

Material de apoyo a la Investigación traducido del inglés al español

- T1** Intervención Motivacional Telefónica para incrementar la Actividad Física en Adultos Inactivos
- T2** Respondiendo a la Necesidad de Cuidados de Enfermería de Calidad y Seguridad para el Paciente: Un Nuevo Modelo para la Educación de Enfermería
- T3** Validación del Instrumento de Basilea sobre el Impacto del Racionamiento del Cuidado de Enfermería
- T4** Actitudes de las Enfermeras hacia la investigación en un Centro Médico Metropolitano
- T5** Los factores Esenciales para un Ambiente Laboral de Enfermería Productivo
- T6** Efectos de la Exposición a la Violencia en la Salud de Adolescentes Urbanos
- T7** Medición de la Satisfacción Laboral de las Enfermeras usando la Escala McCloskey/Muller
- T8** Predictores Tempranos de la Auto-eficacia como Progenitor
- T9** Identificación a Nivel Estatal Adversos Usando Revisión Retrospectiva de Enfermeras: Métodos y Resultados
- T10** Niveles Educativos de las Enfermeras Hospitalarias y la Mortalidad en Pacientes Quirúrgicos
- T11** Percepciones de los Empleadores sobre el Conocimiento, la Competencia y el Profesionalismo de las Graduadas de la Licenciatura de Enfermería con Programas Basados en la Solución de Problemas
- T12** Obesidad Pediátrica y Diabetes Tipo 2
- T13** Jerarquía de Necesidades de Maslow y Éxito Académico de las Estudiantes de Enfermería
- T14** Prescripción para Alcanzar el Éxito en un Programa de Grado de Enfermería
- T15** Una Revisión Sistemática de las Experiencias y Percepciones de las Enfermeras Recién Graduadas en el Reino Unido
- T16** Construyendo una Base para la Colaboración Enfermera-Médico
- T17** Comportamientos que influyen en la Cultura de Seguridad
- T18** Algunos Tips para profesores de Enfermería para Fomentar la Participación en Clase
- T19** Destrezas de Comunicación Terapéutica en las Estudiantes Enfermeras Clínicas
- T20** Mejorando la Comunicación entre los Proveedores de Cuidado de la Salud Preparando a las Estudiantes de Enfermería para la Práctica
- T21** Desarrollando Destrezas para la Comunicación Interprofesional
- T22** El Rol de la Colaboración Interprofesional en la Creación y Mantenimiento de la Reforma del Cuidado de la Salud
- T23** Dosis de Enfermeras: analizando la asociación de variables de asignación de personal de enfermería con los resultados adversos de pacientes
- T24** Cómo hablar con la comunidad médica: una guía para la comunicación efectiva

- T25** Competencias Nucleares para la Práctica Colaborativa Interprofesional
- T26** Un Marco de Trabajo de Competencia Interprofesional Nacional
- T27** Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa
- T28** Fibromialgia: Síntomas, Función Física, y Comorbilidad en Adultos Medios y Mayores
- T29** Instrumento de Medición del Estudio: Evaluation of an Online Graduate Nursing Curriculum: Examining Standards of Quality
- T30** Evaluación de una iniciativa de Educación Interprofesional sobre Destrezas de Comunicación
- T31** Diseñando una Agenda Nacional para la Investigación en la Educación de Enfermería
- T32** Aprendizaje Basado en el Equipo: una Revisión de la Literatura
- T33** Experiencias de Enfermeras Recién Graduadas en Programas de Entrenamiento Rotacional en Japón
- T34** Aumentar Atención, Incrementar la Memoria, y Mejorar el Aprendizaje con Estrategias de tipo Base-Mente
- T35** Una cultura de Apoyo Mutuo: Descubriendo por qué las Nuevas Enfermeras Permanecen en Enfermería
- T36** Transformando La Educación Clínica (Editorial)
- T37** Concepciones de Académicos Clínicos sobre la Enfermería
- T38** La Educación Interprofesional: Una Estrategia Esencial para Lograr las Metas de Enfermería del Futuro
- T39** El Desarrollo y Prueba de la Encuesta sobre Trabajo de Equipo en Enfermería
- T40** Entendiendo el Concepto de Significancia Estadística
- T41** Bullying Entre Enfermeras Hospitalarias Japonesas
- T42** Características de los Horarios Laborales de las Enfermeras, Asignación de Personal, y Mortalidad de Pacientes

