades de salud evolucionan y se vuelven más complejas, la formación profesional también requiere robustecerse e implementar más la investigación como herramienta de progreso ya que esto le da un gran poder en la toma de decisiones.

El establecimiento de un marco de referencia para la acción de cada paradigma explica la diversidad de expresiones del cuidado. Según Reyes³⁰, la orientación de este paradigma es “la persona influenciada por su entorno, que se convierte en el centro de la práctica enfermera”³⁰. Con base en esto, se definen a continuación los metaparadigmas correspondientes, citados por Sanabria et al.³³.

La persona: unidad resultante de la suma de las partes, de la interacción de una esfera física, psicológica y para algunas espiritual, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.

El entorno: constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, con los que interacciona con estímulos positivos o negativos, que generan respuestas de adaptación.

La salud: la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica. La salud es un ideal, influenciada por el contexto en que la persona vive.

El cuidado: amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integridad. Sonya R. Hardin y Sue Marquis Bishop citados por Raile¹⁴ ilustran:

El estudio de los paradigmas [...] es principalmente lo que prepara al estudiante para ser miembro de una comunidad científica particular con la que ejercerá más adelante. En ausencia de un paradigma... es probable que todos los hechos que posiblemente podrían pertenecer al desarrollo de una ciencia dada parezcan tener la misma importancia¹⁴.

Paradigma de transformación

Kérouac et al.²⁹ indican que “el paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo”²⁹. La transformación es una orientación hacia el mundo, como las escuelas que hablan del ser humano, es más humanística donde cada fenómeno es único e irrepetible y sirve de inspiración para la disciplina enfermera. Su orientación es hacia el mundo y se constituye desde 1975 hasta el siglo XX, y se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Este paradigma plantea una nueva visión del cuidado de enfermería y acepta que esta disciplina es altamente compleja por la misma interacción humana, la transformación, entonces, se refiere a la creación de nuevos modelos dirigidos al servicio, para proporcionar cuidados de enfermería que den respuesta a las necesidades de atención y cuidado de los usuarios.

LeMone³⁴ señala que en el seno de estas corrientes de pensamiento, se desglosan cuatro orientaciones generales de la disciplina de enfermería que, según Téllez et al.²⁶, son: la salud

pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo. Complementariamente Kérouac et al.²⁹ señalan que estas orientaciones se relacionan estrechamente con los cuatro metaparadigmas de enfermería.

Metaparadigmas en enfermería

Los metaparadigmas son conceptos que caracterizan y orientan la disciplina de enfermería, la cual engloba los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería o cuidado, que son elementos básicos en el quehacer profesional y están fuertemente vinculados como ejes del cambio paradigmático, en especial, con el paradigma de la integración.

- Enfermería: el profesional colabora para facilitar la recuperación de la persona.
- Cuidado: servicio de ayuda específico, socialmente demandado, ofrecido por las enfermeras.
- Salud: se procura el bienestar mantenido del usuario.
- Persona: es el individuo que necesita asistencia para alcanzar la salud.
- Entorno: condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al comportamiento y desarrollo de las personas: medio interno y medio externo.

2.1.1. Filosofía de Patricia Benner

Los modelos y teorías de enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacen las enfermeras(os) de los fenómenos y hechos que conforman la práctica enfermera, utilizando el método científico y aplicando los distintos tipos de razonamiento influenciados por supuestos y paradigmas. Se toma como base de referencia para el desarrollo de esta investigación el apoyo de la teorizante de enfermería Patricia Benner, quien fundamenta su teoría bajo los principios de cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería.

Patricia Benner nace en Hampton (Virginia), realiza sus estudios en California y se licencia en enfermería en el Pasadena College. En el año de 1970, cursó un máster de especialización en enfermería medico quirúrgica, en la Universidad de California, en 1982 obtuvo su doctorado en estrés, afrontamiento y salud en la Universidad de Berkeley (California) y en 1984 publica su tesis, en la cual ella cimienta su teoría basada en la experiencia enfermera³⁵.

Molina et al³⁶ indican que la ideología de Benner es una adaptación del modelo de adquisición y desarrollo de habilidades del estudio y la actuación de jugadores de ajedrez y de pilotos en situaciones de emergencia, que en 1984 desarrollan los hermanos Dreyfus. El modelo de Benner representa cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. Ella cimienta su filosofía en cómo una enfermera va subiendo los escalones y etapas de formación para pasar de ser principiante hasta convertirse en experta, según los lineamientos y las reglas a los que esta debe adherirse y cumplir en su caminar de cada día.

El principiante corresponde a los estudiantes de enfermería, pero también a enfermeras expertas en un área determinada que deben enfrentarse a una situación o un área que no les es conocida. El principiante avanzado son aquellas enfermeras que siguen las normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Benner³⁷ afirma “que tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia”³⁷. En esa etapa, las enfermeras se sienten muy responsables del control del cuidado del usuario, no obstante, aún dependen mucho del consejo de enfermeras con más experiencia.

El competente se caracteriza por la coherencia, la previsión y la gestión del tiempo. El resultado es la consecución de un cierto nivel de experiencia por medio de la planificación y la previsión. La enfermera competente elabora nuevas normas y procedimientos de razonamiento para una

planificación, aplicando las normas de actuación aprendidas en función de los hechos pertinentes de la situación. La eficiente, por su parte, se refiere a personas que son capaces de reconocer los principales aspectos y poseen un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conocen. En este estadio, la enfermera está más implicada con el paciente y su familia.

En cuanto a la experta, sus principales aspectos en la práctica enfermera son los siguientes: demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos, asimilación del saber práctico, visión general y previsión de lo inesperado. La enfermera experta posee la habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. Benner³⁷ afirma que en esta categoría “es muy importante, que la enfermera conozca las preocupaciones y las necesidades reales del paciente, incluso si esto significa planificar y negociar un cambio en el plan de cuidados”³⁷.

Las cinco etapas de adquisición de conocimientos y habilidades enfermeras se entrelazan con el tema de investigación, ya que, según la preparación teórica y práctica que reciben las enfermeras desde su formación hasta alcanzar un nivel de conocimientos elevados, permite la aplicación de conocimientos y la obtención de utilidad de los modelos y teorías de enfermería. Y, de acuerdo con su nivel de aprendizaje, la distinción de los paradigmas según las corrientes de pensamiento crítico, aplicadas para cada área de trabajo, enriqueciendo así su desempeño clínico experto.

Benner estudia la práctica de enfermería clínica con el objetivo de descubrir y describir el conocimiento que sustenta la práctica enfermera. Una de las primeras distinciones que establece es la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico y, por tanto, entre el “saber teórico” y el “saber práctico”³⁵. Del saber teórico, afirma que sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre diferentes sucesos. Mientras que el saber

práctico hace referencia a la adquisición de una habilidad o utilidad que puede desafiar al saber teórico. En resumen, la teoría de Benner proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría.

La relación que establece Benner entre el saber teórico y práctico se entrelaza con los postulados del paradigma de la integración, los cuales se enfocan en la unificación de la relación enfermero-paciente cuyo lema es “hacer con”, ya que este paradigma se orienta en la persona, pero también en la interacción que puede tener el enfermero con el usuario, al integrarlo y hacerlo participe de su proceso de recuperación de la salud.

Benner, citada por Raile et al.¹⁷, da su propia definición de enfermería: “enfermería existe porque las personas experimentan problemas reales y potenciales de salud, necesitan ayuda para prevenirlos o enfrentarlos”. Para esta teórica, las enfermeras cuidan de los individuos, familias y grupos de comunidades sanas y enfermas; a partir de un concepto de totalidad de seres humanos, con sus componentes biopsicosocial, espiritual y cultural, pero, además, cuidan de sí mismas. Y en analogía con esta investigación, es esa aplicación del empoderamiento enfermero la que permite una apertura del conocimiento, utilidad y la puesta en práctica de los modelos y teorías de enfermería, durante el desempeño de diversas actividades disciplinarias.

La elección de este modelo en analogía con el tema de investigación obedece al hecho de que el conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería, está relacionado con la filosofía de Benner, en muchos aspectos, entre ellos la interrelación entre la filosofía, la práctica, la investigación, la teoría, la formación y la relación que existe entre la sapiencia y la utilidad o puesta en práctica de aquellas habilidades y pensamientos críticos que forman parte del conocimiento enfermero y de los patrones propuestos por Carper, además de los puntos expuestos anteriormente (Ver anexo N°2).

Henderson, citada por Brykczynski en Raile¹⁴, afirma “que la obra de Benner From Novice to Expert, dada su naturaleza y su alcance, puede cambiar la práctica y la preparación de las enfermeras para el ejercicio de su profesión”¹⁴.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se adscribe a un enfoque de tipo cuantitativo llamado también tradicional, ya que busca información por medio de instrumentos para la recolección de datos y los convierte de modo que pueden ser analizados de manera estadística.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptiva, pues mide las variables de estudio de forma independiente, pero no establece una correlación directa.

3.3. UNIDAD DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de análisis de la presente investigación son los profesionales de enfermería de todas las provincias de Costa Rica que se encuentran laborando en alguno de los diferentes escenarios de salud del país.

3.3.1. Población

La presente investigación está constituida por una población un total de 16000 enfermeros profesionales graduados durante los últimos 45 años y que habitan en alguna de las siete provincias de Costa Rica.

3.3.2. Muestra

La muestra es de tipo no probabilística, ya que se seleccionan las unidades de estudio según los criterios de inclusión de la investigación. Además, es por conveniencia, pues se toman únicamente las unidades de estudio que realizan el cuestionario en el tiempo delimitado y que cumplen los criterios de inclusión.

El proceso de selección de la muestra se realizó con el programa STATS con una validez de 95 % y un margen de error de 5 %, la muestra está constituida por 210 profesionales de enfermería distribuidos en cinco de las siete provincias de Costa Rica.

3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N°1.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Enfermeros(as) profesionales graduados durante los últimos 45 años.	Enfermeros(as) profesionales que no hayan aceptado el consentimiento informado para poder completar el cuestionario.
Enfermeros(as) en grado de licenciatura, maestría o doctorado.	
Profesionales que laboren en los diferentes puestos de servicios de salud, públicos o privados.	
Profesionales que realicen funciones en al menos una de las cuatro áreas de enfermería: educación, cuidado directo, administración, o investigación.	
Enfermeros(as) de cualquier nacionalidad.	
Enfermeros(as) que residan en alguna de las siete provincias de Costa Rica.	

Fuente: Elaboración propia, 2017.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. Validez y confiabilidad del cuestionario

La validez y confiabilidad de esta investigación se realizó utilizando un cálculo con el Alfa de Cronbach que es una medida de viabilidad para medir la consistencia interna de un cuestionario, basado en un conjunto de ítems que tienen la misma escala, para este estudio los ítems de p.23 a p.26, con un resultado del alfa de Cronbach del 94.21 %, respecto al cual George et al.³⁸ sugieren que un coeficiente alfa $>.9$ es excelente.

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados Welch y Comer, citados por George³⁸. Cuánto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La confiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida confiable del constructo en la muestra concreta de investigación (Ver anexo N°3).

La escala ordinal utilizada para cada ítem de este estudio fue: muy frecuentemente con valor de 5; frecuentemente con valor de 4; ocasionalmente con valor de 3; raramente con valor de 2 y nunca con valor de 1.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es no experimental, ya que no existe una manipulación deliberada de las variables. Además, es considerado un estudio de corte transversal, debido a que recolecta los datos e información en un periodo de tiempo establecido. (Ver anexo N°4).

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La investigación tiene las siguientes variables

- 1) Características sociodemográficas y laborales de los enfermeros profesionales de las 7 provincias de Costa Rica. Instrumento ítems número: 1 al 13.
- 2) Conocimiento sobre los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración de los enfermeros profesionales. Instrumento ítems número: 15 al 19.
- 3) Utilidad de los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración por parte de los enfermeros profesionales. Instrumento ítems número: 20 al 27.
- 4) Los modelos y teorías de enfermería que se aplican por parte de los enfermeros profesionales desde el paradigma de la integración. Instrumento ítems número: 14 y 28.

Cuadro de operacionalización de las variables

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Identificar el conocimiento de los enfermeros profesionales, sobre modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración.	Conocimiento sobre los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración de los enfermeros profesionales.	Conocimiento puede interpretarse como ser consciente de forma particular e individual de las complejidades de los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración.	Conocimiento sobre los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración, visto desde la parte cognitiva, de Carper.	<p>1. Patrón empírico.</p> <p>2. Patrón estético.</p> <p>3. Patrón ético.</p> <p>4. Patrón de conocimiento personal.</p>	<p>Conocimiento técnico adquirido.</p> <p>Conocimiento práctico y habilidades aprendidas.</p> <p>Conocimiento de los códigos, manuales y reglamentos que rigen la disciplina.</p> <p>Conocimiento terapéutico del yo, y relaciones interpersonales.</p>	Items 16 -23

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Identificar la utilidad de los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración por parte de los enfermeros profesionales.	Utilidad de los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración por parte de los enfermeros profesionales.	La utilidad es el interés, provecho o fruto que se obtiene de algo.	La utilidad es el provecho o beneficio que obtienen los enfermeros (as) al utilizar los modelos o teorías de enfermería durante el ejercicio de su práctica profesional, para la toma de decisiones programadas y no programadas en base al paradigma de la integración.	Toma de decisiones programadas en base al paradigma de la integración. Toma de decisiones no programadas en base al paradigma de la integración.	Uso de teorías y modelos en los PAE. Utiliza el plan de atención de enfermería en su jornada laboral (cuidado directo, investigación, docencia, administración). Modelos y teorías de enfermería vs. Emergencias. Utiliza los modelos y teorías de enfermería en una situación de duelo.	Items 24-28

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Identificar los modelos y teorías de enfermería que son aplicados por los enfermeros profesionales desde el paradigma de la integración.	Los modelos y teorías de enfermería que son aplicados por los enfermeros profesionales desde el paradigma de la integración.	Los modelos son concepciones de una disciplina que guía la práctica, la investigación, la docencia y la gestión.	Un modelo de enfermería es un conjunto de conocimientos y directrices abstractos los cuales se clasifican según el centro de interés principal y facilitan la comunicación entre los enfermeros y ayudan a explicar el quehacer de la enfermería. Es decir, es un lenguaje propio, que le permite al profesional desarrollar sus cuidados y criterios con bases científicas orientadas según su naturaleza.	Virginia Henderson: 14 Necesidades humanas, suplencia y ayuda. Hilder Peplau: Relaciones interpersonales Calista Roy: Modelo de adaptación Dorothy Johnson: Modelo del sistema conductual Nola Pender: Promoción de la salud Maira Levine: Modelo de conservación Betty Neuman: Teoría de sistemas	Cuidado directo Educación Investigación Administración * Se repiten los cuatro quehaceres de enfermería para cada dimensión.	Items 29-30

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
				<p>Joselyn Paterson: Enfermería humanística</p> <p>Jean Orlando: Teoría del cuidado</p> <p>Joyce Travelbee: Modelo de relación persona – persona</p> <p>Ernestine Wiedenbach: Teoría arte de cuidar en enfermería</p> <p>Imoge Kim: Teoría del logro de metas</p> <p>Maira Allen: Promoción de la salud.</p>		

Fuente: Elaboración propia, 2017.

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto de esta investigación se ejecuta con 40 enfermeros(as) profesionales de entre 20 y 65 años que laboran en distintos escenarios de salud, en alguna de las siete provincias de Costa Rica durante el tercer cuatrimestre del año 2017. (Ver anexo N°5).

Los resultados obtenidos en el plan piloto permiten evidenciar que la pregunta número diez (10) referente a ¿cuánto tiempo hace que labora como profesional? no es necesaria, ya que la pregunta número ocho (8) referente a ¿hace cuantos años se incorporó al colegio de enfermeras de Costa Rica? responde al mismo enunciado, por lo que esta se elimina.

El enunciado número once (11) que solicita el nombre de la institución donde labora y el enunciado número doce (12) que se refiere al tipo de institución donde labora actualmente, se modifican e integran en uno solo, que responda de forma cerrada a diez opciones de áreas laborales definidas.

El ítem número veintisiete (27) se elimina, pues la pregunta ¿en cuál de las cuatro áreas de enfermería utiliza los modelos o teorías de enfermería? se responde en el ítem veintiocho (28).

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. GENERALIDADES

En este capítulo, se presentan los resultados de la investigación realizada a 210 profesionales de enfermería, que accedieron a participar en la encuesta.

Con respecto a los datos sociodemográficos, la distribución según la nacionalidad presentó un predominio de los costarricenses con un 97 % de participación, según la provincia de residencia, participaron de San José 118 personas, de Heredia 37, de Alajuela 17, de Cartago 36 y de Limón 2 profesionales. Los cuales se distribuyen entre los cinco estados civiles con 88 participantes casados(as), 81 solteros(as), 22 divorciados(as), 14 viven en unión libre y 5 son viudos(as). La distribución respecto al sexo fue de un 24,8 % para la población masculina y un 75,2 % para la femenina, los cuales están distribuidos en diversas áreas de trabajo en cinco de las siete provincias de Costa Rica. En cuanto a los rangos de edad, 63 personas tienen edades entre los 21 y 30 años, entre los 31 y 40 años hay 52 personas, entre 41 y 50 años 54 personas, y entre 51 y 65 años participaron 41 profesionales.

Del total de la muestra, un 93 % de los profesionales refieren estar laboralmente activos. Los resultados arrojados en cuanto a la interrogante sobre el tiempo de incorporados al colegio de enfermeras y enfermeros de Costa Rica indican que un 48 % se encuentra entre menos de 1 año a 10 años con más de 100 profesionales, los que tienen entre 11 y 20 años representan un 25 % con más de 50 profesionales, en tanto que un 18 % son aquellos que tienen entre 20 y 30 años de incorporados y menos de un 10 % son los profesionales con más 30 años de incorporados.

Respecto a la distribución de los profesionales en enfermería, según la institución donde trabaja, sobresale que casi un 35 % está conformado por profesionales que laboran en un hospital público, seguido por un 21 % correspondiente a los hospitales privados, en tanto que un 10 %

son profesionales que se desempeñan en clínicas privadas u otras instituciones. Además, según su universidad de egreso, destacan tres instituciones, la mayor participación obtenida fue por parte de los profesionales en enfermería egresados de la Universidad de Costa Rica con más de un 38 % de respuesta, seguido por casi un 20 % de la Universidad Latina y un 13 % de Universidad Autónoma de Centroamérica.

La distribución de los profesionales en enfermería según su especialidad obtuvo respuesta para las 13 especialidades propuestas en el ítem, sin embargo, se acentúan un 27 % en administración de servicios, un 15 % en salud mental y un 14 % en profesionales de enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal.

De las cuatro áreas de desempeño en enfermería, los 210 participantes refieren realizar funciones mayormente en dos áreas: cuidado directo (181 personas) y educación (134 personas), mientras que en administración (75 personas) y en investigación (37 personas) son menos utilizadas. El 98 % de los encuestados indica que durante su formación académica sí recibió enseñanza sobre las teorizantes de enfermería, no obstante, casi un 80 % señala no haber recibido formación técnica respecto a su uso o aplicación práctica.

La pregunta ¿dentro de sus labores prácticas diarias aplica el conocimiento brindado por alguna de las teorizantes de enfermería? reveló que más de un 30 % de los profesionales las utiliza de forma ocasional y solo un 26 % y 30 % indican que las utilizan muy frecuentemente, y frecuentemente, respectivamente, quedando en evidencia que más de un 15 % no las utiliza.

La interrogante ¿considera usted que el conocimiento sobre los modelos y teorías de enfermería mejora sus relaciones interpersonales con los usuarios y/o el personal de salud? Se dividió en cuatro respuestas de opción múltiple, de las cuales 190 personas indicaron que sí, con los

usuarios; 93 sí, con el personal de salud; 29 no, con el personal de salud, y 11 que no, con los usuarios.

Respecto a si la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe individualizarse para la atención de cada usuario, las respuestas, de acuerdo con escala de Likert, mostraron que 127 profesionales están totalmente de acuerdo; 51, de acuerdo, y 28, indecisos. Y en relación con la importancia ética y moral del conocimiento y aplicación de los modelos y teorías de enfermería durante las labores diarias, los profesionales manifestaron: muy importante, un 46,2 %; importante, un 28,1 %; moderadamente importante, un 19,5 %; de poca importancia, un 4,3 %, y sin importancia, un 1,9 %.

La consideración de utilidad en la aplicación de modelos y teorías de enfermería según el área laboral y el puesto de desempeño mostró un alto porcentaje para las casillas de totalmente de acuerdo con un 38 % y de acuerdo con un 30 %, mientras que los indecisos fueron un 26 %, y los que estuvieron en desacuerdo y totalmente en desacuerdo fueron un 5 %. La interrogante ¿considera usted que es importante que en Costa Rica se fomente más el conocimiento y la utilización de los modelos y teorías de enfermería? Obtuvo un alto índice de respuesta para la opción muy importante con un 62 % de opiniones; importante, un 25 %, mientras que moderadamente importante, de poca importancia y sin importancia sumaron menos de un 13 % de las respuestas.

De la propuesta de nueve servicios de especialidad médica, los profesionales refirieron que la utilidad de la aplicación de los modelos y teorías de enfermería se da en todos, sin embargo, en salud mental (174 personas), y cuidado crítico (162 personas), predomina la opinión de que es de mayor utilidad y área considerada menos relevante es la administrativa.

La frecuencia de utilización de las teorizantes o modelos de enfermería en el área laboral mostró que los profesionales las utilizan solo un 17 % muy frecuentemente, frecuentemente un 23 %, ocasionalmente muestra el mayor porcentaje con un 40 %, mientras que raramente y nunca suman un 20 % de los profesionales que no las consideran útiles.

La utilidad en la toma de decisiones se midió por medio de tres ítems, el primero: la utilidad para elaborar el proceso de atención de enfermería (PAE) señaló que un 32 % las utiliza ocasionalmente; un 24 %, frecuentemente; un 19 %, muy frecuentemente, y menos de un 15 % las utiliza raramente o nunca.