- T44** Determinantes Sociales de la Salud: el Rol de la Protección Social en la Identificación de Desigualdades Sociales en la Salud
- T45** Necesidades Percibidas por Enfermeras Académicas por Aprender Inglés: Asuntos Relacionados con el Desarrollo de su Carrera

- T50** Colaboración Interdisciplinaria en Geriátrica: Impulsando la Salud de los Adultos Mayores
- T51** Violencia Laboral contra Enfermeras y Estudiantes de Enfermería: Una Experiencia Italiana
- T52** Perspectivas de las Enfermeras Registradas sobre las Nuevas Graduadas Trabajando en las Unidades de Emergencia o Cuidados Críticos
- T53** Prioridades, Acciones, y Lamentos en Enfermería por Situaciones Éticas en las Práctica Clínica
- T54** Delineación de Auto-Cuidado y Conceptos Asociados

T55 Desarrollo y Validación Psicométrica de la Escala de Satisfacción de la Enfermera de la Práctica General

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de Apoyo a la Investigación

T1

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Intervención Motivacional Telefónica para Incrementar la Actividad Física en Adultos Inactivos.

Bennett JA, Young HM, Nail LM, Winters-Stone K, Hanson G.

A Telephone-Only Motivational Intervention to Increase Physical Activity in Rural Adults: A Randomized Controlled Trial.

Nursing Research 2008; 57(1):24-32.

INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL TELEFÓNICA PARA INCREMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS INACTIVOS

Jill A. Bennett, PhD, RN, Associate Professor, School of Nursing, University of Auckland, New Zealand; and School of Nursing, Oregon Health & Science University, Portland.

Heather M. Young, PhD, GNP, FAAN, Professor, School of Nursing, Oregon Health & Science University, Portland.

Lillian M. Nail, Professor, School of Nursing, Oregon Health & Science University, Portland.

Kerri Winters-Stone, Associate Professor, Oregon Health & Science University, Portland.

Ginger Hanson, MS, Statistical Consultant, School of Nursing, Oregon Health & Science University, Portland.

Antecedentes

Los adultos tienden a permanecer inactivos, pero además, muchas veces carecen de acceso a programas, instalaciones o facilidades que les permitan incrementar su actividad física.

Objetivo

Evaluar si una intervención motivacional telefónica (IMT) incrementaba la actividad física diaria de un grupo de adultos inactivos.

Métodos

Esta prueba aleatoria controlada incluyó 86 adultos físicamente inactivos (media de edad: 58 años; rango: 30-81 años) quienes expresaron haber estado listos para incrementar sus niveles de actividad física durante los 6 meses que duró el experimento. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria dentro de 2 grupos: uno con intervención motivacional telefónica ($n = 43$) y el otro sin esta intervención ($n = 43$). A los participantes del grupo con IMT se les proporcionó un podómetro (caminadora), y durante un período de 6 meses, recibieron llamadas telefónicas con contenido motivacional relativo a la importancia de incrementar sus niveles de actividad física. A los participantes del grupo control también se les proporcionó un podómetro y durante el mismo período de tiempo recibieron igual número de llamadas telefónicas, pero sin que éstas tuvieran contenido motivacional específico. La actividad física fue estimada por medio de diversos auto-reportes, incluyendo el Cuestionario del Programa Modelo de Actividades Saludables Comunitarias sobre Actividad Física de Adultos Mayores. Los datos fueron recolectados mediante encuestas por correo y posteriormente se realizaron ANOVAs.

Algunos resultados

Setenta y dos participantes completaron el estudio; 35 del grupo con intervención motivacional telefónica, y 37 del grupo control. Los participantes del grupo con IMT incrementaron su auto-eficacia para ejercitarse ($p = .019$) pero no así sus niveles totales de actividad física ($p = .572$).