La segunda “Si de pronto usted se enfrenta con alguna emergencia en su servicio, ¿utiliza algún modelo o teoría de enfermería para brindar un mejor cuidado?” indicó que estas son poco utilizadas, ya que un 27,6 % las usa ocasionalmente; un 25 %, raramente; un 20 % nunca las usa, y solo alrededor de un 25 % las utiliza entre muy frecuentemente y frecuentemente. Y la tercera “Si fallece un paciente, ¿utiliza una teorizante o modelo de enfermería para abordar de mejor manera el duelo de los familiares?” en esta interrogante, más de un 65 % refirió que las utiliza entre ocasionalmente y nunca y solo un 35 % las utiliza muy frecuentemente o frecuentemente.

Se presentan a continuación los resultados de la investigación por medio de 3 tablas y 8 figuras, las cuales muestran los resultados del estudio mediante el cruce de 2 o 3 variables.

En las tablas N°2, N°3 y N°4, se analizan los resultados por medio de la puntuación de la escala Likert, según frecuencia, importancia y acuerdo respectivamente; asimismo, en las figuras N°1, N°2, N°4, N°5, N°7, se analizan los resultados por medio de la puntuación de la escala Likert,

según frecuencia, importancia o acuerdo, la figura N°3 se analiza, según respuesta sencilla sí o no y, por último, las figuras N°6 y N°8 se analizan según las cuatro áreas de enfermería.

Cabe señalar, antes de la presentación de las tablas y figuras, que los resultados por medio de la puntuación de la escala Likert se miden según: frecuencia, importancia y acuerdo, en donde “nunca y, totalmente en desacuerdo” equivalen a 0 puntos, “sin importancia” equivale a 1 punto; “raramente, indeciso y de poca importancia”, a 2 puntos; “ocasionalmente, de acuerdo y moderadamente importante”, equivalen a 3 puntos; “frecuentemente, totalmente de acuerdo e importante”, a 4 puntos; y “muy frecuentemente y muy importante”, a 5 puntos.

Tabla N°2

Distribución de los profesionales de enfermería según sexo y años de incorporado al colegio de enfermeras y enfermeros de Costa Rica por la frecuencia de utilización de los modelos y teorías de enfermería en el área laboral, Costa Rica, diciembre, 2017.

Sexo/Años de incorporado al colegio profesional	Frecuencia de utilización de las teorizantes					Total general
	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	
Femenino	12 %	18 %	32 %	8 %	5 %	75 %
Menos de 1 año		1 %	2 %			4 %
1 a 10 años	5 %	8 %	14 %	3 %	3 %	33 %
11 a 20 años	3 %	4 %	10 %	2 %	1 %	20 %
21 a 30 años	2 %	4 %	4 %	2 %		12 %
31 a 45 años	3 %	1 %	2 %			7 %
Masculino	5 %	5 %	9 %	3 %	4 %	25 %
Menos de 1 año						1 %
1 a 10 años	1 %	3 %	2 %	1 %	1 %	10 %
11 a 20 años	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	6 %
21 a 30 años	1 %		3 %			6 %
31 a 45 años			1 %			2 %
Total general	17 %	23 %	40 %	10 %	9 %	100 %

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N°2, a pesar de que la población entrevistada es mayoritariamente femenina (75 % del total) las prácticas en ambos sexos son relativamente parecidas. Se evidencia una mayor concentración de la utilización de las teorizantes, tanto en los entrevistados del sexo femenino como masculino, del 33 % y 10 % de la población total, respectivamente, los cuales tienen entre 1 y 10 años de laborar estando incorporados al Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica. Se destaca que 40 % del total de los entrevistados utiliza ocasionalmente las teorizantes, mientras que el otro 40 % de estos hace uso frecuente o muy frecuente de las teorías.

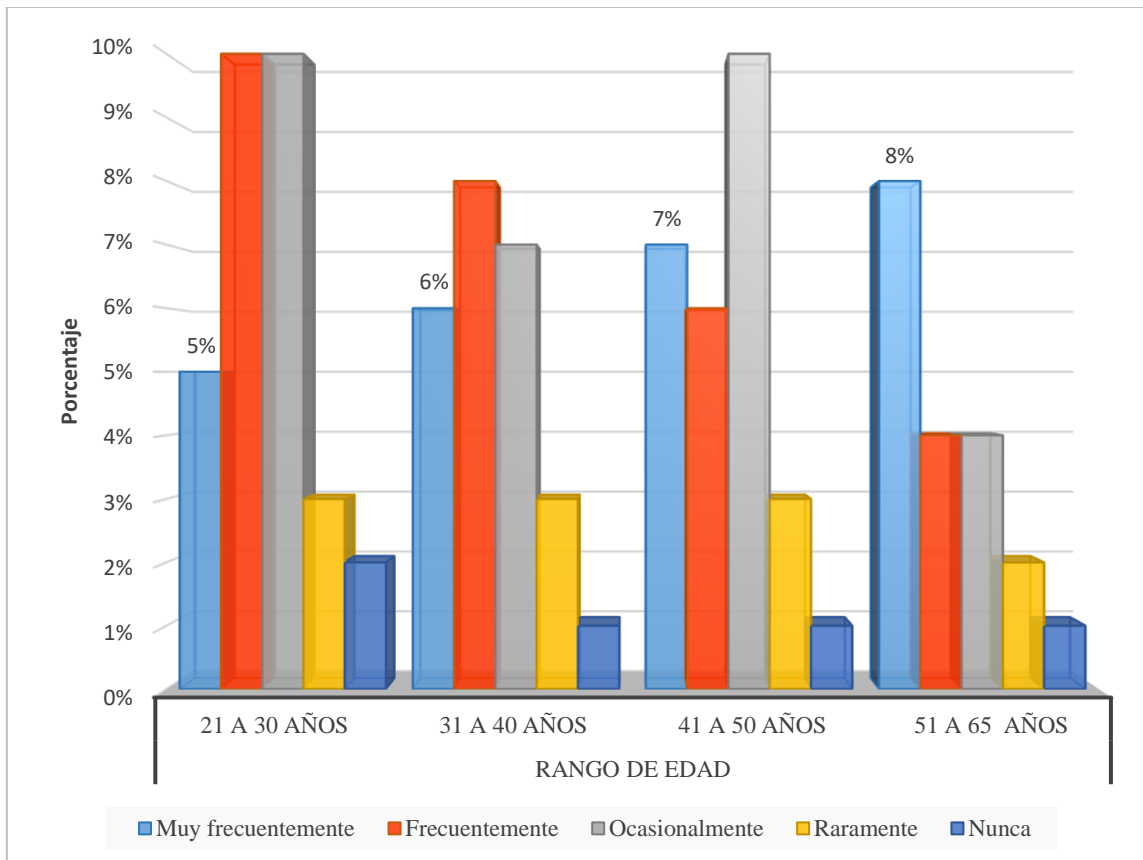


Figura N°1 Distribución de los profesionales de enfermería según la frecuencia de aplicación del conocimiento de los modelos y teorías de enfermería en sus labores prácticas diarias por rango de edad, Costa Rica, diciembre, 2017.

En la figura N°1, se demuestra que la frecuencia de aplicación del conocimiento respecto a los modelos y teorías de enfermería, para las poblaciones más jóvenes, de 21 a 50 años, es del 27 % del total de los entrevistados, quienes hacen un uso ocasional de las teorías. Mientras que para la población entre 51 y 65 años, se destaca la aplicación muy frecuente de las teorías. Por otra parte, es importante señalar que alrededor de un 5 % de los profesionales nunca los aplica.

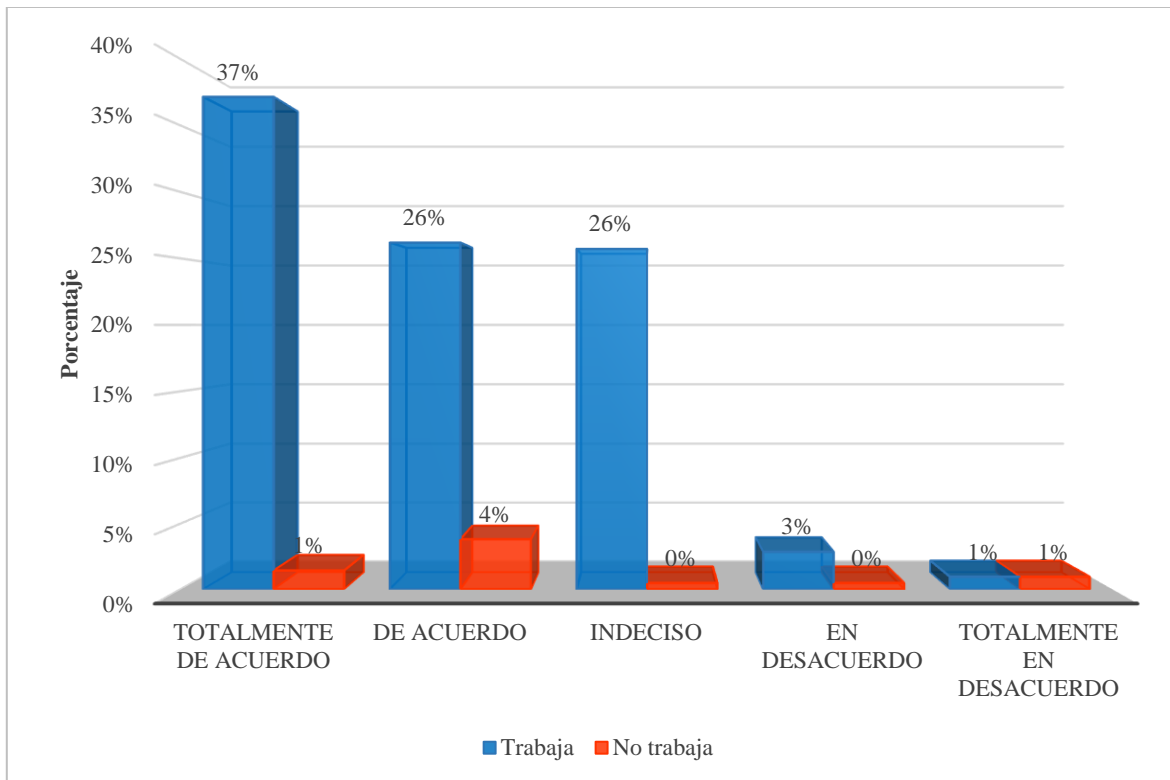


Figura N°2. Distribución de los profesionales de enfermería según su consideración de utilidad de la aplicación de modelos y teorías de enfermería en el área laboral o puesto que desempeña por condición laboral Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La figura N°2 muestra que la opinión de los profesionales de enfermería que se encuentran en condición laboral activa, un 63 % de la población total, se encuentra “totalmente de acuerdo o de acuerdo” con respecto a la utilidad de los modelos y teorías en el área laboral o puesto que desempeñan.

Es de suma importancia señalar que a pesar de que solamente un 1 % está en desacuerdo con la utilidad, 26 % de los entrevistados que se encuentran laborando actualmente, están “indecisos” con respecto a la utilidad de los modelos y teorías de enfermería en el área laboral.

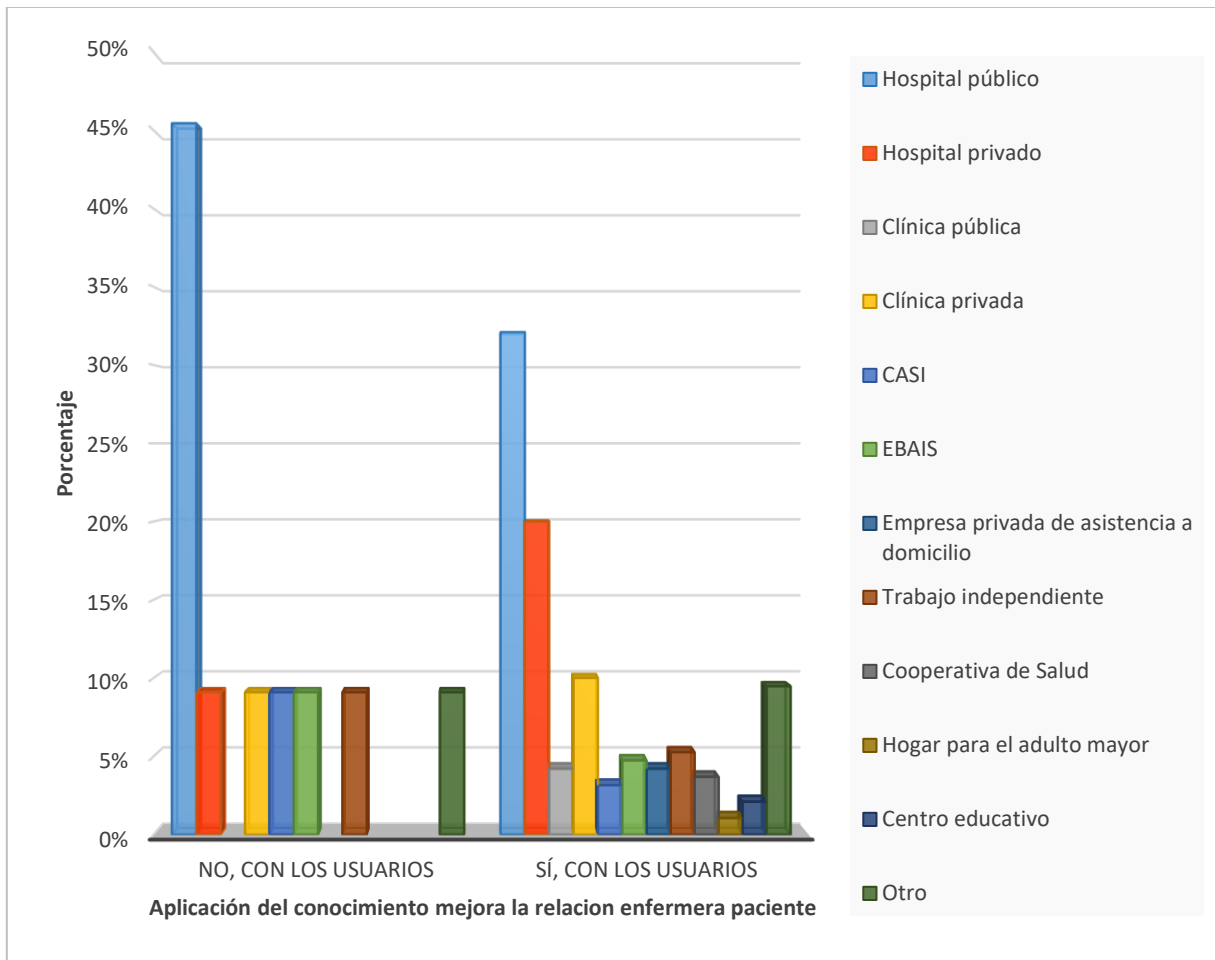


Figura N°3. Distribución de los profesionales de enfermería según su consideración de mejora de la relación enfermera-paciente gracias al conocimiento de modelos y teorías de enfermería por lugar de trabajo Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La figura N°3 muestra que un 45 % de los profesionales que trabajan en un hospital público considera que el conocimiento de los modelos y teorías de enfermería no mejora la relación con los usuarios, por otra parte, un 32 % de los que laboran en un hospital público y un 20 % de los que laboran en un hospital privado consideran que sí mejora la relación enfermera-paciente.

Tabla N°3.

Distribución de los profesionales de enfermería según grado académico y universidad de egreso por importancia basada en la ética y moral de aplicar los modelos y teorías de enfermería, Costa Rica, diciembre, 2017.

Grado académico	Importancia según ética y moral de aplicar modelos y teorías					Total general
	Muy importante	Importante	Moderadamente importante	De poca importancia	Sin importancia	
Licenciatura						
Universidad Autónoma de Centroamérica UACA	5 %	4 %	3 %			14 %
Universidad de Costa Rica UCR	23 %	10 %	6 %	1 %		41 %
Universidad de Iberoamérica UNIBE						
Universidad de las Ciencias y el Arte de Costa Rica	1 %		1 %			2 %
Universidad Hispanoamericana UH	4 %	2 %				7 %
Universidad Latina de Costa Rica	7 %	7 %	6 %	1 %		20 %
Universidad Santa Lucía	6 %	5 %	2 %	1 %		13 %
Otra						1 %
Total Licenciatura	46 %	28 %	20 %	4 %	2 %	100 %
Maestría						
Universidad Autónoma de Centroamérica UACA	3 %	3 %	1 %			6 %
Universidad de Ciencias Médicas UCIMED	1 %					1 %
Universidad de Costa Rica UCR	36 %	13 %	6 %			55 %
Universidad de Iberoamérica UNIBE	4 %		3 %		1 %	8 %
Universidad Hispanoamericana UH	1 %					1 %
Universidad Latina de Costa Rica	3 %	3 %	1 %			6 %
Universidad Santa Lucía	4 %	1 %		1 %		6 %
Otra	13 %	3 %			1 %	16 %
Total Maestría	64 %	21 %	11 %	1 %	3 %	100 %

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Nota: la tabla no incluye el grado académico de doctorado, ya que ninguno de los profesionales cumple con el criterio.

En la tabla N°3 se destaca que del total de los profesionales de enfermería que participó en la muestra, el 38 % (80 de los profesionales entrevistados) son másteres en alguna especialidad. Los profesionales egresados de la UCR son los que sobresalen con un 23 % y un 36 % en licenciatura y maestría, respectivamente, estos consideran, según la ética y moral, que aplicar los modelos y teorías de enfermería, en Costa Rica es “muy importante”.

Tabla N°4.

Distribución de los profesionales de enfermería según especialidad por la consideración de la aplicación individualizada de modelos y teorías de enfermería, Costa Rica, diciembre, 2017.

Especialidades	Consideración de aplicación de los modelos y teorías de enfermería individualizados			Totalmente en desacuerdo	Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso		
Investigación en Ciencias de la Salud	1 %	1 %			3 %
Salud mental y psiquiatría	14 %		1 %		15 %
Cuidados Intensivos	9 %		1 %	1 %	11 %
Salud Pública	1 %			1 %	3 %
Ciencias de la educación con énfasis en docencia	3 %	1 %	1 %		5 %
Administración de servicios de salud	25 %	1 %		1 %	28 %
Gerontología	1 %	1 %			3 %
Enfermería Ginecológica Obstétrica y Perinatal	9 %	4 %	1 %		14 %
Pediatría	1 %				1 %
Epidemiología	5 %				5 %
Urgencias y emergencias	1 %				1 %
Medicina de Aviación y Evacuación Aeromédica	6 %				6 %
Atención Prehospitalaria, Catástrofes y Acción Humanitaria	5 %				5 %
Total general	82 %	9 %	5 %	4 %	100 %

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla N°4 se evidencia que, del total de la población entrevistada, 91 % concuerdan en algún grado con la aplicación individualizada de los modelos y teorías, de los cuales, 25 % cuentan con una especialidad en “Administración de servicios de salud” y son quienes están “totalmente de acuerdo” con la aplicación individualizada.

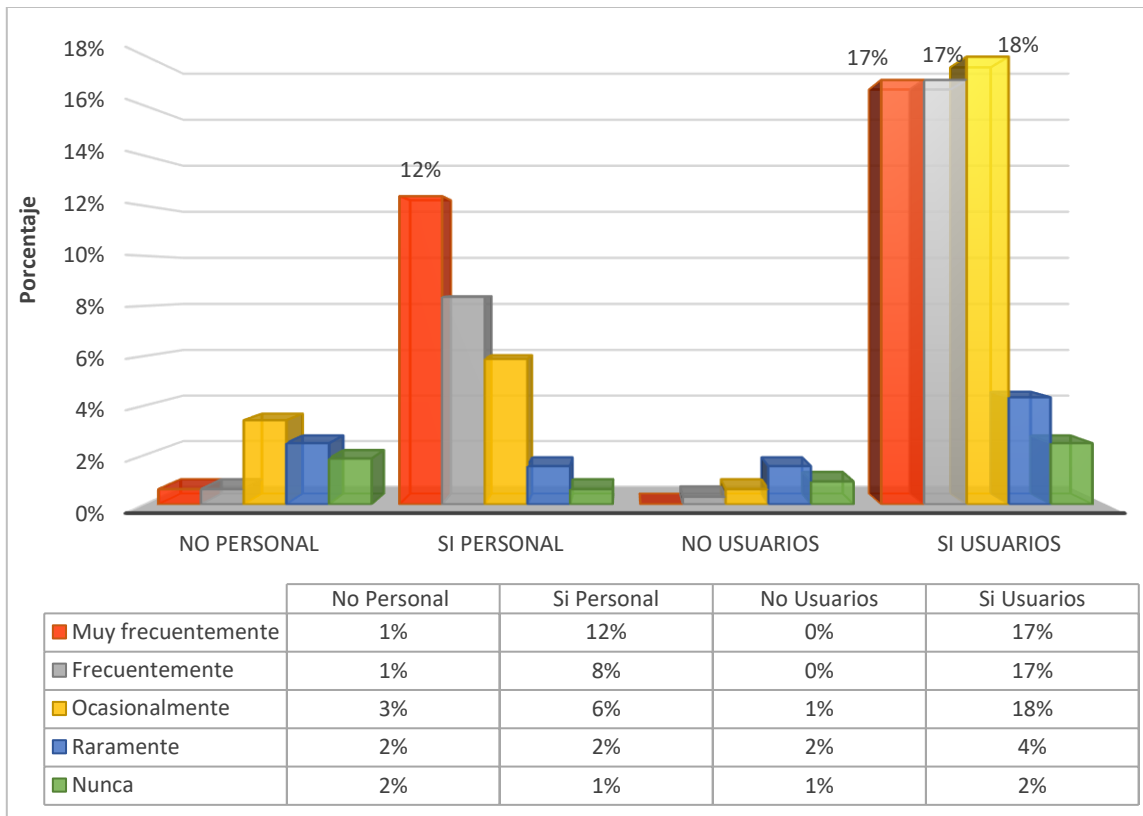


Figura N°4. Distribución de los profesionales de enfermería según frecuencia de aplicación del conocimiento brindado por las teorizantes de enfermería por consideración de mejoría de relaciones interpersonales con usuarios y/o personal de salud, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia 2017.

En la figura N°4 se evidencia que la mayoría de los profesionales de enfermería consideran que los modelos y teorías mejoran las relaciones interpersonales tanto con el personal como con los usuarios, estos aplican el conocimiento brindado por estos con una frecuencia considerable, 20 % y 34 %, respectivamente. Los que consideran que ciertamente mejora las relaciones interpersonales con el personal, aplican el conocimiento muy frecuentemente en un 12 %, mientras que quienes opinan que no mejora la relación interpersonal con el personal, pero sí con los usuarios, aplican el conocimiento ocasionalmente en un 18 %.

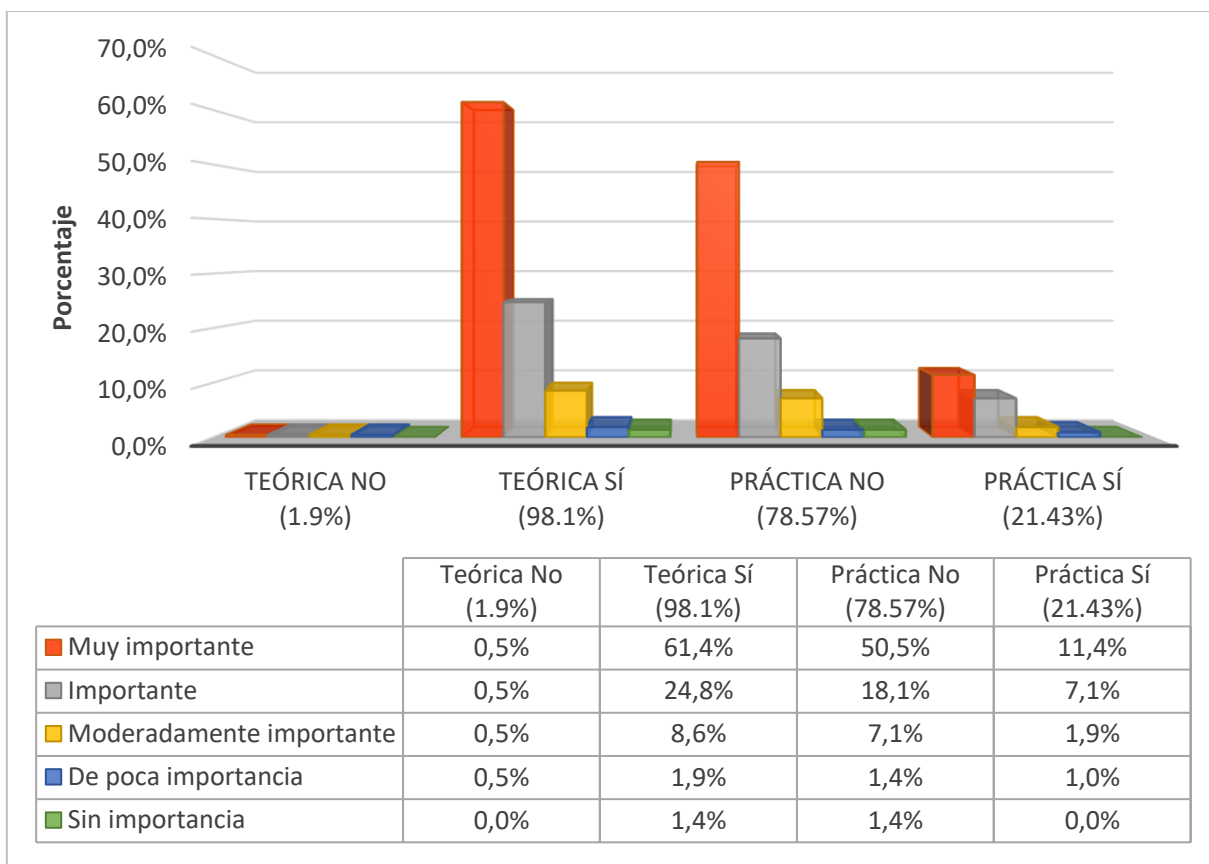


Figura N°5. Distribución de los profesionales de enfermería según el nivel de importancia de un mayor fomento en Costa Rica del conocimiento y la utilización de modelos y teorías de enfermería, por formación académica teórica y práctica de los mismos. Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia 2017.

La figura N°5 muestra que la mayoría de profesionales sí recibió formación teórica relacionada con los modelos y teorías, un 98 %, a diferencia de la formación práctica donde se observa que la mayoría de profesionales, más de un 78 %, no recibieron este aprendizaje.

Por otra parte, los profesionales que sí recibieron formación teórica consideran que es muy importante un mayor fomento en Costa Rica del conocimiento y la utilización de modelos y teorías de enfermería, manteniendo un porcentaje mayor al 50 % en los que no recibieron formación práctica y los que sí la recibieron.

Tabla N°5.

Distribución de los profesionales de enfermería según el área donde se desarrolla por servicio de salud donde es de mayor utilidad la aplicación de modelos y teorías. Costa Rica, diciembre, 2017.

Servicios	Áreas				Total general
	Cuidado directo	Educación	Administración	Investigación	
Medicina general	4.8 %	3.8 %	2.2 %	1.1 %	11.9 %
Cuidado crítico	6.0 %	4.7 %	2.6 %	1.2 %	14.4 %
Materno	4.7 %	3.8 %	2.2 %	1.2 %	11.9 %
Salud mental	6.4 %	5.0 %	2.7 %	1.4 %	15.5 %
Emergencias	3.3 %	2.9 %	1.6 %	0.9 %	8.7 %
Cirugía	3.5 %	3.0 %	1.8 %	1.0 %	9.4 %
Pediatría	3.7 %	3.2 %	1.9 %	0.9 %	9.6 %
Geriatría	4.0 %	3.2 %	2.2 %	1.0 %	10.4 %
Área administrativa	3.0 %	2.6 %	1.6 %	1.0 %	8.2 %
Total General	39.5 %	32.1 %	18.7 %	9.6 %	100.0 %

Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo con la Tabla N°5, para el 71 % de los entrevistados, la aplicación de modelos y teorías representa una mayor utilidad en las áreas de cuidado directo y educación.

Además, los profesionales que trabajan en cuidado directo, educación, administración o investigación, consideran que es de mayor utilidad la aplicación de modelos y teorías en los servicios de salud mental y cuidado crítico, en tanto que en los servicios de administrativo y en emergencias son consideradas de menor utilidad. El mayor porcentaje de profesionales en cada una de las cuatro áreas se integra en el servicio de salud mental.

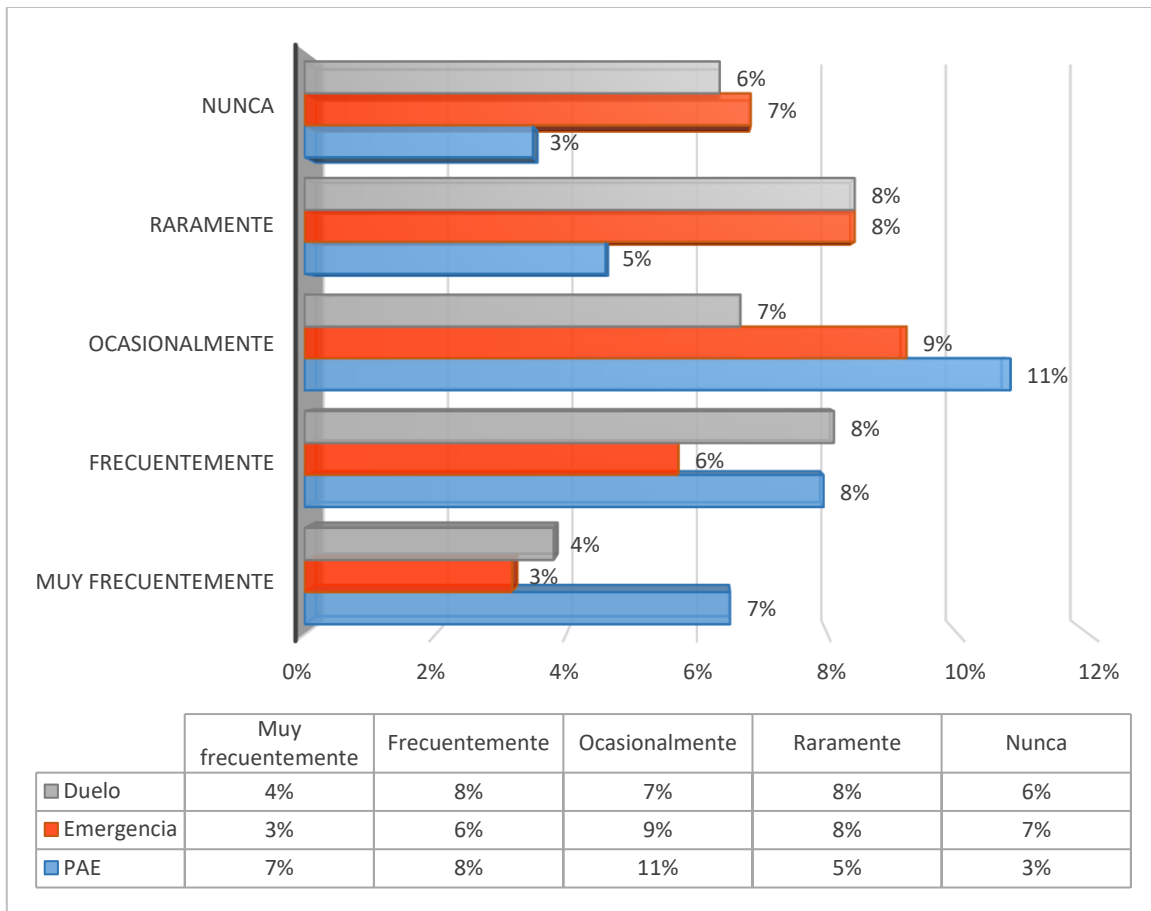


Figura N°6. Distribución de los profesionales de enfermería según frecuencia de utilización de modelos y teorías para elaborar un proceso de atención de enfermería (PAE), brindar un mejor cuidado en una situación de emergencia y abordar de mejor manera el duelo familiar, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

El uso de las teorías se destaca de manera ocasional para la mayoría de las situaciones (emergencias, PAE) y en el contexto general (27 % del total de entrevistados), si se compara con las otras frecuencias. En contrapartida, en las mayores frecuencias, así como en las menores, se muestra un comportamiento parecido, 35 % y 37 % de los entrevistados, respectivamente. Es relevante que el 11 % de los profesionales utilizan ocasionalmente los modelos y teorías de enfermería para realizar un proceso de atención de enfermería, ya que esta es una de las áreas de mayor aplicabilidad para estas.

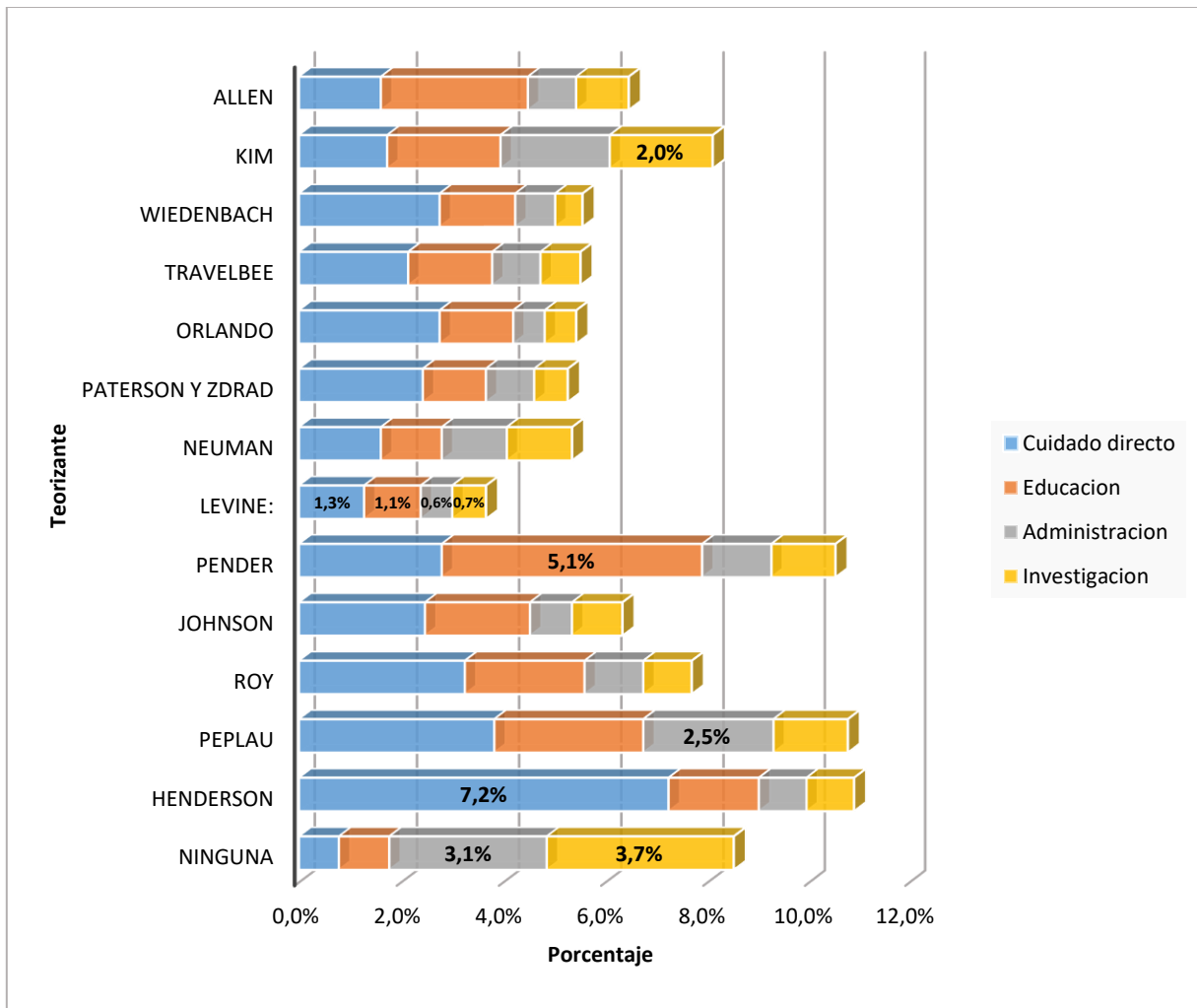


Figura N°7. Distribución de los profesionales de enfermería según el modelo y teoría que utiliza por áreas de enfermería, desde el paradigma de la integración. Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia 2017.

El área de cuidado directo es donde los enfermeros profesionales utilizan mayormente los modelos y teorías de enfermería desde el paradigma de la integración, el 7 % de los entrevistados aplican el modelo de Henderson, mientras que el modelo de Mira Levine es el menos utilizado por todas las áreas. Sobresale la opción ninguna con un 4 % de respuesta en el área de investigación, como el quehacer donde menos se utilizan los teorizantes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio, se investigó acerca del conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería que aplican los enfermeros profesionales, desde el paradigma de la integración y se logró determinar que los profesionales de enfermería consideran que es necesario que, en Costa Rica, se promueva más el conocimiento teórico y práctico de los mismos.

Este planteamiento se relaciona con lo que Benner³⁵ define como “la pericia clínica” que supone que el profesional tiene que tener tanto habilidades como conocimientos que deben ser puestos en práctica para la prestación de cuidados de calidad que sean evaluados según la satisfacción del usuario. Al momento de actuar, la enfermera debe saber relacionar lo aprendido en el pregrado, es decir, con conocimiento científico al cual se suma la destreza que debe tener para ejecutar cada acción.

En la tabla N°2, se muestra la relación entre lo que Vidal⁴⁰ denomina “lo cotidiano de enfermeras y enfermeros”, ya que, si bien el porcentaje de enfermeras es mayor que el de enfermeros, el autor indica que es posible equilibrar la ecuación de cuatro a uno a razón de que los hombres tienen una menor población respecto a la femenina, en cuanto a las prácticas los porcentajes de utilización de las teorizantes se encuentran en similar proporción tanto en frecuencia, utilidad y en el rango de edad que se sitúa entre 1 a 10 años de incorporados, a lo que Colliere⁴¹ explica que es de esperar que sean las nuevas generaciones de enfermeros(as) los que cada vez apliquen más el conocimiento disciplinar adquirido durante la formación, pues, con el tiempo, algunos enfermeros pierden la mística.

Ahora bien, en la figura N°1, se compara la relación que tiene la aplicación del conocimiento sobre los modelos y teorías de enfermería en las labores prácticas de un enfermero(a) según cuatro grupos de edad y para esta relación los datos indican que los profesionales de más de 51 años son los que refieren un mayor porcentaje en la frecuencia de aplicación del conocimiento “muy frecuentemente” versus la población más joven, razón por la cual la edad puede significar mayor discernimiento y adquisición de habilidades. En el caso de la población que no los aplica, hay una transición de un enfermero(a) en fase de principiante, según Benner³⁵.

En relación con los datos planteados entre la figura N°1 y la tabla N°2, se hace válido citar el planteamiento de Benner³⁵ quien refiere que constantemente un enfermero(a) pasa por distintos niveles de aprendizaje, pudiendo comportarse como un principiante (a pesar de los años y la experiencia) si se enfrenta a una situación o entorno nuevo, pero la pensadora también aclara que “ser un profesional no necesariamente implica ser excelente”³⁵ y, en esta relación, se evidencia ese traslape entre la frecuencia y la aplicación del conocimiento.

La comparación entre los profesionales laboralmente activos y la utilidad que proporcionan los modelos de enfermería a los diferentes servicios indicó un alto porcentaje de aceptación, al mostrar que más de un 60 % está a favor de la aplicación, no obstante, casi un 30 % muestra indecisión respecto al tema, esto, según Agama⁴², se da porque:

[...] a menudo, los modelos y teorías de enfermería se relegan de la práctica enfermera porque son complejos y no se conocen en profundidad; sin embargo, es responsabilidad de todos los profesionales que la aplicación del cuidado tenga un buen fundamento teórico que permita el avance de la ciencia enfermera.

Zarate⁴³, respecto al tema, expresa que enfermería es una disciplina compleja, donde la utilidad de los modelos tiene un valor para el profesional en dos aspectos fundamentales que son: enmarcar la profesión y orientar la asistencia, sin ellos la práctica profesional sería empírica.

Considerando esta indicación de la autora, es necesario reflexionar y denotar, además, sobre el valor agregado que le ofrecen al profesional los modelos y teorías de enfermería en las distintas áreas de desempeño, ya que este aspecto está ligado al conocimiento (patrones de Carper) y a la habilidad en la asistencia, ubicando a este profesional en los niveles de: competente, eficiente o experto, según lo plantea Benner³⁵.

A pesar de que existen muchas teorías y modelos al alcance de los profesionales que, incluso, constituyen parte de la formación académica, se encuentra una cierta resistencia o desconocimiento a la hora de utilizarlos, especialmente en el sector público. En los resultados arrojados por la investigación, se puede observar (ver figura N°3) que un alto porcentaje de los profesionales que trabajan en hospitales públicos considera que el conocimiento y la aplicación de los modelos y teorías de enfermería no mejora la relación con los usuarios.

Santos⁴⁴ indica que es evidente y conocido que las teorías son indispensables para la profesión enfermera, no obstante, en sus aspectos más abstractos esta no se ha desarrollado de acuerdo con el progreso de la disciplina, creando vacíos en el desarrollo de la profesión.

Amezcu⁴⁵ añade que un mito arraigado en relación con el conocimiento y el uso de modelos y teorías es que se tiende a interpretar lo teórico en contraposición con lo práctico o útil; en parte, la creencia puede derivarse porque, en la actualidad, algunos modelos teóricos de enfermería tienden más al “debe ser que al es de enfermería”. Pero esto no quiere decir que no sean útiles para la práctica. Según Benner³⁵, otra razón para el rechazo de la teoría es el desconocimiento

teórico. Reina⁴⁶ también aclara que: “ni la ciencia es una, ni las disciplinas científicas se comportan de manera uniforme”⁴⁶. La enfermería es una ciencia práctica-prescriptiva y, por lo tanto, cultiva un conocimiento aplicado que requiere de formación y práctica.

La relación enfermera-paciente es un binomio que puede impactar, de manera positiva, a ambas partes, tal como lo plantea el paradigma de la integración y las pensadoras que lo conforman. Además, incorporar y aplicar los conocimientos de las teóricas enfermeras puede permitir el reforzamiento de los programas de salud, a fin de proporcionar una mejora en el abordaje de los usuarios, en especial en las áreas de salud y hospitales públicos, donde la demanda es más alta, y la constante queja de los usuarios es el mal trato y la despersonalización de los profesionales, razón por la cual es relevante potenciar su utilidad en las diferentes áreas y niveles de trabajo en Costa Rica.

Chinn⁴⁷ plantea que el proceso de “llegar a ser” un enfermero profesional implica cambiar y crecer en diversas áreas de la profesión. El personal de enfermería se socializa y vuelve a socializarse mediante las experiencias educativas y ocupacionales, creencias, conocimientos y habilidades que, al integrarse a las normas legales y morales, caracterizan el servicio profesional competente y comprometido. Cuando se suman a estas características, los rasgos que distinguen a un académico que son: investigar, publicar y enseñar, podríamos estar hablando de la excelencia profesional algo que, según Benner³⁵, va de la mano con los principios éticos y morales, hecho reforzado, a su vez, por Carper mediante el patrón de conocimiento ético.

En la presente investigación, de los 210 encuestados, 80 profesionales son másteres en una o dos especialidades; sin embargo, pocos refieren un compromiso ético y moral en la aplicación de los modelos de enfermería. De acuerdo con Benner³⁵, el experto posee el alcance y la

profundidad para la aplicación práctica, la cual está basada en el Gestalt de casos vividos; para ella “el experto es un híbrido del conocimiento práctico y teórico”, por otro lado, Marriner⁴⁸ también considera que el experto (máster) tiene un conocimiento intuitivo de la situación y es capaz de emprender una acción sin necesidad de considerar soluciones alternativas. Por lo cual se espera que estos profesionales sean quienes más apliquen los conocimientos adquiridos e, incluso, los compartan por medio de la educación o investigación en sus múltiples formas.

En la tabla N°4, se evidencia que más de un 90 % de los profesionales considera que es necesario individualizar la aplicación de los modelos y teorías de enfermería para con los usuarios. Hecho reforzado por Ramírez⁴⁹ quien indica que la práctica de enfermería diferenciada tiene en cuenta la competencia, la formación y el nivel de capacidades de las enfermeras. Según este autor, la finalidad es ajustar las competencias de las enfermeras a las necesidades de los pacientes para tener un empleo efectivo y eficiente de los recursos de enfermería.