Discusión

A pesar de que esta intervención no fue suficiente para incrementar la cantidad total de actividad física del grupo experimental (aunque sí su auto-eficacia), consideramos que esta forma de intervención, como un método práctico y relativamente barato, tiene el potencial para promover la salud de los adultos físicamente inactivos.

Palabras clave: Adulto, ejercicio, actividad física, prueba aleatoria controlada, inactivo.

La inactividad física ha sido llamada la epidemia silenciosa de los Estados Unidos y es, en parte, responsable del incremento de muchas enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer. A pesar de que los peligros para la salud debidos a la inactividad física son bien conocidos, pocos son los americanos que siguen las recomendaciones de realizar actividad física diariamente (Center for Disease Control and Prevention, 2007 [1]). Los adultos físicamente inactivos sufren de más enfermedades crónicas que, mediante la actividad física, podrían relativamente evitar (Bove & Olson, 2006 [2]; Center on an Aging Society, 2003 [3]; Kondro, 2006 [4]). Debido a la importancia de este asunto, es indudable que son necesarias más iniciativas para ayudar a la gente a que incremente sus niveles de actividad física. Al respecto, existen diversas formas de intervención. Una de estas, es la intervención motivacional telefónica (IMT) basada sobre el Modelo Teórico de Cambio de Comportamiento de Salud (Prochaska & Velicer, 1997 [5]) y la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1977 [6]; 1986 [7]). La entrevista motivacional propia de esta forma de intervención incluye cuatro estrategias: (a) expresar empatía; (b) apoyar la auto-eficacia; (c) disminuir la resistencia; (d) identificar las discrepancias entre comportamientos vigentes y deseados. El objetivo principal de esta forma de intervención es ayudar a los receptores a identificar y analizar sus propias barreras e interferencias para lograr los cambios deseados (Miller & Rollnick, 2002 [8]). En este sentido, la auto-eficacia percibida es la creencia de que los individuos son capaces de organizar y llevar a cabo las acciones en su beneficio (Bandura, 1977 [9]; 1986 [10]).

Nosotros llevamos a cabo este estudio en comunidades rurales, y nos apoyamos únicamente con llamadas telefónicas. El propósito de esto fue evaluar si, con la sola intervención motivacional telefónica, era posible incrementar los niveles de actividad física de los adultos inactivos de nuestra muestra.

Métodos

Participantes

Los participantes elegibles fueron adultos de 25 o más años de edad, físicamente inactivos, y que estuvieran buscando incrementar sus niveles de actividad física. Aceptamos el criterio *sub-activo* como una respuesta negativa a la pregunta: "En una

semana típica, ¿planea usted actividades físicas que incrementen su tasa de respiración, y que causen que sude por lo menos tres veces a la semana durante 30 minutos cada vez?” Los participantes eran excluidos si durante 6 meses habían padecido alguna condición médica que contraindicara su actividad física. La elegibilidad médica fue determinada mediante el Cuestionario de Elegibilidad de Actividad Física Par-Q (Canadian Society for Exercise Physiology, 2002 [11]). Si un participante respondía afirmativamente a alguna de las 11 preguntas en la sección de valoración de riesgo de la escala Par-Q, el personal del estudio enviaba al médico del participante una carta describiendo los riesgos, junto con la forma del permiso correspondiente para que, en su caso, ésta fuera aprobada.

Procedimientos

Nuestro personal clínico recibió 8 horas de entrenamiento que fueron conducidas por un miembro certificado de la Red de Entrenadores de Intervenciones Motivacionales.