Mckenna⁵⁰ señala, además, que esta individualización puede utilizarse en una variedad de marcos para la mejora de la asistencia al usuario, entre ellos: aumentar su seguridad, hacer una utilización efectiva y eficiente de los recursos, aumentar la satisfacción del paciente y de la enfermera y compensar a las enfermeras atendiendo a su formación, experiencia y productividad. Aunado a esto el modelo de competencias de la práctica diferenciada puede utilizar los niveles de práctica definidos por Benner de principiante a experto.

La figura N°4 muestra que un alto porcentaje de los profesionales considera que la aplicación del conocimiento brindado por las teorizantes mejora las relaciones interpersonales tanto con el personal como con los usuarios. Lo que demuestra que pueden utilizarse distintos modelos y teorías según el área de trabajo, las necesidades del personal y/o de los usuarios y las

competencias que posee el enfermero(a), de acuerdo con los niveles descritos por Benner y los patrones de conocimiento enfermero planteados por Carper.

Martínez⁵¹ respecto al tema indica que “lo cierto es que, actualmente, no existe ningún modelo suficientemente desarrollado y con un proceso de investigación positivo en resultados, que haya alcanzado la categoría de teoría de enfermería”⁵¹.

Sin embargo, consideramos que los modelos y las teorías fundamentadas hasta la fecha han sido cimentadas por las eruditas de enfermería que, en su entrega a la profesión, expresaron su visión y plasmaron en papel aquellos métodos y sistemas capaces de aportar una mejor relación, un mejor servicio y sobre todo cuidados de calidad bajo el conocimiento científico, por lo cual diferimos con la opinión de Martínez respecto a que ninguna de las teorías planteadas hasta el día de hoy, esta suficiente desarrollada para alcanzar dicha categoría.

Mediante el análisis de los datos reflejados en la figura N°5 se aprecia que, a pesar de que más de un 78 % de los profesionales indica que no recibió formación práctica respecto a la aplicación de los modelos y teorías de enfermería, estos concuerdan con quienes sí la recibieron respecto a la importancia y la necesidad de fomentar el tema en Costa Rica.

La información anterior demuestra la relevancia que tiene para los profesionales de enfermería el poder aplicar la teoría a nivel práctico dentro de los diferentes escenarios laborales. Cross⁵² señala al respecto que: “la acumulación sistemática de conocimientos es esencial para progresar en cualquier profesión, sin embargo, teoría y práctica deben ser constantemente interactivas. La teoría sin la práctica está vacía y la práctica sin la teoría, es ciega”⁵².

Con base en la información anterior se concluye que esto a nivel nacional es una deficiencia, no solo formativa, sino también investigativa, puesto que durante la recolección de datos inicial

no se encontraron investigaciones previas que estudien este panorama y fomenten o provean una guía sobre cómo aplicarlas.

Los cuatro quehaceres de enfermería se integran a todas las áreas de trabajo y especialidades, en diferentes circunstancias. Los resultados obtenidos en la tabla N°5 son alentadores, ya que todos los encuestados seleccionaron más de una opción al considerar la utilidad de los modelos y teorías. Por otro lado, se refleja, nuevamente, que existe una carencia a nivel investigativo, esto debido a que esta es el área donde los profesionales consideran que es de menor utilidad la aplicación de los modelos y teorías para todos los servicios especificados.

Es menester reforzar la investigación a nivel nacional, dado que, tal como lo plantea Vega⁵³, es a través del estudio de la profesionalización del quehacer de la enfermería que se logran fortalecer las bases de la profesión, enriquecer el conocimiento de la historia y fomentar la reconstrucción de un nuevo y mejorado sistema de salud nacional. Es posible que en el país la falta de investigación se deba a que, como menciona Fawcett⁵⁸, al momento de intentar investigar un fenómeno disciplinar a través de las teorías, con frecuencia existe incertidumbre y confusión debido a la indecisión que genera su “utilidad” en la práctica.

En la figura N°6, se observan los resultados obtenidos ante el planteamiento de tres situaciones a las cuales se enfrentan diariamente los profesionales de enfermería, porque su abordaje forma parte de la toma de decisiones. Según el análisis, solo el 11 % de los profesionales indicó que, para realizar el proceso de atención de enfermería (PAE), utiliza de manera ocasional los modelos y teorías de enfermería, esto a pesar de que esta es una de las áreas de mayor aplicabilidad y de que la mayoría de servicios en los hospitales tanto públicos como privados, han normado su uso en los Kardex. En las situaciones de duelo y de emergencias el porcentaje de uso fue menor.

Respecto al PAE, Iyer⁵⁴ aclara que un modelo de enfermería no puede funcionar sin el PAE, de hecho, todas las investigadoras que han elaborado un modelo conceptual han diseñado asimismo la metodología (el proceso de enfermería) para poder operativizarlo.

Tal y como menciona Doenges⁵⁵, “hay ocasiones en la vida en las que tenemos que tomar una decisión sobre la marcha porque no tenemos la oportunidad de analizar la información disponible”⁵⁵. En estos casos, la intuición puede servir para tomar la decisión correcta, pero el conocimiento y la práctica de modelos ya estudiados suele ofrecer mejores resultados. Por otra parte, Freitas et al.⁵⁶, señalan que esa situación muestra que los enfermeros tienen dificultad para extrapolar sus conocimientos, tomar decisiones y ampliar el alcance de sus cuidados, de manera que se deben reforzar en la formación académica las bases teóricas y prácticas del uso de las teorías e incluir las necesidades emocionales y psico-espirituales de los usuarios, como parte esencial del cuidado.

En la figura N°7, destaca que una gran parte de los profesionales encuestados no se decanta por un teorizante o modelo específico del paradigma de la integración, para utilizarlo concretamente en alguna de las cuatro áreas de enfermería. Sin embargo, los datos obtenidos se relacionan con el análisis de otras figuras donde nuevamente resalta el área de cuidado directo como la más utilizada y la de investigación como la de menor aplicabilidad para los modelos y teorías de enfermería.

En cuanto al paradigma de la integración, destaca que dentro de las cuatro áreas de enfermería, sobresale una de las representantes de cada una de las escuelas que las conforman: Henderson, Pender, y Kim se destacan por ser las más utilizadas por los profesionales, en tanto que Levine sobresale por ser la menos utilizada en las cuatro áreas.

En el estudio titulado “Perspectivas sobre los modelos y teorías de enfermería en el ámbito de la nefrología” Varez et al.⁵⁷ discuten algunas de las posibles razones por las cuales un profesional considera la aplicabilidad de una teorizante o de su modelo, dentro de las cuales menciona: un nivel medio de experiencia, una formación académica que se desarrolló bajo un modelo específico, aun cuando el profesional no se identifique con este y la falta de adopción y conocimiento teórico/práctico de un modelo específico.

Asociando la información anterior con los datos obtenidos en la figura N°7, se considera la posibilidad de que los criterios utilizados por los profesionales que participaron en el presente estudio al elegir las teorizantes o modelos, sean similares a los descritos por Varez et al.⁵⁷ Aunado a esto, Fawcett⁵⁸ ilustra que la mayor parte del conocimiento enfermero no es patentable, pero es indispensable para la supervivencia del ser humano. En concordancia con la autora, consideramos que conviene incidir, potenciar y reivindicar el uso adecuado de los modelos del conocimiento enfermero desde dentro de la disciplina y, a la vez, cuestionar aquellos otros que lo invisibilizan o minusvaloran.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Se determina que en Costa Rica el conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería por parte de los enfermeros profesionales desde el paradigma de la integración, presenta un vacío en la formación técnica/práctica; sin embargo, se evidencia un alto porcentaje de respuestas positivas en referencia a utilizarlas e implementarlas en las diversas áreas de servicios y en los cuatro quehaceres de enfermería.

Las características sociodemográficas de los encuestados no reflejan un comportamiento relevante para esta investigación en cuanto a la nacionalidad, el sexo, la edad, el estado civil y la provincia de residencia, ya que en todos los aspectos se presentó una variabilidad esperada, no obstante, se resalta la participación de 80 profesionales con una o más maestrías, razón de peso para concluir que debido a su nivel de formación los análisis arrojados por el estudio tienen un alto valor disciplinar.

La identificación del conocimiento adquirido sobre modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración, se evaluó por medio de la aplicación de ítems con base en las características de los patrones de conocimiento de Carper, los cuales permiten concluir que los enfermeros tienen conocimientos acordes con el nivel de formación referido.

La utilidad de los modelos y teorías de enfermería, desde el paradigma de la integración, sí presenta vacíos significativos, pues, según se analizó en los resultados, desde la formación académica esta se encuentra ausente en casi un 80 %, razón por la cual es de esperar que quien no sabe aplicarlas, no las utilice; sin embargo, aún quienes indicaron no haber recibido

formación técnica sí marcaron un alto porcentaje de interés respecto a incentivar su conocimiento y utilidad en la práctica.

Además, se concluye que, en cuanto a la utilidad, se destaca que, a la hora de decidir sobre las áreas laborales de mayor relevancia para el uso de los modelos o teorías, las respuestas fueron en todos los servicios, situación que más allá del porcentaje de respuesta, representa una luz sobre el hecho de que estas son aplicables de forma indistinta, según las necesidades de cada servicio y la elección del profesional.

Finalmente, desde el paradigma de la integración, se evidencia una gran variabilidad en cuanto al posicionamiento teórico de los profesionales, a pesar de ello hay un claro predominio de cuatro teorizantes en las distintas áreas: en cuidado directo, Virginia Henderson: las 14 necesidades humanas, suplencia y ayuda; en educación, Nola Pender: promoción de la salud; en administración, Hilder Peplau: relaciones interpersonales, y en investigación, Imoge Kim: teoría del logro de metas. También, se concluye que en este punto todas las teorizantes recibieron algún grado de aplicabilidad, no obstante, la utilidad y aplicación práctica es escasa, especialmente, en las áreas de administración e investigación las cuales presentaron un alto índice de baja respuesta.

En conclusión, este es un tema sobre el cual se reflexiona poco en el ámbito de enfermería y en definitiva requiere de más formación práctica. Las teorías de enfermería son modelos que han sido estudiados e implementados por profesionales que, visionariamente y cuidando su mística, desarrollaron formas de abordar diversas situaciones bajo una óptica holística, humanística y de servicio, que se aboca al cuidado en su máxima expresión. Por lo tanto, no hacer uso de las mismas sería como negar el lenguaje propio de enfermería.

6.2. RECOMENDACIONES

A los futuros investigadores recomendamos como posibles líneas de investigación lleven a cabo estudios cualitativos donde se identifiquen los modelos de enfermería utilizados en la práctica clínica de un área específica. Se sugieren las dos áreas de mayor utilidad señaladas por los profesionales que participaron en este estudio, la de salud mental y cuidado crítico, de modo que se pueda hacer una comparativa teórico-práctica donde se logren observar las similitudes y diferencias entre el modelo teórico expuesto y la utilización que se hace del mismo en la práctica clínica de ambos modelos.

A las universidades, de acuerdo con los resultados que se obtuvieron en la presente investigación, es importante sugerirles que indiquen a las autoridades de la carrera de enfermería de los centros universitarios en Costa Rica, la consideración de propiciar una mayor implementación teórico/práctica en el desarrollo de las actividades de campo durante las rotaciones clínicas de manera que desde la formación de pregrado se desarrollen las habilidades necesarias para su implementación tanto con los usuarios como con el personal, a fin de favorecer el conocimiento, el pensamiento crítico, las relaciones interpersonales y cuidado, nuestra razón de ser.

A los profesionales, para no ser conformes con la formación académica recibida, si hay vacíos de conocimiento es responsabilidad propia compensarlos, a fin de cuentas, la ciencia y la salud son cambiantes y evolucionan firmemente, por eso se debe incorporar constantemente la

educación continua y la investigación, iniciando por uno mismo para luego poder ilustrar a las nuevas generaciones.

A los estudiantes, los inquietamos a investigar acerca de nuestras raíces disciplinarias, ya que este tema que en clases es visto como historia, puede ofrecer muchas herramientas y respuestas ante situaciones de incertidumbre, para la toma de decisiones o simplemente para brindar una atención más personalizada, ya que, tal como lo plantea Benner, todos iniciamos como principiantes y debemos avanzar en conocimiento y práctica para convertirnos en expertos.

REVISION BIBLIOGRAFICA

1. Massó Betancourt Eniomis, Fernández Guindo Juana Aymee, Macías Bestard Camilo, Betancourt Borges Yudith. *Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana*. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Nov 09]; 24 (3-4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300007&lng=es.
2. Molina Chailán Pía Mabel, Jara Concha Patricia del Tránsito. *El saber práctico en Enfermería*. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Nov 07]; 26(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es.
3. Urra M Eugenia. *Avances de la Ciencia de Enfermería Y su Relación con la Disciplina*. Cienc. enferm. [Internet]. 2009 Ago [citado 2017 Nov 09]; 15(2): 9-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200002>.
4. Spear, Hila, "Nursing Theory and Knowledge Development: A Descriptive Review of Doctoral Dissertations, 2000–2004" (2007). *Faculty Publications and Presentations*. Paper 13. [Internet]. [Citado 14 septiembre 2017]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/d830/d3620a867ff1fa4ee1aa3b2e7ec38e40b31d.pdf>
5. Galvis MA. *Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica*. Rev Cuid. 2015; 6(2): 1107-19. [Internet]. [Citado 14 septiembre 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
6. Mesquita Melo E., López M.V. de O., Carvalho Fernández A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V... *Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos*. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Oct [citado 2017 Sep. 15]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es.
7. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, Mañé-Buxó N. *Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial*. Enferm Clin. 2006; 16(4):218-21.

[Internet]. 2009 Oct [citado 2017 Sep. 15]; (17). Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-obligatoria-1-1.pdf>

8. Reyes Luna Juan, Jara Concha Patricia, Merino Escobar José M. *Adherencia De Las Enfermeras/Os A Utilizar Un Modelo Teórico Como Base De La Valoración De Enfermería*. Cienc. enferm. [Internet]. 2007 Jun [citado 2017 Sep. 15]; 13(1): 45-57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100006&lng=es.
9. Moreno Fergusson María Elisa. *Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana*. Aquichán [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 Oct 15]; 5(1): 44-55. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=en.
10. Gunther M. A discipline specific determination of high quality nursing care. Journal of Advanced Nursing, 2002; 38 (4): 353-59. [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 Sep 16]; 5 (1): 44-55. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02201.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
11. Durán de Villalobos María Mercedes. *Teoría de enfermería: ¿un camino de herradura?* Aquichán [Internet]. 2007 Oct [citado 2017 Sep 15]; 7(2): 161-173. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200005&lng=es.
12. Sancho Cantus D., Prieto Contreras L. *Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿Un binomio imposible?* Enferm. glob. [Internet]. 2012 Jul [citado 2017 Oct 15]; 11(27): 292-298. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300015&lng=es.
13. Murrain Knudson Elizabeth *Tendencias de la Investigación en Enfermería*. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol 18 N° 2 • [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Sep. 17]; Disponible en: <http://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/27.pdf>

14. Raile Alligood. Martha *Modelos y Teorías en Enfermería*. Octava edición. España, S.L. Elsevier, 2015.
15. Kozier & Erbp. Audrey Berman Shirlee Snyder *Fundamentos de Enfermería*. Volumen I. Novena Edición. Pearson educación, SA. Madrid España 2013.
16. Roper Nancy. *Diccionario de enfermería*. 15a. edición. Editorial interamericana. México. 1992.
17. Raile Alligood Martha. Marriner Tomey Ann. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 6ta ed. España. Elsevier Mosby. 2011.
18. Betancur Pulgarín Carmen. *Gerencia del Cuidado Hospitalario*. Segunda edición ECOE Ediciones. Colombia. 2011.
19. Durán de Villalobos María Mercedes. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichán [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 Nov 03]; 5 (1): 86-95. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en.
20. Valhondo Domingo. *Gestión del Conocimiento, del Mito a la Realidad*. Segunda edición. Editorial Díaz de Santos. Madrid España. 2010.
21. Guevara Valtie Carlos. Cárdenas Villareal Velia M. Hernández Cortés Perla L. *Protocolos de Investigación en Enfermería*. 1ª edición. Editorial El Manual Moderno. México. 2017.
22. Guillen Velasco Rocío del Carmen. Compton García Fuentes Christian. *Filosofía y práctica de enfermería*. Editorial Manual Moderno. México. 2016.
23. Benner Patricia. Tanner Christine A. Chesla Cateherine A. *Expertise in Nursing Practice, Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. Springer Publishing Company. 1996. [Internet]. [cited 2017 Nov 17 07], Disponible en:

<https://books.google.co.cr/books?id=wzxDZXJShhkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

24. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. *Estatuto de Servicios de Enfermería, ley N° 7085*. [Internet]. [Citado 2017 Sep. 18]. Disponible en: <http://www.enfermería.cr/docs/reglamentos/Ley7085.pdf>
25. Rojas Núñez Silvia Paulina. *Diccionario de Enfermería* Editorial Segismundo. S.A. España, 2012.
26. Téllez Ortiz Sara. Esther. García Flores Martha. *Modelos de Cuidados en Enfermería NANDA, NIC y NOC*. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana S.A. 2012.
27. Mosby. *Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. 6ª edición. Elsevier, 2005.
28. Smith F. Sandra. Duell J. Donna. Martin C. Bárbara. *Técnicas de Enfermería Clínica de las Técnicas Básicas a las Avanzadas*. 7ª edición. Pearson Prentice Hall. 2010.
29. Kérouac, S. Pepín, J. Ducharme, F. Duquette, A. Major, F. *El pensamiento enfermero*. Editorial Mason. Barcelona, España. 2008.
30. Reyes Gomez Eva. *Fundamentos de Enfermería*. Segunda edición. Editorial el Manual Moderno. México 2015.
31. Araya Cloutier Jessica. Ortiz Salgado Alicia. *Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma*. Rev Enfermer en Costa Rica [Internet]. 2010 [citado 10 Nov 2017]; 31 (24): 21-25. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v31n1/art5.pdf>
32. Valles, M *Técnicas constructivas de investigación social*. Editorial Síntesis. Madrid, España. 2007
33. Sanabria Triana Luiris. Otero Ceballos Marta. Urbina Lazo Omayda. *Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de la enfermería*. Rev cubana Educ

- Med Super [Internet]. [citado 07 Nov 2017]; 16/4 (1): 1-5. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm
34. LeMone, Priscilla Burke Karen. *Enfermería Médico-Quirúrgica Pensamiento Crítico en la Asistencia del Paciente*. Cuarta edición. (Vol. I) Pearson Educación, S. A., Madrid, 2009
35. Benner Patricia. Tanner Christine A. Chesla Catherine A. *Expertise in Nursing Practice, Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. Springer Publishing Company. 1996. [Internet]. [cited 2017 Nov 17 07], Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=wzxDZXJShhkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
36. Molina Chailán Pía Mabel, Jara Concha Patricia del Tránsito. *El saber práctico en Enfermería*. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Nov 05]; 26 (2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es.
37. Benner Patricia. *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*. Vol 1. United States of America. Publications SAGE, 1990.
38. George Darren. Mallery Paul. *IBM SPSS Statistics 23 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Fourteenth Edition. Editorial Routledge. 2016.
39. Benner P. *Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education*. The bulletin of Science, Technology and Society. [Internet]. 2012 citado 10 Nov 2017]; 31 (22): 19-25. Disponible en: <http://www.nurse.cmu.ac.th/web/images/userfiles/files/Handout-03.pdf>
40. Pereira Audrey Vidal. Lo cotidiano de enfermeras y enfermeros: relaciones de género, a partir del tiempo en el hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 Jan 03] ; 23(5): 945-953. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500945&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0485.2635>.

41. M.F. Colliere. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Segunda edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2010.
42. Agama Sarabia, Adiel; Cruz Rojas, Lilia; Ostiguín Meléndez, Rosa María. *Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería*. Biblioteca Las casas, [Internet]. 2011 [citado 01 Ene 2018], 7(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0622.pdf>
43. Zarate Grajales Rosa A. *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2018 Ene 03] ; 13 (44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
44. Santos Ruiz S, López Parra M, Varez Peláez S, Abril Sabater D. *Propuesta de un modelo teórico para la práctica enfermera*. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Ene-Feb. [01 Ene 2018]; 7 (44): [aprox 6 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf
45. Amezcua Manuel. *Investigación Aplicada en Cuidados de Salud*. Index Enferm [Internet]. 2010 Dic [citado 2018 Ene 03] ; 19 (4): 237-239. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300001&lng=es.
46. Reina Leal Liliana Marcela, Amezcua Manuel. Comentarios a DEGRA: *Declaración de Granada sobre Conocimiento Enfermero*. Index Enferm [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Ene 01] ; 22 (4): 246-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300013>.
47. Chinn PL, MK Kramer. *Integrated knowledge development in nursing (Chapter 1)*”, Philadelphia, LA, Mosby, 2004.

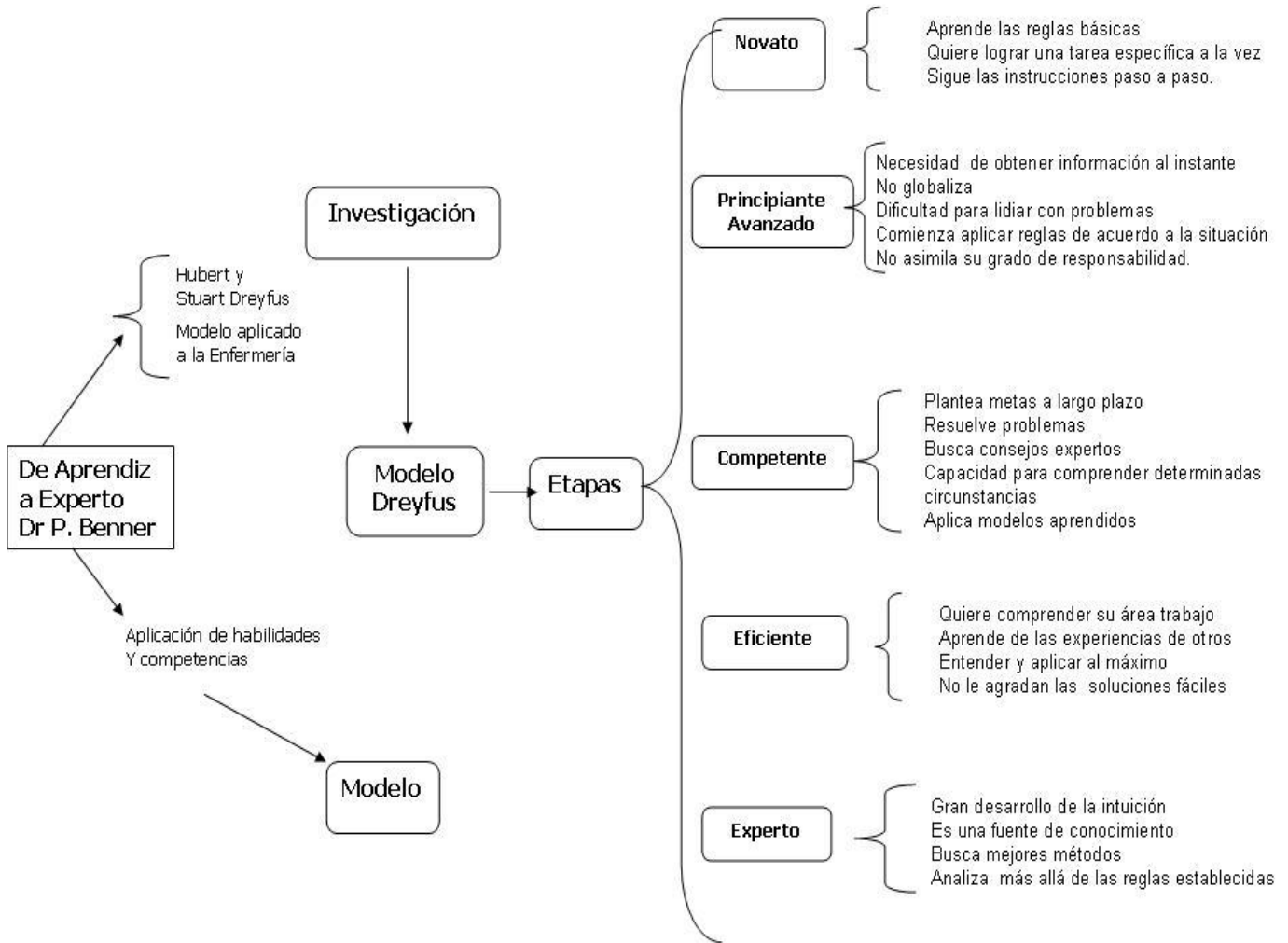
48. Marriner Tomey Ann. *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería*. Octava edición. Editorial Elsevier. 2009.
49. Ramírez P., Müggenburg C. *Relaciones personales entre la enfermera y el paciente*. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2018 Ene 02] ; 12(3): 134-143. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300134&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>.
50. Mckenna H, Parahoo K, Boore J. *The evaluation of a nursing model for long-stay psychiatric patient care*. Part 2-Presentation an discussion of findings. *Int J Nurs Stud*.1995;32(1):95-113.
51. Daisy Berdayes Martínez. *Bases conceptuales de Enfermería / Colectivo de autores*. [VIII] Desarrollo teórico de enfermería La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
52. Cross, K. Patricia. *Adults as learners*. Washington DC: Jossey-Bass. [Internet] 2009. [Consultado 01 Ene 2018] Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00221546.1981.11780126?journalCode=uhej20>
53. Vega, N.A. *Desarrollo de la investigación en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica*. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*.(14), 1-13. [Internet] 2009. [citado 01 Ene 2018]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3614>
54. Iyer, Patricia. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Segunda Edición. Editorial Interamericana. España, 2008.

55. Doenges E. Marilyn. Frances Moorhouse Mary. *Aplicaciones. Proceso y Diagnósticos de Enfermería*. Sexta edición. Manual Moderno.Mexico.2014.
56. Freitas Juliana Santana de, Silva Ana Elisa Bauer de Camargo, Minamisava Ruth, Bezerra Ana Lúcia Queiroz, Sousa Maiana Regina Gomes. *Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 June [cited 2018 Jan 02] ; 22(3): 454-460. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300454&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>.
57. Varez Pelaez Susana, López Parra María, Santos Ruiz Susana, Abril Sabater Dolors. *Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de nefrología*. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2008 Sep [citado 2018 Ene 02] ; 11 (3): 178-183. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752008000300004&lng=es
58. Fawcett J, “*The structure of contemporary nursing knowledge*”, En: Analysis and evaluation of contemporary nursing, knowledge: Nursing models and theory, Prt. 1, Philadelphia, USA, FA Davis Company, 2000:123
file:///C:/Users/yosil/Downloads/ONTEMPORARY_NURSING_KNOWLEDGE.pdf

ANEXOS

Anexo N°1

Origen y clasificación de la teoría de Patricia Benner.



Adaptado al español del esquema de Mathieu Berube, 2009.

Recopilado de: Molina Chailán Pía Mabel, Jara Concha Patricia del Tránsito. *El saber práctico en Enfermería*. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Nov 05]; 26 (2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es.

Anexo N°2

Muestra la propuesta de la investigadora con respecto a la relación planteada entre el modelo de aplicación de habilidades y competencias de la teorizante Patricia Benner y los cuatro patrones de conocimiento de Barbara Carper. Fuente: Elaboración propia 2017.

Patrones de conocimiento de Bárbara Carper (1976)				
Patricia Benner (1984) Modelo de aplicación de habilidades y competencias	Empírico o ciencia de Enfermería	Estético o arte de Enfermería	Ético o Conocimiento moral de Enfermería	Conocimiento personal del Yo
Principiante Sin experiencia, se rige por las reglas.			Conocimiento de los códigos, manuales y reglamentos que rigen la disciplina.	
Principiante Avanzada Experiencia en situaciones reales.			Aplicación de valores, servicio, respeto y aplicación del código de ética.	
Competente Tiene 2 o 3 años de experiencia. Capacidad organizativa y de planificación. Coordina múltiples demandas de atención complejas.				Conocimiento terapéutico del Yo, y relaciones interpersonales. Brinda cuidados enfermeros individualizados según necesidades de cada usuario.
Eficiente Tiene de 3 a 5 años de experiencia, posee una comprensión holística del usuario, que mejora la toma de decisiones, y se centra en metas a largo plazo.	Conocimiento técnico adquirido, capacitación técnica, o administrativa, individual u organizacional.			
Experta Rendimiento fluido, flexible y muy eficiente; no necesita reglas o directrices para pasar de la comprensión a una acción adecuada. Ejerce criterio propio.		Conocimiento práctico y habilidades aprendidas; cuidados, observación, comunicación y acciones.		

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo N°3

Alpha Cronbach. Validez y confiabilidad realizada por un experto de la Universidad Hispanoamericana, la medición muestra un resultado de Alpha Cronbach de 94,2 %.

```
Statistics/Data Analysis      StataCorp
                             4905 Lakeway Drive
MP - Parallel Edition        College Station, Texas 77845 USA
                             800-STATA-PC      http://www.stata.com
                             979-696-4600     stata@stata.com
                             979-696-4601 (fax)

Single-user 8-core Stata perpetual license:
  Serial number: 10699393
  Licensed to: Seymour Birkoff
             Section One

Notes:
  1. Unicode is supported; see help unicode_advice.
  2. Maximum number of variables is set to 5000; see help set_maxvar.

*(4 variables, 39 observations pasted into data editor)

.alpha p23- p26, item

Test scale = mean(unstandardized items)
```

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
p23	39	+	0.8890	0.8131	1.6410	0.9394
p24	39	+	0.9267	0.8652	1.4626	0.9231
p25	39	+	0.9375	0.8885	1.4876	0.9160
p26	39	+	0.9412	0.8875	1.3893	0.9167
Test scale					1.4951	0.9421

Fuente: Fotografía del estudio realizado por el especialista Roger Bonilla. Elaboración propia 2017.

Anexo N°4

Universidad Hispanoamericana

Fecha:

ESCUELA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

Conocimiento y utilidad de los modelos y teorías de enfermería por parte de los enfermeros profesionales según el paradigma de la integración, Costa Rica, 2017.

Objetivo: Determinar el conocimiento y la utilidad de los modelos y teorías de enfermería por parte de los enfermeros profesionales según el paradigma de la integración, Costa Rica, 2017.

ENCUESTA

La información brindada será de carácter confidencial y anónimo (no escriba su nombre), los datos obtenidos serán para fines académicos.

De antemano le agradezco por su participación.

1. Consentimiento: Accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación:

Sí () No ()

Nota: si su respuesta es No, por favor de por terminada la encuesta.

Sección de datos sociodemográficos y de perfil profesional

2. Indique su sexo: Masculino () Femenino ()

3. ¿Cuál es su edad en años cumplidos? Edad: _____

4. ¿Cuál es su nacionalidad?:

Costarricense () Otro; _____

5. ¿Cuál es su provincia de residencia?

San José () Heredia () Alajuela () Cartago ()

Limón () Puntarenas () Guanacaste ()

6. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Unión libre () Otro ()

7. ¿Es usted profesional de enfermería?

Sí () No ()

Nota: Sí su respuesta es “NO”, puede dar por finalizada esta encuesta.

8. ¿Hace cuantos años se incorporó usted al colegio de enfermeras y enfermeros de Costa

Rica? Años: _____

9. Se encuentra laborando actualmente:

Sí () No ()

10. Hace cuanto labora como enfermera profesional: _____

11. Indique el nombre de la institución donde labora actualmente.

12. Indique si la institución donde labora es pública, privada u otra:

Pública () Privada () Trabajo independiente ()

13. De las siguientes universidades indique de cuál(es) es egresado(a), y el grado académico alcanzado.

Nota: puede marcar varias opciones.

Universidades	Grados académicos			
	Bachillerat o	Licenciatura	Maestría	Doctorad o
Universidad de Costa Rica UCR				
Universidad Hispanoamericana UH				
Universidad Autónoma de Centroamérica UACA				
Universidad Latina de Costa Rica				
Universidad de Ciencias Médicas UCIMED				
Universidad de Iberoamérica UNIBE				
Universidad Adventista de Centroamérica UNADECA				
Universidad de las Ciencias y el Arte de Costa Rica				
Universidad Santa Lucía				
Otra				
No cuento con ese grado académico				

Fuente: Elaboración propia 2017.

14. Respecto al ítem anterior, si cuenta con Maestría(as), o Doctorado favor indicar la especialidad: _____

15. De las siguientes áreas de enfermería, señale ¿en cuál(es) realiza funciones?

Cuidado directo () Educación () Administración () Investigación ()

Nota: puede marcar varias opciones.

Sección de datos sobre conocimiento y utilidad de los modelos y teorías de enfermería

15. Durante su formación académica ¿recibió alguna enseñanza **teórica** sobre teorizantes de enfermería? Sí () No ()

16. ¿Durante su formación académica recibió alguna capacitación **técnica/práctica** sobre teorizantes de enfermería?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

17. Considera usted que el conocimiento sobre los modelos y teorías de enfermería mejora sus relaciones interpersonales con los usuarios y/o personal de salud.

- Sí, con los usuarios
- No, con los usuarios
- Sí, con el personal de salud
- No, con el personal de salud

18. Considera usted que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe individualizarse para la atención de cada usuario.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso
- Totalmente en desacuerdo

19. ¿Según su ética y moral considera usted que es importante conocer y aplicar los modelos y teorías de enfermería durante sus labores diarias?

- Muy importante
- Importante
- Moderadamente importante
- De poca importancia
- Sin importancia

20. Considera usted según su área laboral y el puesto que desempeña que es de utilidad la aplicación de modelos y teorías de enfermería.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

21. Considera usted que es importante que en Costa Rica se fomente más el conocimiento y la utilización sobre los modelos y teorías de enfermería.

- Muy importante
- Importante
- Moderadamente importante
- De poca importancia
- Sin importancia

22. De los siguientes servicios en cuál(es) considera usted que es de mayor utilidad la aplicación de los modelos y teorías de enfermería.

- Medicina general
- Cuidado crítico

- Maternidad
- Salud Mental
- Emergencias
- Cirugía
- Pediatría
- Geriatria
- Área administrativa

23. ¿Utiliza usted las teorizantes o modelos de enfermería en su área laboral?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

24. ¿Utiliza las teorías o modelos de enfermería para elaborar el proceso de atención de atención de enfermería (PAE)?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

25. Sí de pronto, usted se enfrenta con alguna emergencia en su servicio, utiliza algún modelo o teoría de enfermería para brindar un mejor cuidado.

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente

- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

26. Sí fallece un paciente, ¿utiliza usted una teorizante o modelo de enfermería para abordar de mejor manera el duelo de los familiares?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

27. ¿En cuál de las siguientes áreas de enfermería utiliza las teorizantes o modelos de enfermería?

- Cuidado directo
- Investigación
- Administración
- Educación
- Ninguna

Nota: puede marcar varias opciones.

Sección de información sobre los modelos y teorías de enfermería.

28. Desde el área del cuidado directo, educación, administración o investigación, ¿cuáles son los modelos y teorías de enfermería que usted aplica, desde el paradigma de la integración?

Teorizantes y/o modelos de enfermería desde el paradigma de la integración.	Cuidado directo	Educación	Investigación	Administración
Virginia Henderson: Propuso las 14 necesidades humanas, suplencia y ayuda.				
Hilder Peplau: Relaciones interpersonales				
Calista Roy: Modelo de adaptación				
Dorothy Johnson: Modelo del sistema conductual				
Nola Pender: Promoción de la salud				
Maira Levine: Modelo de conservación				
Betty Neuman: Teoría de sistemas				
Josephine Paterson y Loretta Zdrad: Teoría de Enfermería humanística				
Jean Orlando: Teoría del cuidado				
Joyce Travelbee: Modelo de relación persona – persona				
Ernestine Wiedenbach: Teoría arte de cuidar en enfermería				
Imoge Kim: Teoría del logro de metas				
Moirra Allen: Promoción de la salud				
Ninguna				

Fuente: Elaboración propia. 2017

Anexo N°5. Figuras del plan piloto.

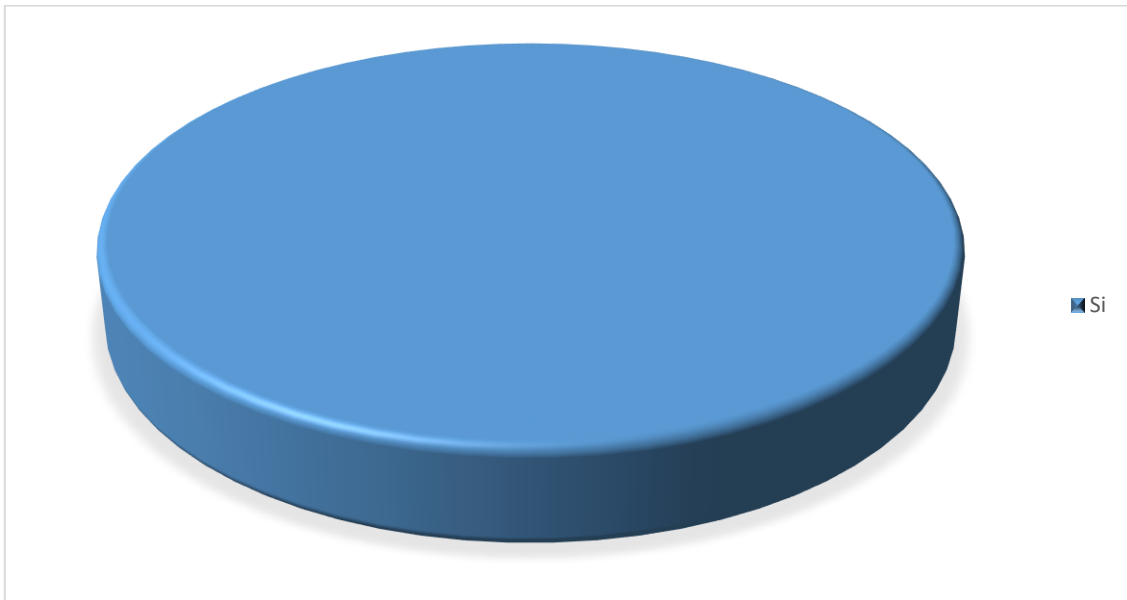


Figura N°1 Distribución de los encuestados según aceptación para participar como sujeto de estudio de la investigación, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

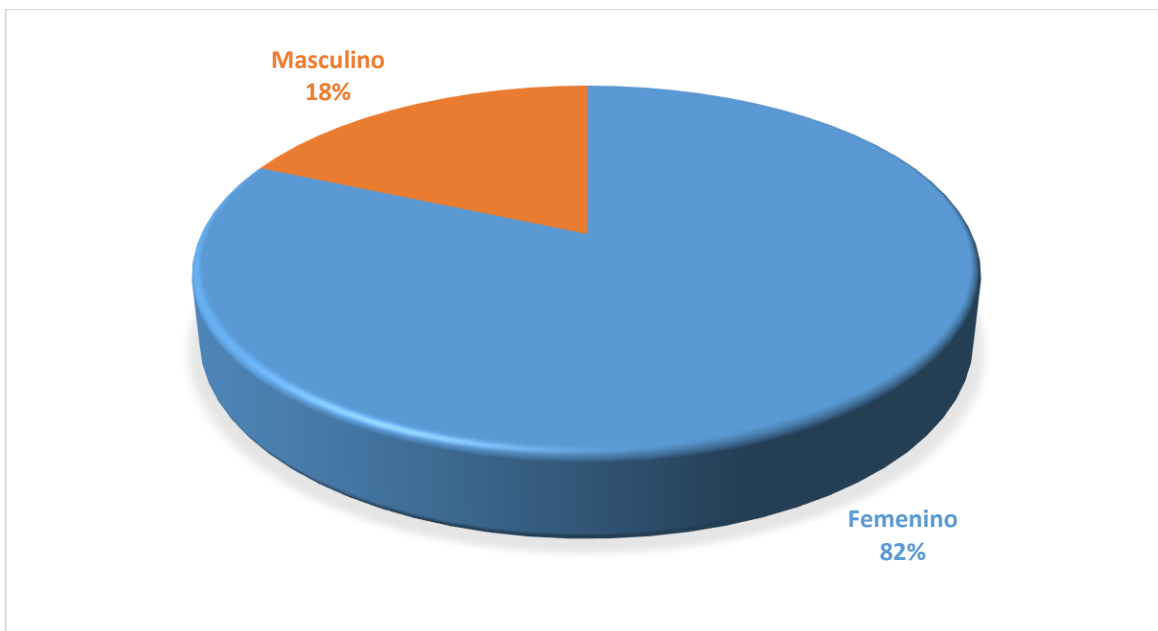


Figura N°2 Distribución de los encuestados según sexo, Costa Rica, diciembre, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

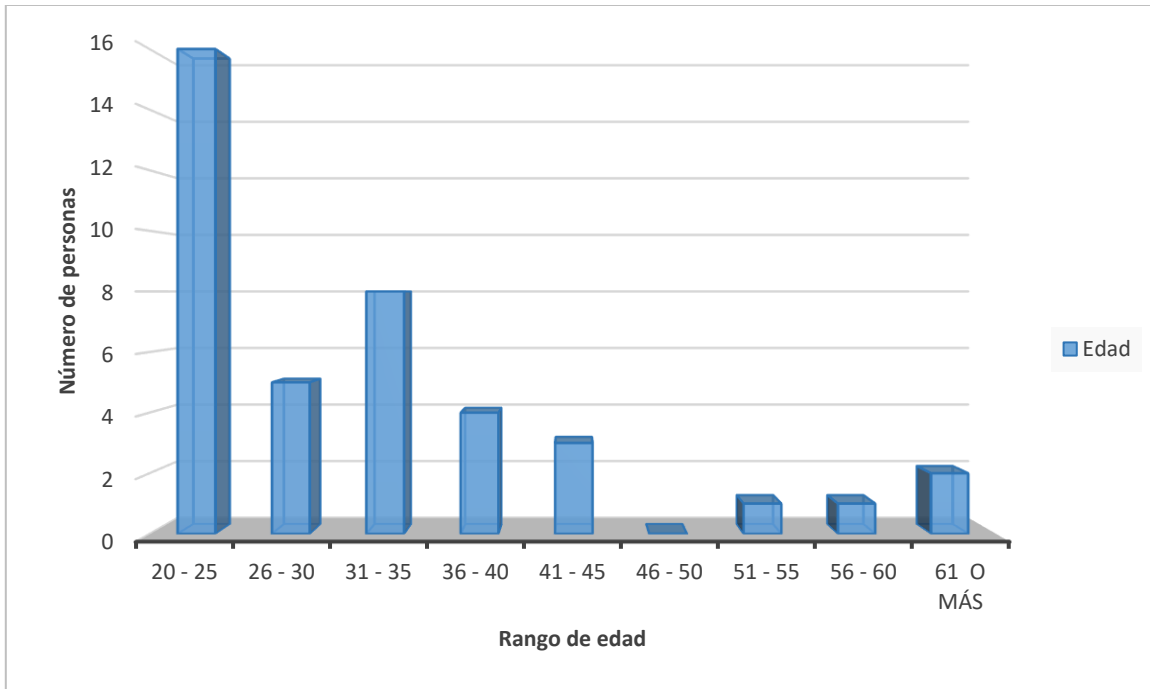


Figura N°3 Distribución de los encuestados según rangos de edad, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