El reclutamiento individual se llevó a cabo, familiarizando al sujeto en el tema, preguntándole respetuosamente sobre su interés por incrementar sus niveles de actividad física, explorando sutilmente sus barreras al respecto, y finalmente preguntándole si quería participar en el estudio. Adicionalmente, se tomó la decisión de colocar anuncios con un número 01-800 en el periódico. Los participantes que se inscribieron a distancia recibieron las formas de consentimiento y las encuestas de inicio del estudio, incluyendo el cuestionario Par-Q, mismas que luego devolvieron también por correo. Los participantes que fueron reclutados en persona llenaron y devolvieron sus documentos en la misma oficina. Cada participante recibió las instrucciones correspondientes, así como un podómetro (caminadora) Digi-Walker (SW 701, New Lifestyles, Lee’s Summit, MO) (Tudor-Locke & Bassett, 2004 [12]). Como parte del proceso de vigilancia, mes con mes, cada participante también recibió una bitácora de ejercicio en la que debía registrar sus pasos diarios en la caminadora. Ambas intervenciones motivacionales y no motivacionales fueron realizadas a intervalos de tiempo similares. Al concluir el estudio cada participante llenó una encuesta final.

Grupo con Intervención Motivacional Telefónica

Los participantes en el grupo con intervención recibieron su primera llamada telefónica aproximadamente 1 semana después del procesamiento de su documentación. Esta primera llamada telefónica duraba alrededor de 30 minutos, e incluía discusiones sobre la seguridad, el proceso de calentamiento y enfriado de los músculos, y el esfuerzo percibido para mantener sus niveles de ejercicio; es decir, sobre su constancia. La meta general era fomentar que los participantes realizaran 30 minutos de actividad física moderada varios días a la semana. Después de la primer llamada, nuestros consejeros telefonaron cinco veces por mes a cada uno de los participantes para hablar sobre estrategias para solucionar problemas, respaldo motivacional, reformulación de objetivos, y si habían sufrido lesiones durante los ejercicios.

Si los participantes no podían ser localizados luego de varios intentos, la llamada telefónica era pospuesta. Si los participantes perdían 3 llamadas, automáticamente quedaban fuera del estudio.

Los consejeros de actividad física eran asistentes de investigación preparados a nivel maestría que además habían recibido 16 horas de entrenamiento específico (Bennet, Lyons, Winters-Strone, Nails, & Scherer, 2007 [13]). Para asegurar la fidelidad de la intervención motivacional, y con el debido permiso de los participantes, todas las llamadas telefónicas fueron grabadas.

Grupo Control

Los participantes del grupo control también fueron telefoneados mensualmente pero las conversaciones no incluyeron contenido motivacional. Estas llamadas fueron conducidas por trabajadores sociales, y no fueron grabadas.

VARIABLES DE RESULTADOS

Cuando las encuestas eran devueltas, se verificaba que no les faltaran datos para, en su caso, telefonar a los participantes y solicitarles las respuestas correspondientes. Las medidas de resultados obtenidas fueron usadas para contrastar los resultados hipotetizados de las intervenciones motivacionales y las características de comportamiento esperadas.

Indicadores:

Nivel de actividades física

El indicador nivel de actividad física fue estimado usando el Cuestionario de Actividad Física del Programa de Actividades Comunitarias Saludables para Adultos (Stewart et al., 2001 [14]). Este cuestionario tiene 41 reactivos y es muy adecuado para adultos sedentarios de todas las edades. Las puntuaciones fueron convertidas a sus equivalentes en gasto calórico por semana.

Auto-eficacia para el ejercicio

El indicador auto-eficacia para el ejercicio fue estimado con un grupo de seis items propuesto por (Nigg & Riebe, 2002 [15]). Los participantes registraban en una escala tipo Likert de 5 puntos, su nivel de confianza para ejercitarse a pesar de la presencia de ciertas barreras (por ejemplo, el mal tiempo). El coeficiente de confiabilidad de consistencia interna alfa resultó ser .91. Coeficientes similares fueron reportados por (Wilson, Allen, & Li, 2006 [16]), y (Nigg & Riebe, 2002 [17]) en sus respectivos estudios.