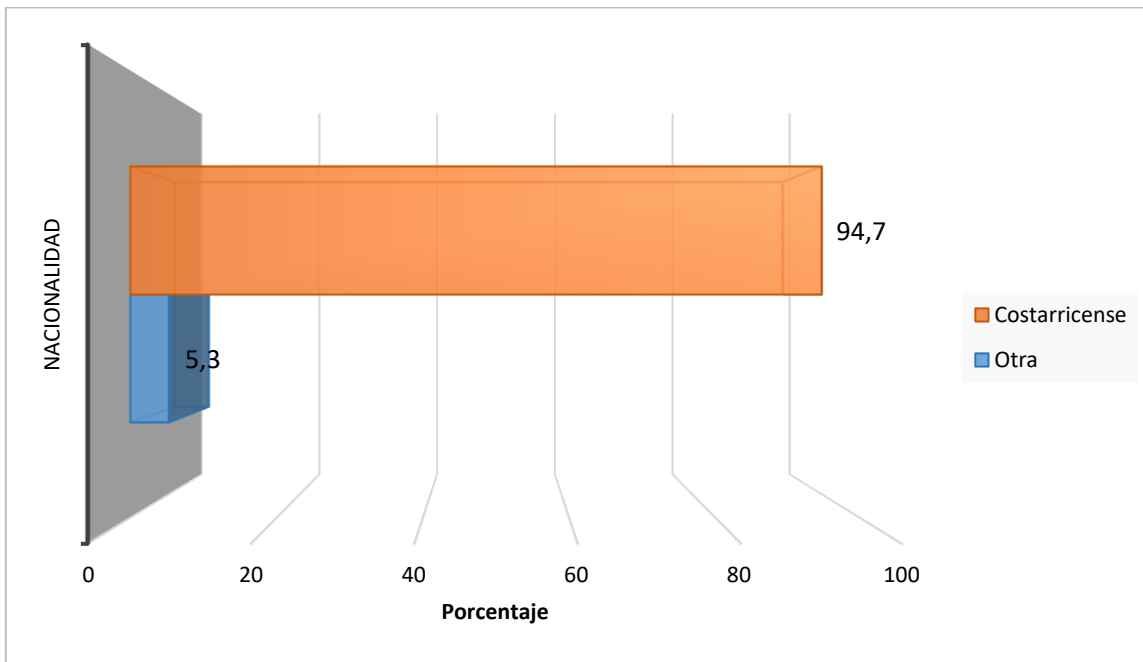


Figura N°4 Distribución de los encuestados según nacionalidad, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

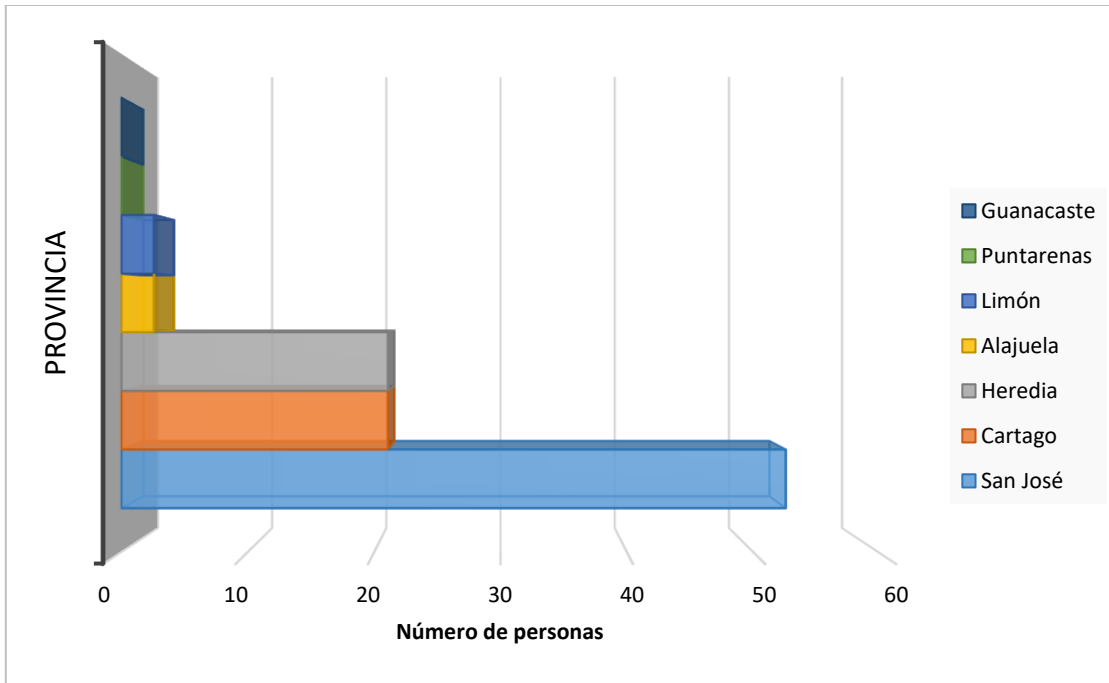


Figura N°5 Distribución de los encuestados según provincia de residencia, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

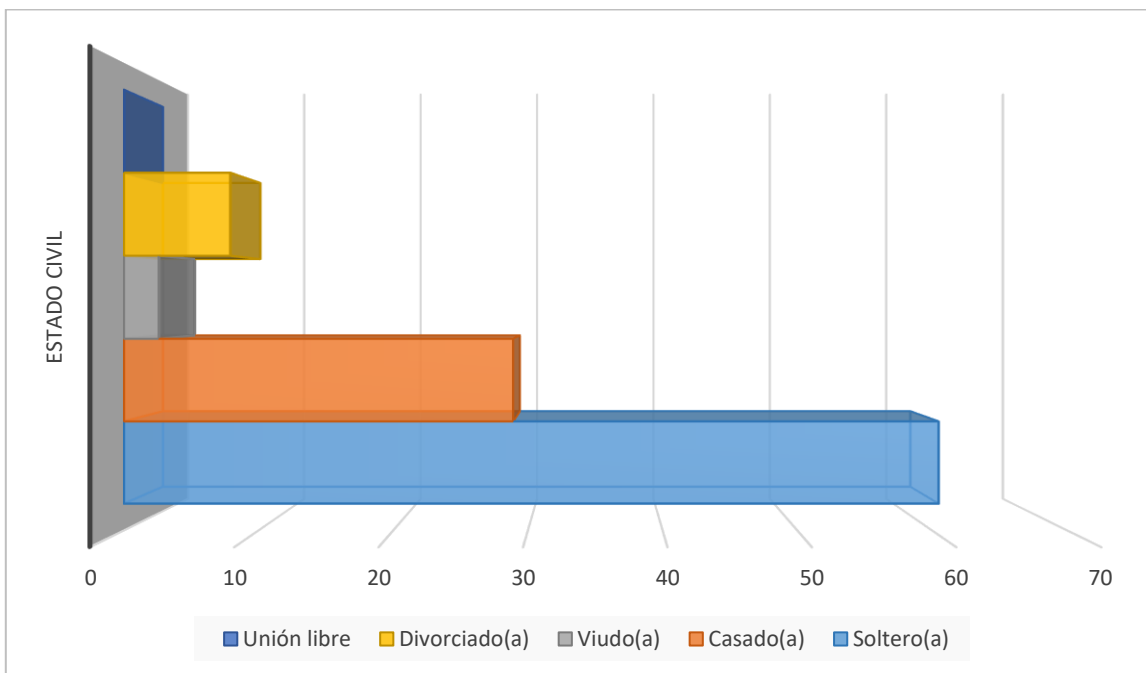


Figura N°6 Distribución de los encuestados según estado civil, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

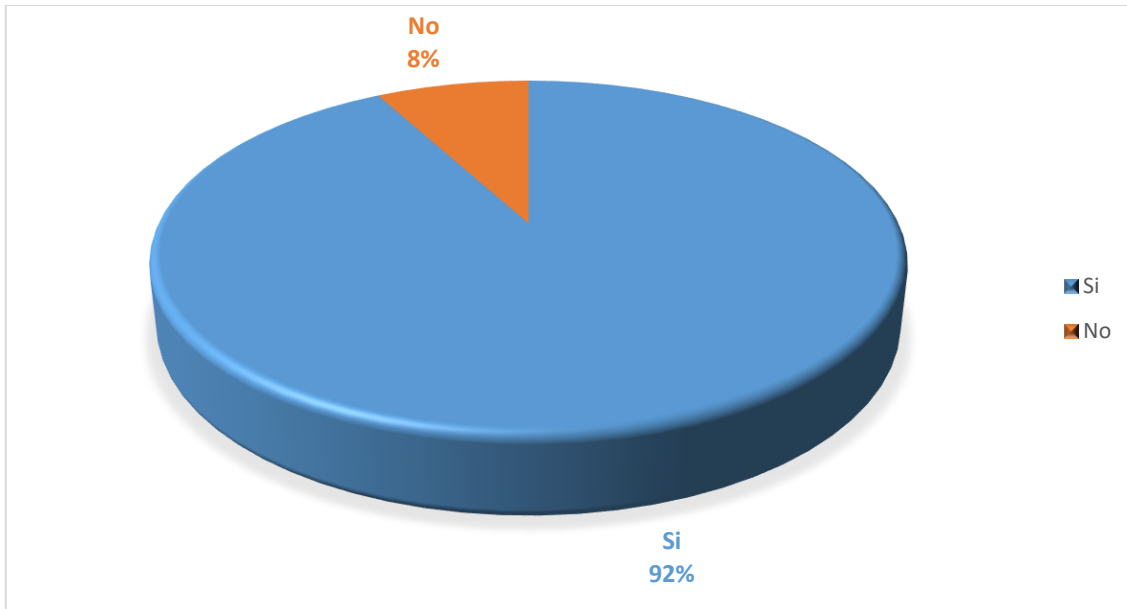


Figura N°7 Distribución de los encuestados según resolución a la interrogante “¿Es usted profesional de enfermería?”, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

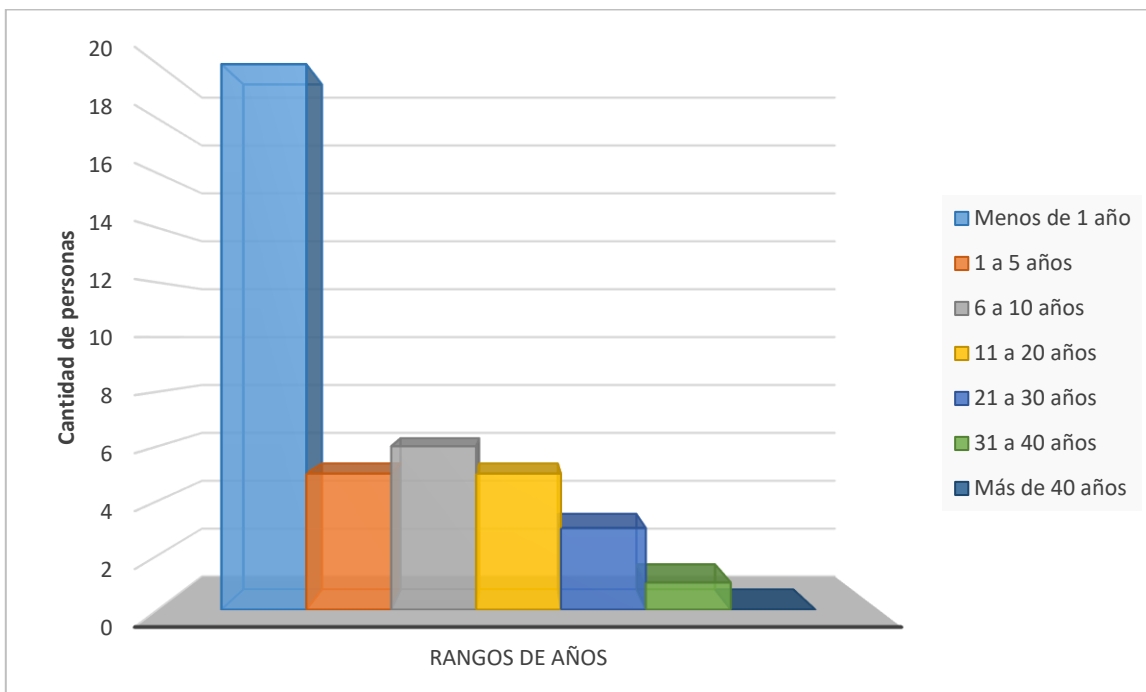


Figura N°8 Distribución de los encuestados según años de incorporación al Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

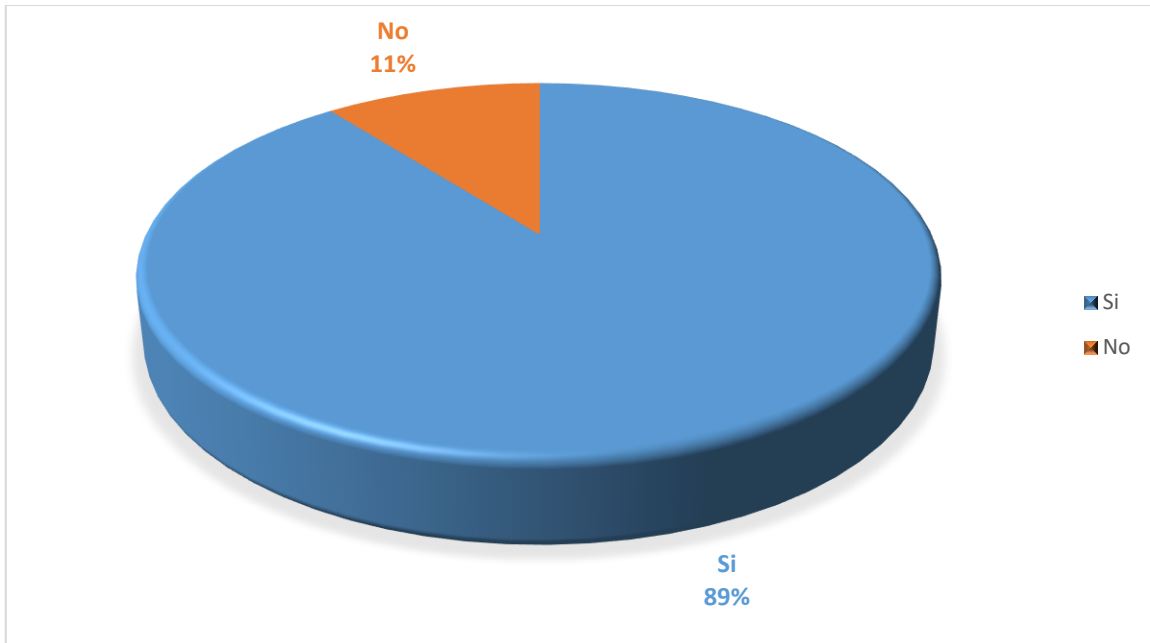


Figura N°9 Distribución de los encuestados según resolución a la interrogante “¿Se encuentra laborando actualmente?”, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

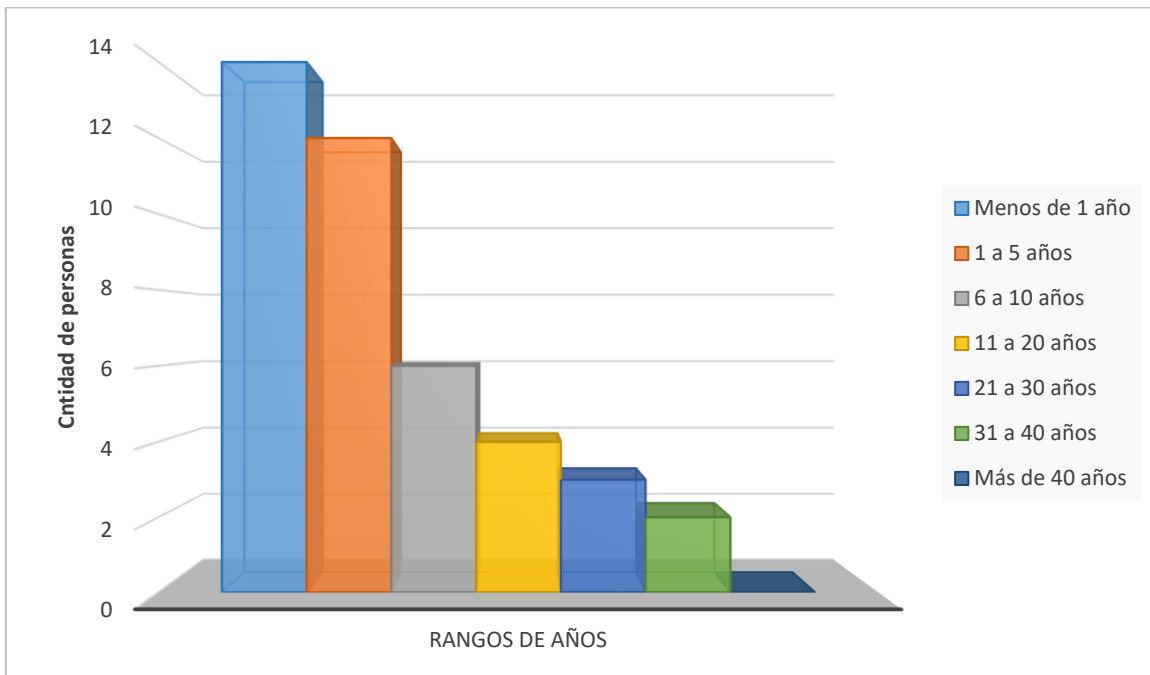


Figura N°10 Distribución de los encuestados según resolución a la interrogante “¿Es usted profesional de enfermería?”, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

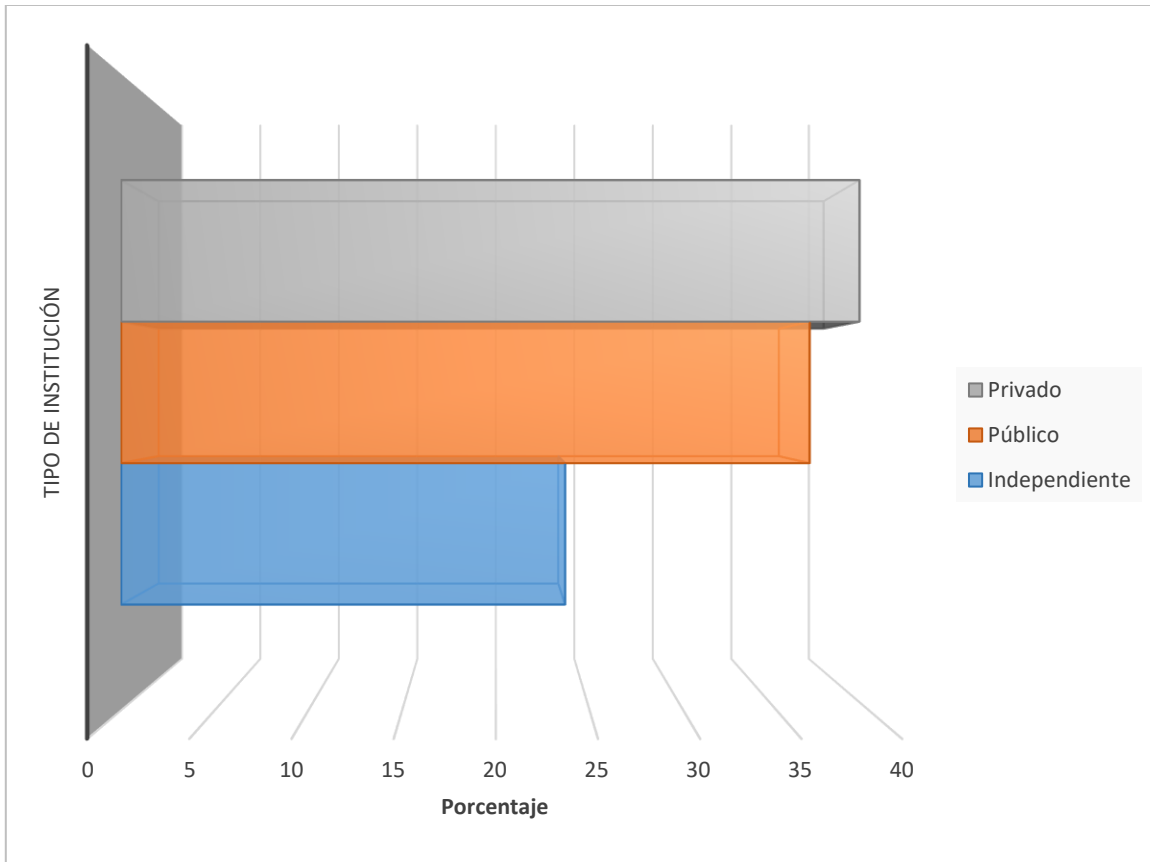


Figura N°11 Distribución de los encuestados según tipo de institución en la que labora actualmente, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

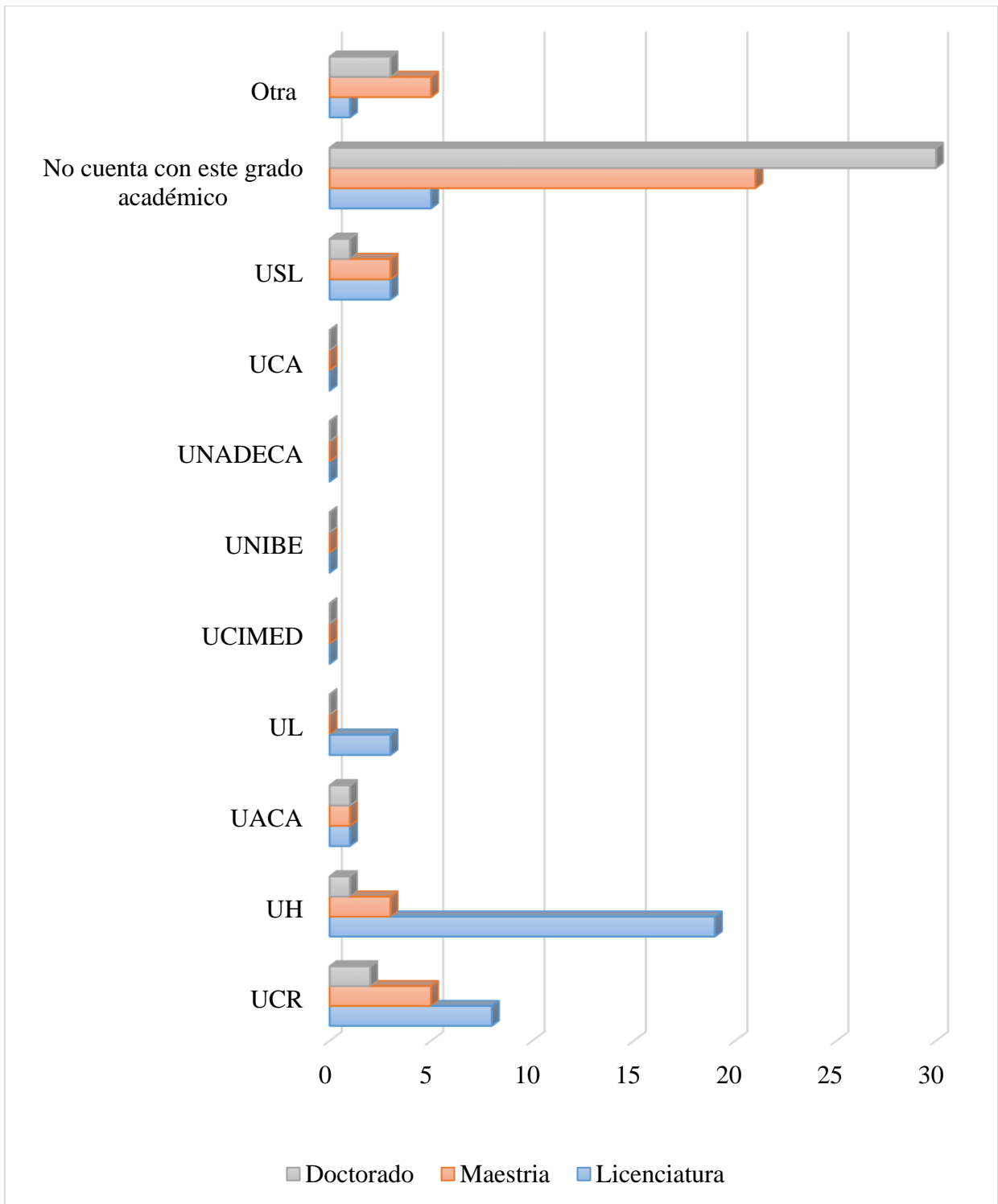


Figura N°12 Distribución de universidad de egreso de los encuestados según grado académico alcanzado, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

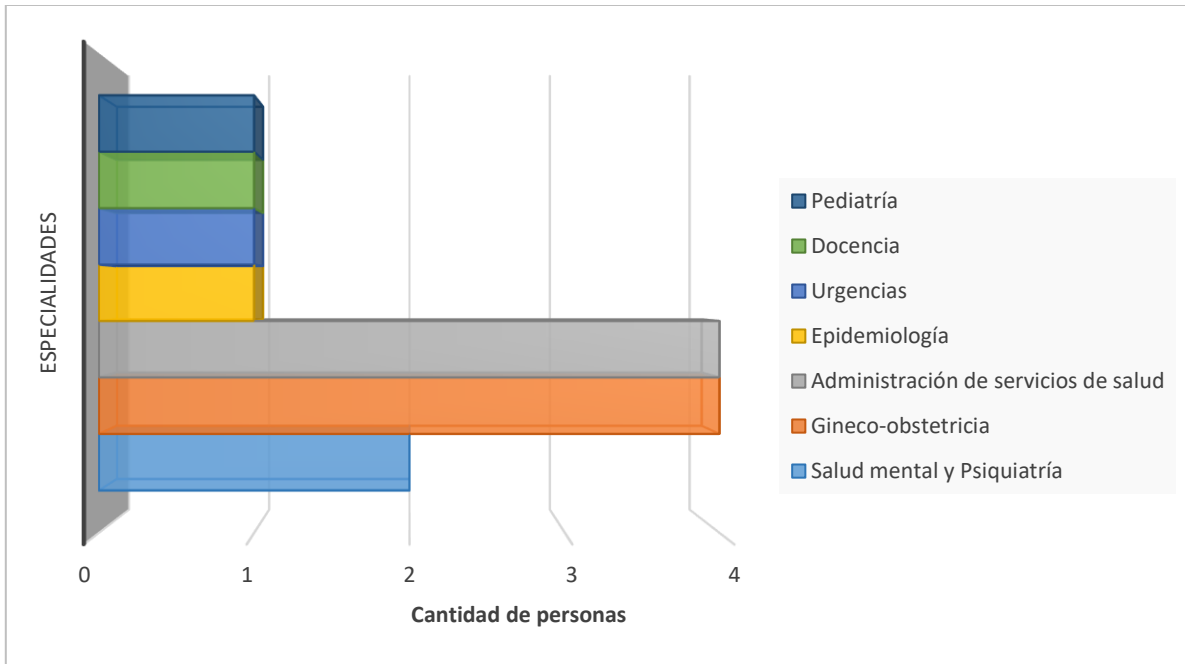


Figura N°13 Distribución de los encuestados según año de finalización del último grado académico, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

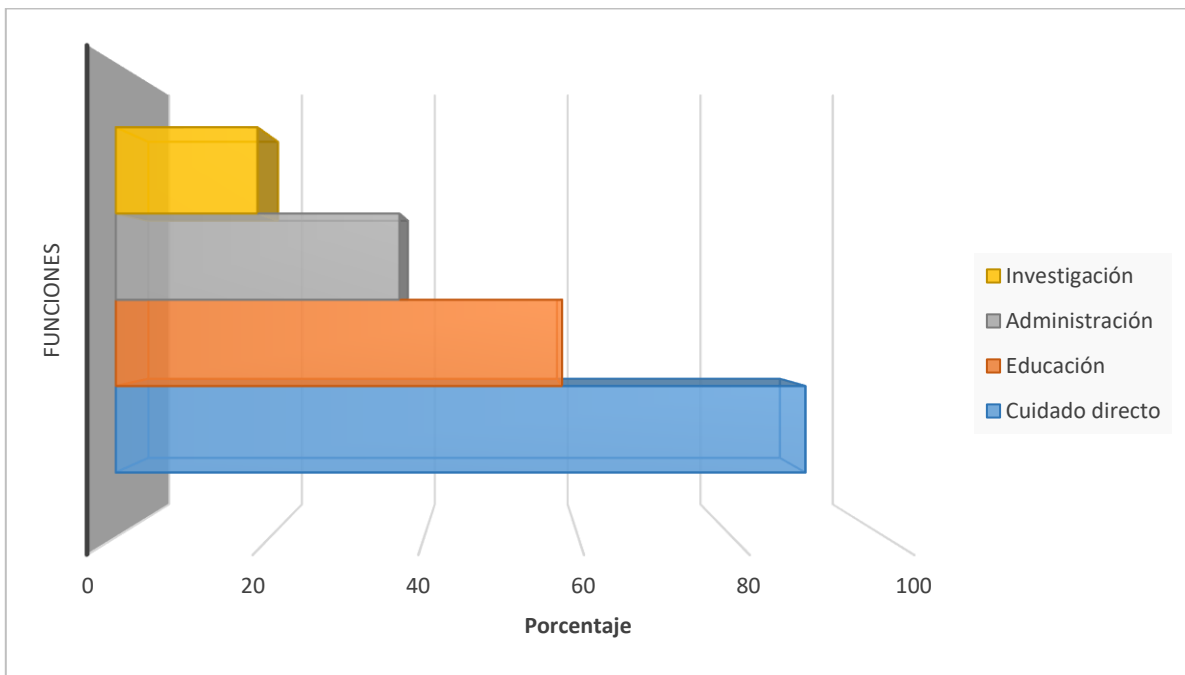


Figura N°14 Distribución de los encuestados según las áreas en las cuales realiza funciones, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

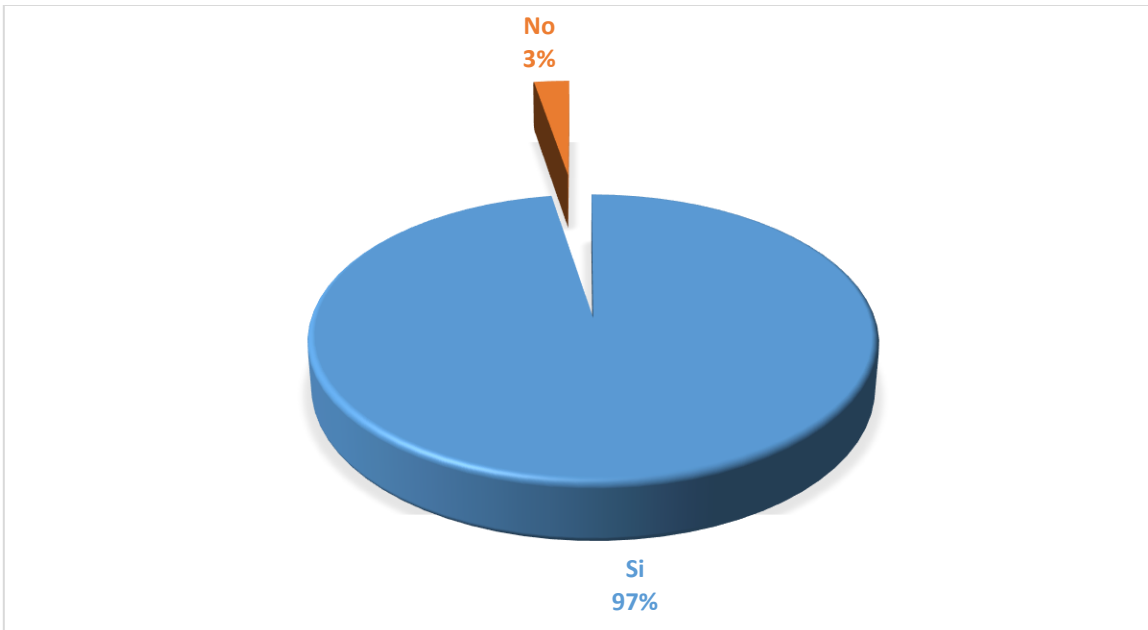


Figura N°15 Distribución de los encuestados según su resolución a la interrogante ¿Recibió alguna enseñanza teórica sobre teorizantes de enfermería?, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

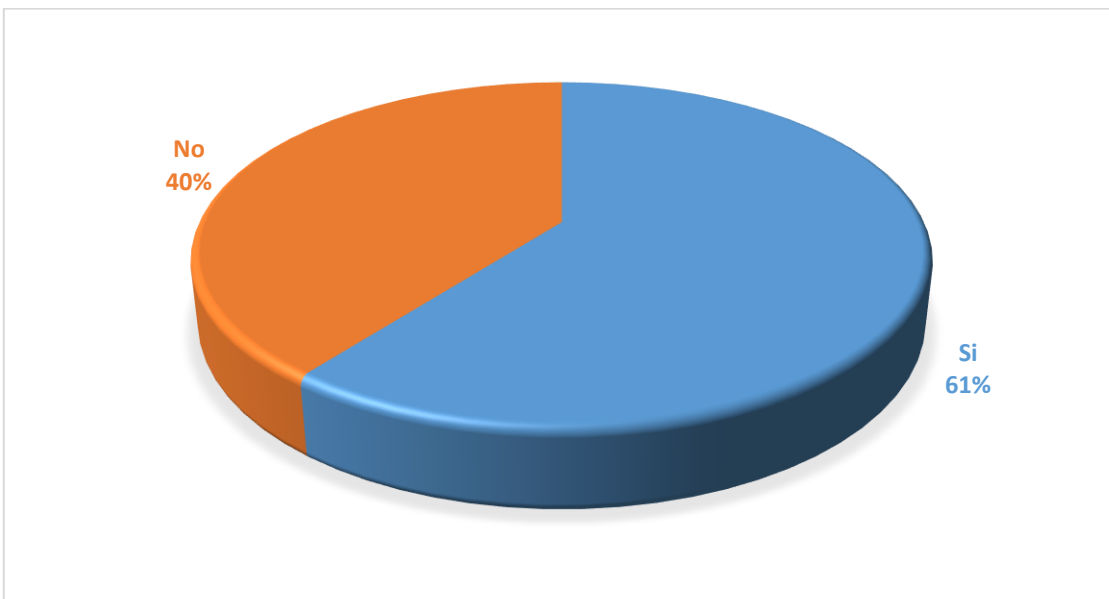


Figura N°16 Distribución de los encuestados según su resolución a la interrogante ¿Durante su formación académica recibió alguna capacitación técnica/practica sobre teorizantes de enfermería?, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

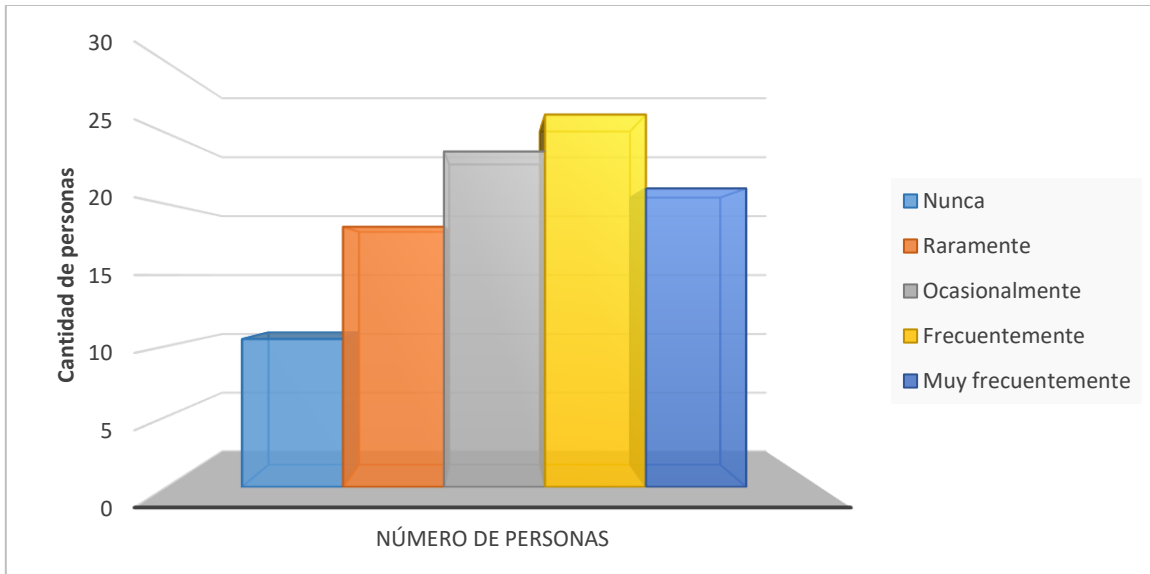


Figura N°17 Distribución de los encuestados según frecuencia de uso de las teorizantes en sus labores prácticas diarias, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

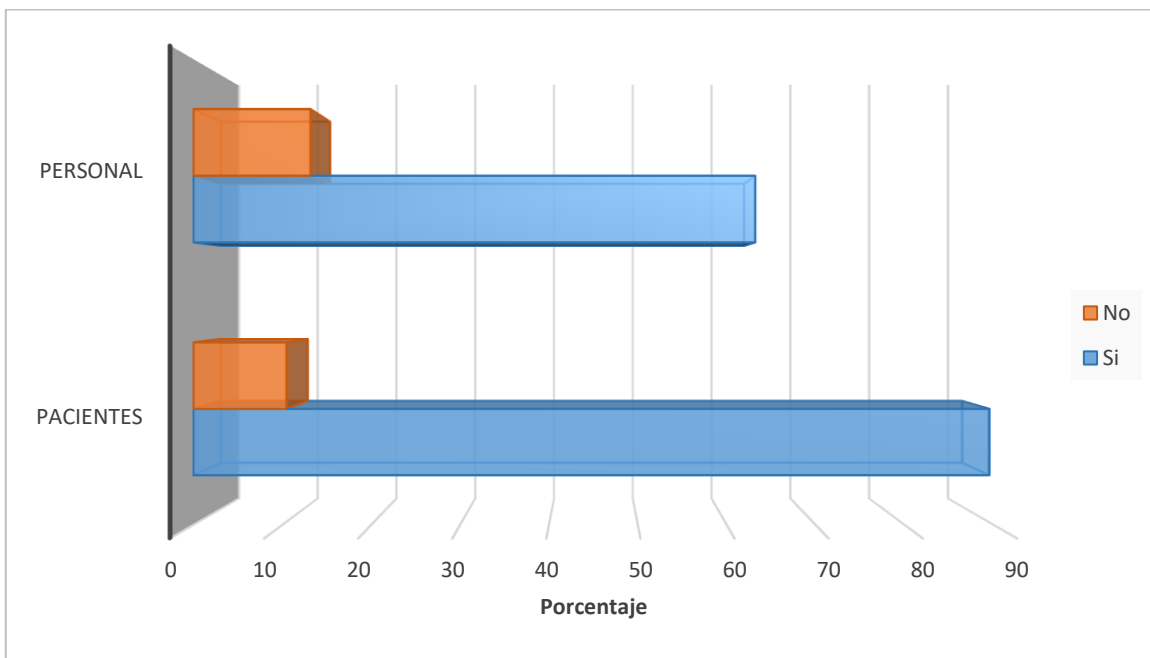


Figura N°18 Distribución de los encuestados según la respuesta a la interrogante "Considera usted que el conocimiento sobre los modelos y teorías de enfermería, mejora sus relaciones interpersonales con los usuarios y/o personal de salud?", Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

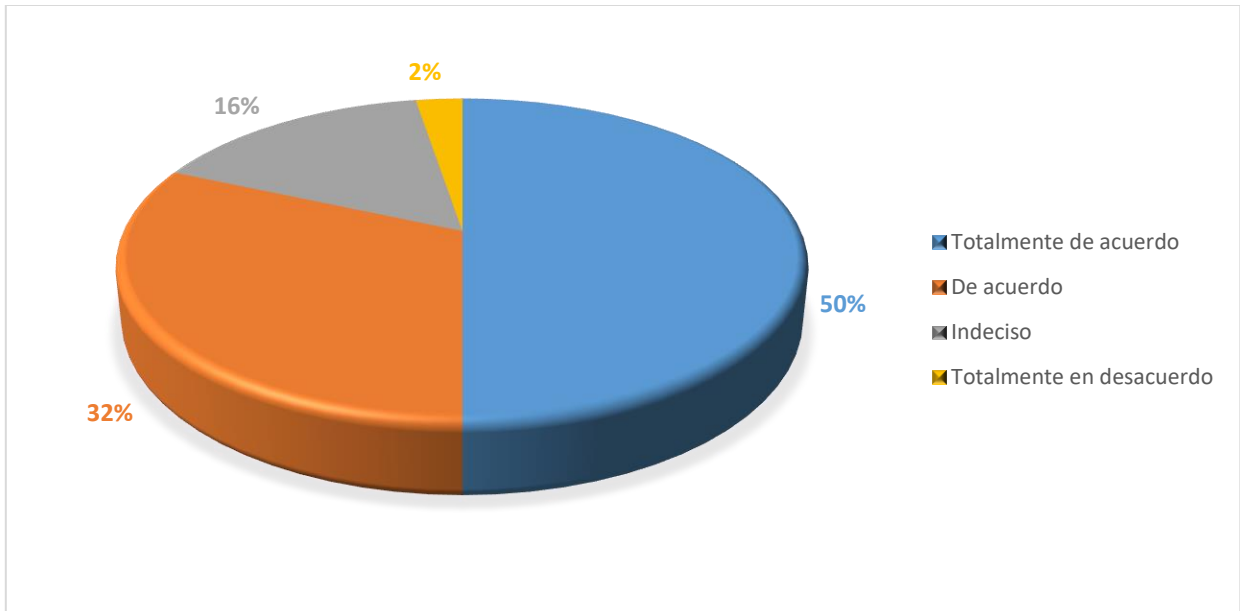


Figura N°19 Distribución de los encuestados según consideración de la individualización de los modelos y teorías de enfermería para la atención de cada usuario, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

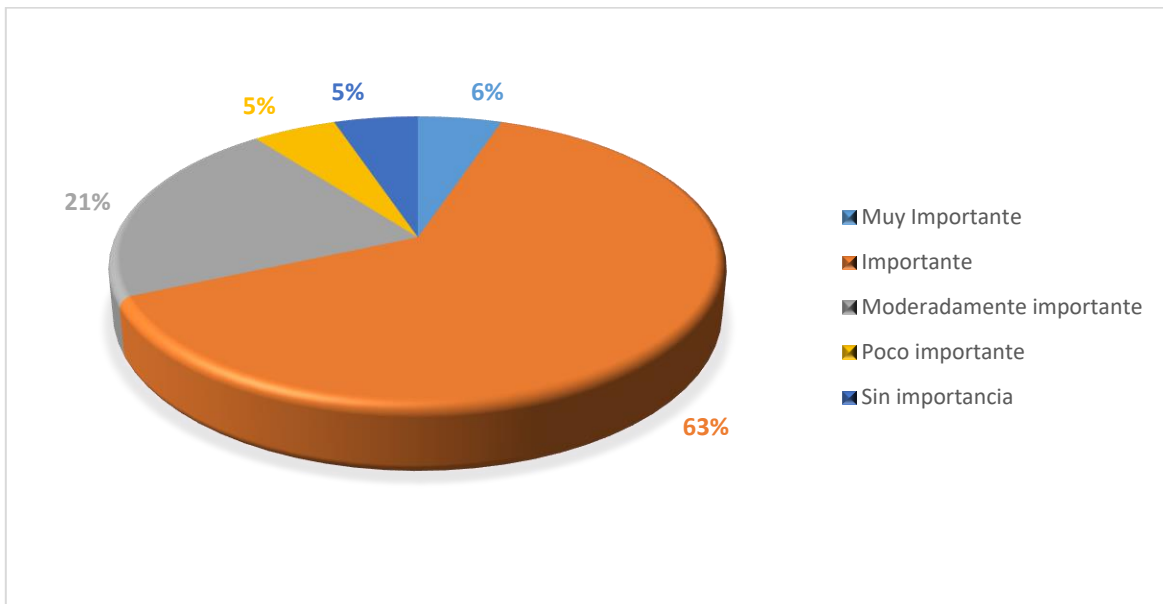


Figura N°20 Distribución de los encuestados según consideración de la importancia ética y moral de conocer y aplicar los modelos y teorías de enfermería durante sus labores diarias, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