Etapa de cambio hacia el ejercicio

El indicador etapa de cambio hacia el ejercicio fue medido al inicio y a los 6 meses del estudio pidiendo a cada participante seleccionar entre diversas opciones el enunciado que mejor describiese su comportamiento actual con respecto al ejercicio. Algunas referencias al respecto se encuentran en (Marcus, Selby, Niaura, & Rossi, 1992 [18]; Nigg & Riebe, 2002 [19]; Reed, Velicer, Prochaska, Rossi, & Marcus, 1977 [20]).

VARIABLES DESCRIPTIVAS

Las condiciones médicas crónicas fueron estimadas mediante una versión de la sub-escala de auto-reporte propuesta por (Katz, Chang, Sangha, Fossel, & Bates, 1996 [21]) derivada del desarrollo del índice de Comorbilidad de Charlson (Charlson, Pompei, Ales, & MacKenzie, 1987 [22]). La suma de los 13 ítems ponderados quedaba entre 0 y 38. Puntuaciones más altas indicaban un mayor riesgo de muerte a partir de las condiciones médicas presentes.

Otros síntomas fueron estimados mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que iba desde “para nada” hasta “extremadamente mucho”. Las puntuaciones totales iban de 0 a 80.

El factor que llamamos contexto de vecindad fue medido mediante un cuestionario de 7 ítems referentes a situaciones que podrían afectar la accesibilidad para ejercitarse al aire libre; por ejemplo el tráfico, la falta de bancas y caminos, etcétera. Las preguntas se respondían con sí o no. El total quedaba en un rango de 0 a 17. Puntuaciones mayores indicaban un mejor contexto de vecindad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La muestra para el análisis se formó con 72 participantes (35 del grupo con intervención y 37 del grupo control). Esto fue suficiente para detectar un efecto $d = 0.32$ usando un examen de significancia de 2 colas con poder de .80. Los datos fueron analizados usando la versión 15.0 del SPSS. Las características iniciales de los dos grupos del estudio fueron comparadas usando pruebas t independientes para los datos continuos y chi cuadrada para las variables categóricas. El análisis primario fue conducido usando análisis de varianza de medidas repetidas considerando al grupo con intervención y al tiempo como los predictores del nivel de actividad física y la auto-eficacia. Si la intervención indicaba que el grupo experimental mejoraba más de lo que lo hacía el grupo control, entonces la utilidad de la intervención era apoyada. Los datos fueron analizados usando el estadístico d (tamaño del efecto); y los análisis secundarios fueron llevados a cabo con ANOVAs de las interacciones entre tiempo, grupo, y auto-eficacia.

RESULTADOS

La intervención duró 6 meses. El reclutamiento comenzó en Marzo de 2005 y concluyó en Octubre. El procedimiento completo se muestra en la ilustración 1. Las características de los participantes al inicio del estudio se muestran en la tabla 1. No se reportaron lesiones asociadas con la actividad física, a pesar de que 5 participantes descontinuaron su participación debido a lesiones por otras causas, incluyendo cirugía.

Las primeras llamadas telefónicas de la intervención promediaron 23 minutos. Las llamadas de control tuvieron una duración de entre 3 y 5 minutos. En julio de 2005, se seleccionaron aleatoriamente 4 casos y se codificaron siguiendo el protocolo correspondiente del estudio: Integridad de Tratamiento de Intervención Motivacional referido por (Moyers, Martín, Manuel, Hendrickson, & Miller, 2005 [23]; Nelson et al., 1996 [24]). Esta codificación es usada para identificar cuatro importantes atributos en las intervenciones motivacionales. Las puntuaciones globales pueden quedar entre 1 y 6; las puntuaciones más altas indican un mejor desempeño en la provisión de la intervención motivacional.

En la tabla 2 se muestran las puntuaciones iniciales y finales de los grupos con respecto a los 3 principales indicadores: nivel de actividad física, auto-eficacia para el ejercicio, y etapa de cambio para iniciar y conservar rutinas de ejercicio. Los datos

perdidos fueron mínimos y estos registros fueron excluidos del estudio. Del examen de esta información se pudo constatar que, en el grupo experimental, los niveles promedio de actividad física no cambiaron notoriamente luego de los 6 meses de intervención. En el grupo control, los niveles de actividad física parecen haber disminuido durante el mismo lapso, pero esto no fue estadísticamente significativo. Aparecieron siete valores de actividad física extremadamente altos (>8,000 kcal/semana) al inicio del estudio (tres del grupo intervención y cuatro del grupo control); pero sólo 2 de ellos permanecieron extremos al final de los 6 meses, ambos del grupo con intervención.