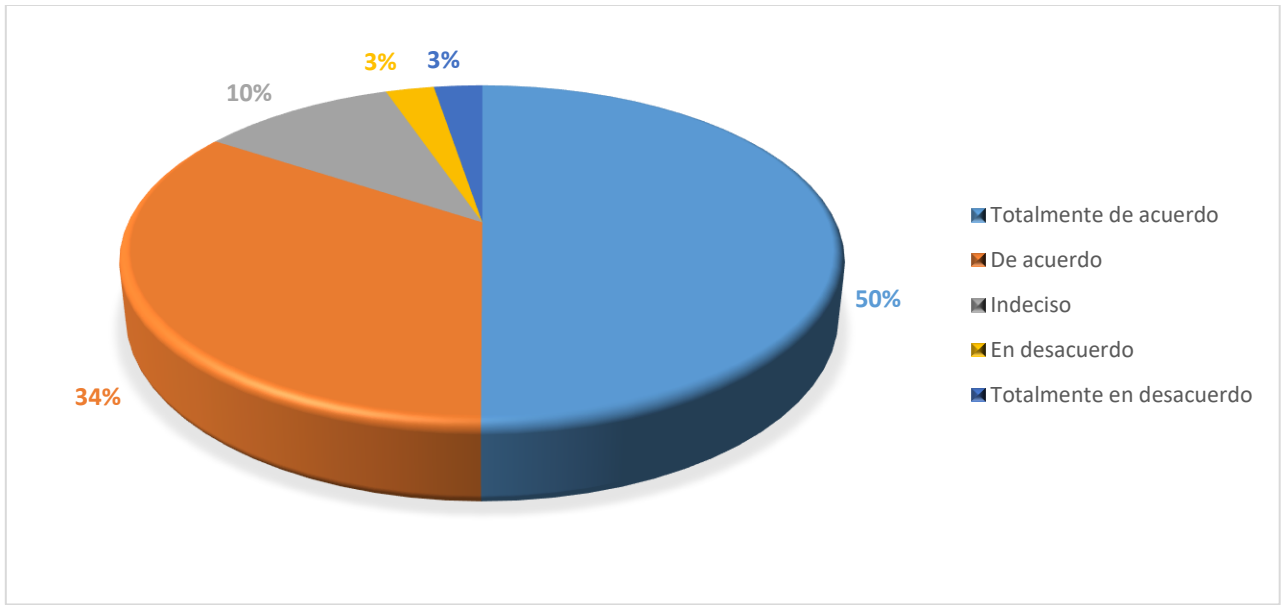


Figura N°21 Distribución de los encuestados según la utilidad de la aplicación de modelos y teorías de enfermería en su área laboral, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

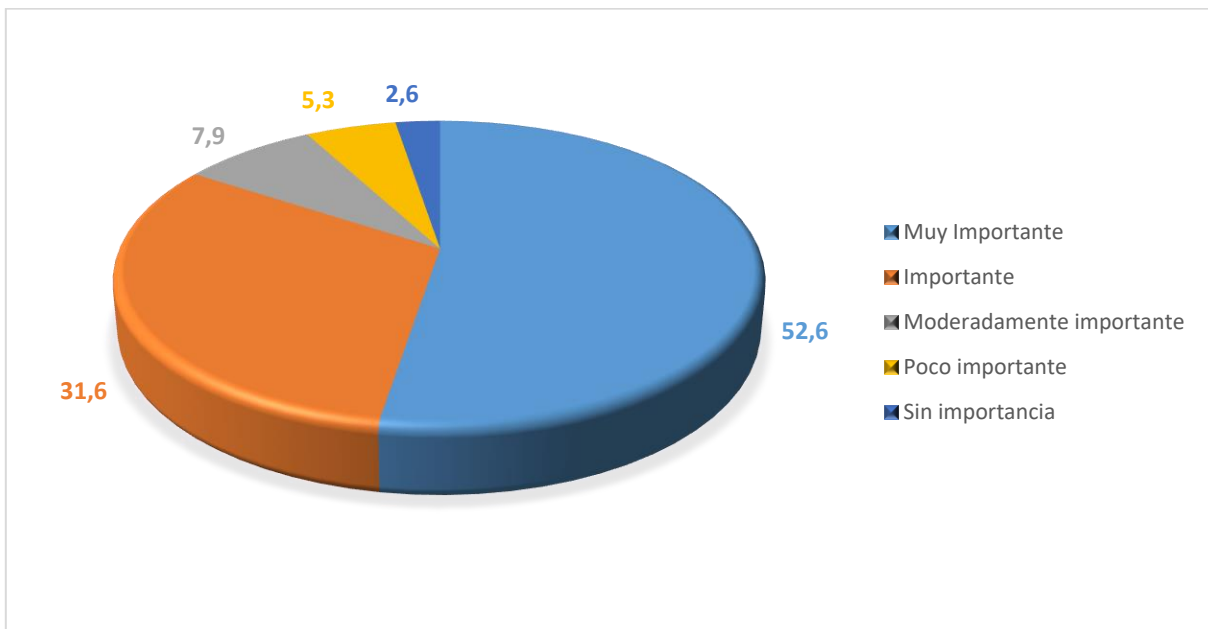


Figura N°22 Distribución de los encuestados según la importancia de fomentar más el conocimiento y la utilización sobre los modelos y teorías de enfermería en Costa Rica, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

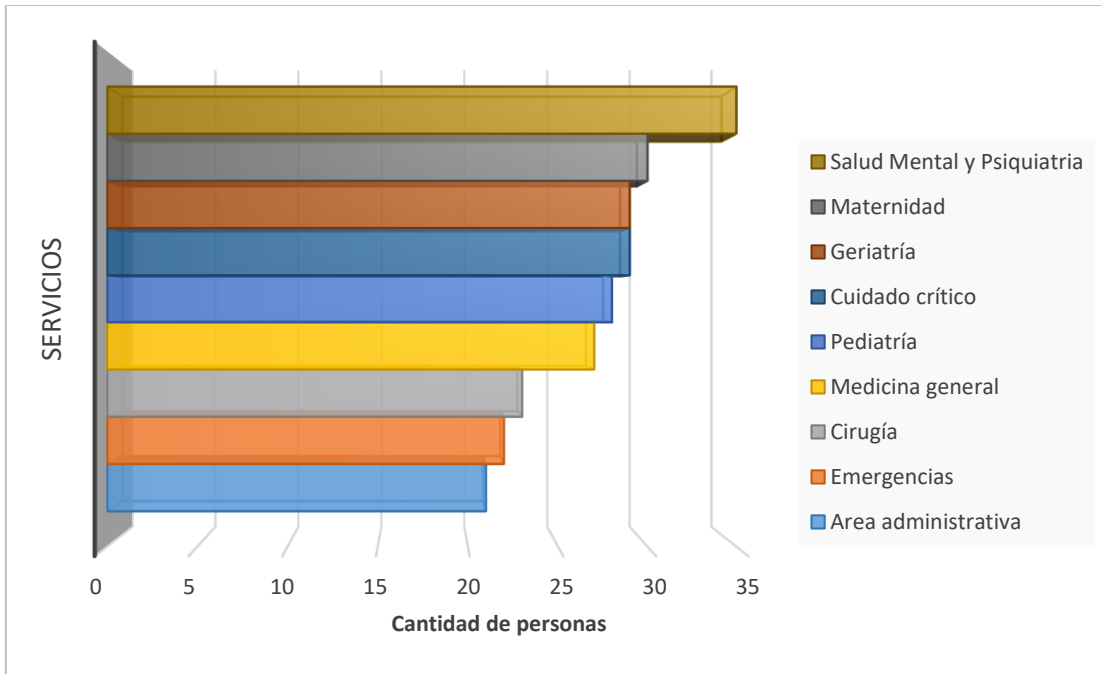


Figura N°23 Distribución de los encuestados según los servicios donde es de mayor utilidad la aplicación de los modelos y teorías de enfermería, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

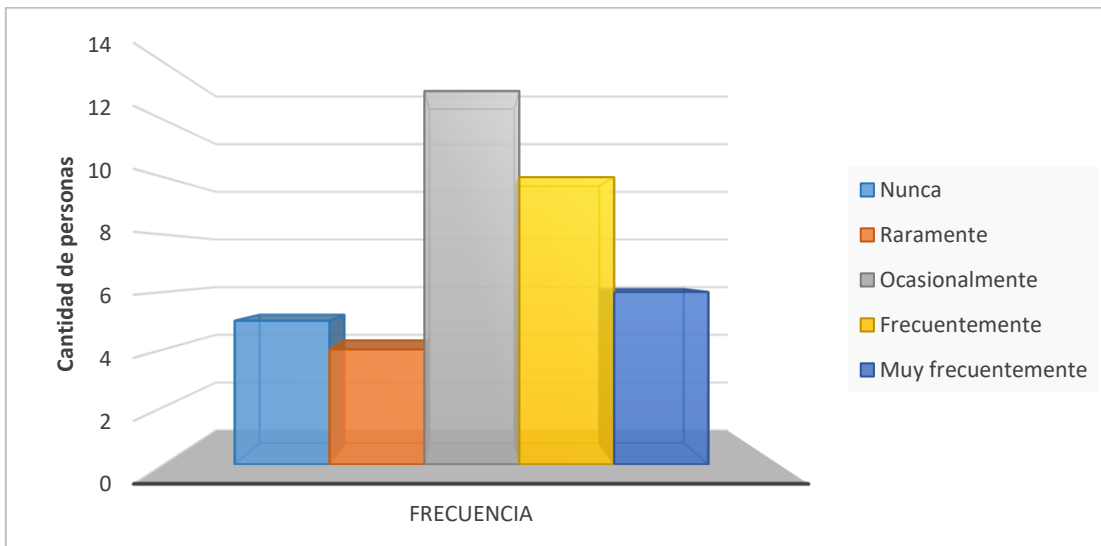


Figura N°24: Distribución de los encuestados según frecuencia de la utilización de las teorizantes o modelos de enfermería en el área laboral, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

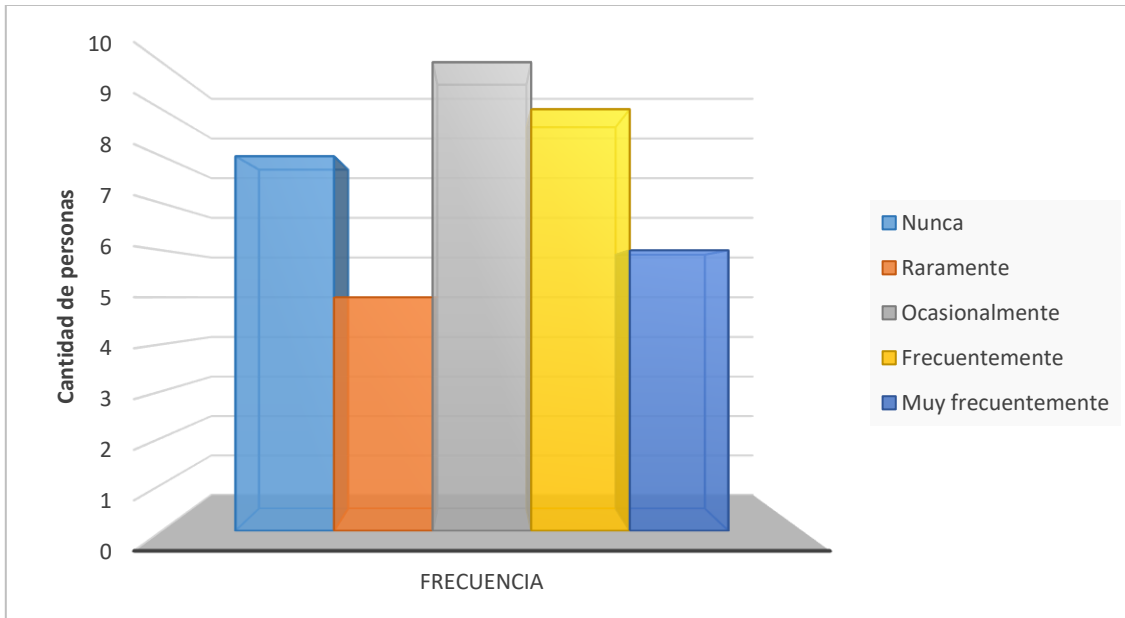


Figura N°25: Distribución de los encuestados según frecuencia de la utilización de las teorías o modelos de enfermería para laborar planes de atención de enfermería, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

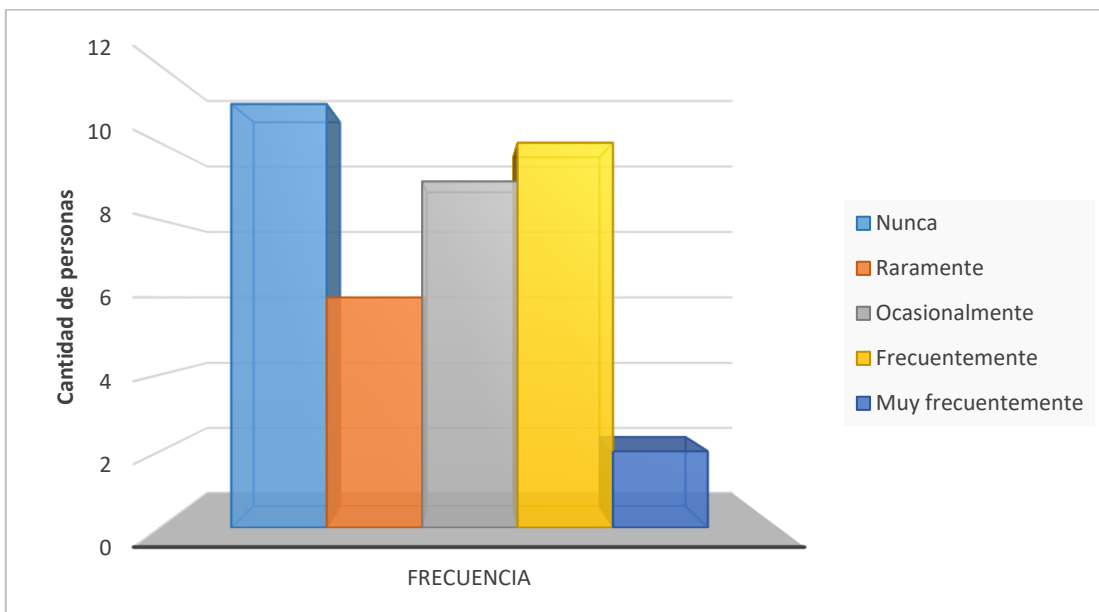


Figura N°26: Distribución de los encuestados según frecuencia de utilización de los modelos o teorías de enfermería para brindar un mejor cuidado al paciente durante una emergencia, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

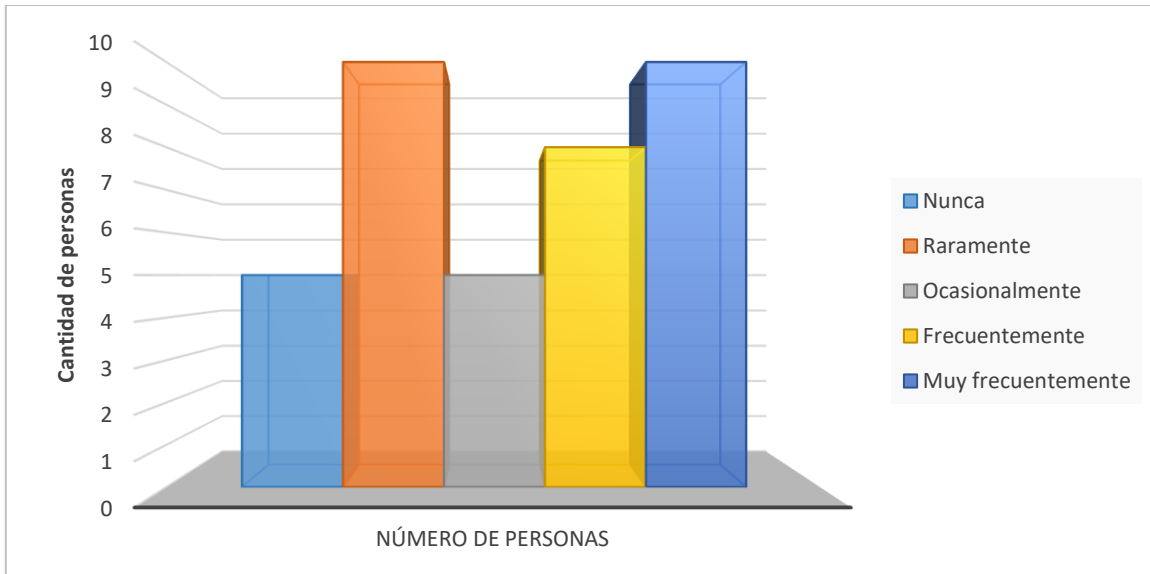


Figura N°27: *Distribución de los encuestados según frecuencia de la utilización de una teorizante o modelo de enfermería para abordar de mejor manera el duelo de los familiares al morir el paciente, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

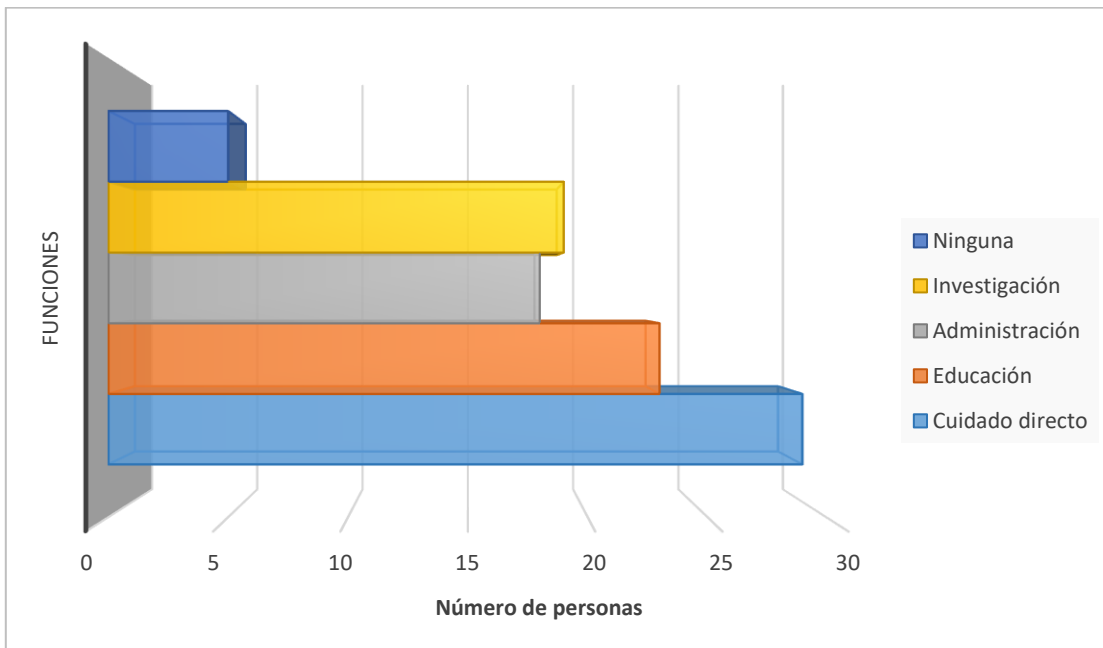


Figura N°28 *Distribución de los encuestados según el área de enfermería donde utiliza las teorizantes o modelos de enfermería, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

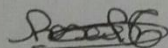


Figura N°29 Distribución de los encuestados según el área de enfermería y las teorizantes o modelos de enfermería, que utiliza en ellas, Costa Rica, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo N°6: Declaración jurada

DECLARACION JURADA

Yo Rosa Bermúdez Gutiérrez, cédula de identidad número 1-1043-0801, en condición de egresada de la carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertida de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo prendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciada en enfermería titulado "Conocimiento y utilidad de los modelos y teorías de enfermería por parte de los enfermeros profesionales, según el paradigma de la integración, Costa Rica, 2017" es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las leyes penales así como la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicadas en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción similar y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante un notario público. Firmo en fe de lo anterior, en la ciudad de San José del día 10 del mes de febrero del año 2018.



Rosa Bermúdez Gutiérrez

Anexo N°7: Carta de aprobación de la tutora

CARTA DE LA TUTORA

San José, 07 de febrero del 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **ROSA MARÍA BERMÚDEZ GUTIÉRREZ, cédula 1-1043-0801** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“CONOCIMIENTO Y UTILIDAD DE LOS MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA POR PARTE DE LOS ENFERMEROS PROFESIONALES, SEGÚN EL PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN, COSTA RICA, 2017”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

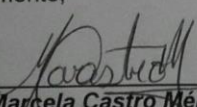
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	19
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		90

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


MSc. Marcela Castro Méndez
Cédula identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

Anexo N°8: Carta de aprobación de la lectora.

CARTA DE LA LECTORA

San José, 16 de febrero 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **ROSA MARÍA BERMÚDEZ GUTIÉRREZ**, cédula 1-1043-0801 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“CONOCIMIENTO Y UTILIDAD DE LOS MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA POR PARTE DE LOS ENFERMEROS PROFESIONALES, SEGÚN EL PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN, COSTA RICA, 2017”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

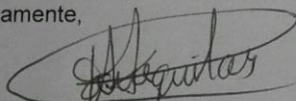
En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	19
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19
	TOTAL		92%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,



MSc. Vanessa Aguilar Zeledón
Cédula identidad 1-0874-0329
Carné Colegio Profesional E-4368

Anexo N°9: Carta de la filóloga.

CARTA DEL FILÓLOGO

San José, 26 de febrero de 2018

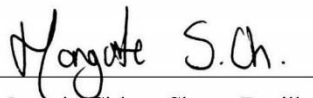
Msc.
Zaida Rodríguez C.
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

He revisado y corregido en todos los extremos filológicos: la redacción, la ortografía, la puntuación, la morfología, la sintaxis y los vicios del lenguaje del trabajo de investigación denominado **“Conocimiento y utilidad de los modelos y teorías de enfermería por parte de los enfermeros profesionales, según el paradigma de la integración, Costa Rica, 2017”**, presentada por la estudiante Rosa Bermúdez Gutiérrez, para optar por el grado académico de **Licenciatura en Enfermería**.

Con las correcciones realizadas en este trabajo de investigación, esta tesis es un documento con valor filológico y cumple con los requisitos necesarios para ser presentada y defendida como Trabajo Final de Graduación, ante las autoridades universitarias correspondientes.

Atentamente,



Margarita Sirlene Chaves Bonilla

Filóloga

Cédula # 2 0717 0620

Carné afiliado # 231 “Asociación Costarricense de Filólogos”