Luego de la intervención, el incremento en el indicador de auto-eficacia para el ejercicio del grupo experimental resultó ser estadísticamente significativo ($p = .019$), y también mayor que el correspondiente del grupo control. El tamaño del efecto fue de 0.62.

Etapa de cambio hacia el ejercicio

Aunque no de forma estadísticamente significativa, ambos grupos incrementaron sus medias con respecto a este indicador (tabla 2). Hubo un efecto ($d = 0.44$) moderado en la interacción de grupo y tiempo.

Interacción de grupo, auto-eficacia, y tiempo

Hubo considerable variabilidad en el indicador de auto-eficacia, así que procedimos con análisis secundarios para determinar si el efecto de la intervención motivacional sobre la actividad física en el tiempo dependía de los niveles de auto-eficacia para el ejercicio (tabla 1). Los participantes en el grupo con intervención motivacional incrementaron su nivel de auto-eficacia para el ejercicio, pero no sus niveles de actividad física.

Existen otros estudios motivacionales han logrado cambios en el comportamiento (Steele, 1996 [25]); por ejemplo, la Prueba Espíritu Saludable Cuerpo Saludable (Resnicow et al., 2005 [26]), que fue una intervención de 1 año para incrementar la actividad física, y que incluyó materiales impresos y de video, así como dos llamadas telefónicas. El incremento de la actividad física reportado en ése estudio fue estadísticamente significativo (aunque el efecto calculado fue de sólo 0.40). Quizá, los materiales adicionales: audio casetes de música, videos, guías de ejercicio impresas, pudieron haber aumentado el efecto de la intervención motivacional telefónica sobre la actividad física. En nuestro caso, la razón de realizar una intervención motivacional mediada únicamente con llamadas telefónicas fue proveer un programa práctico en el cual un consejero altamente entrenado pudiera proporcionar apoyo para que las poblaciones incrementaran sus niveles de actividad física. En este sentido, una de las fortalezas de nuestro estudio es la atención hacia la fidelidad de la intervención motivacional mediante la grabación y codificación de los casos. Este tipo de acercamientos ha probado ser exitoso para incrementar la actividad física en adultos inactivos (King et al., 2002 [27]); Marcus et al., 2007 [28]; Pinto, Goldstein, Ashaba, Sciamanna, & Jette, 2005 [29]).

Quizá un estudio similar al nuestro con una muestra más grande pudiera mostrar efectos más significativos. Nosotros obtuvimos $d = 0.16$, pero en estudios similares se reportaron efectos de: 0.40 (Resnicow et al., 2005 [30]); 0.40 (Harland et al., 1999 [31]); 0.42 (Stewart et al., 2001 [32]); 1.27 (Di Loreto et al., 2003 [33]); y 1.34 (Kirk, Mutrie, MacIntyre, & Fisher, 2003 [34]). Estos estudios fueron llevados a cabo principalmente en contextos urbanos. Quizá el contexto rural de nuestro estudio influyó de alguna forma en los resultados. Una intervención motivacional telefónica más intensa implicaría gastos adicionales mínimos, y la cantidad de gente que podría beneficiarse sería grande. El papel clave de la auto-eficacia para adoptar un comportamiento en pro de la actividad física también fue demostrado por (Bennett et al., 2007 [35]; Conn, Burks, Pomeroy,

Ulbrich, & Cochran, 2003 [36]; y Resnick, 2001 [37]), así que es posible suponer que, en nuestro estudio, los niveles de actividad física también se habrían incrementado, si la intervención motivacional hubiera durado más tiempo.

Aceptado para publicación en Septiembre 28, de 2007.

Ilustración 1: Flujo de Participantes a través del Estudio:

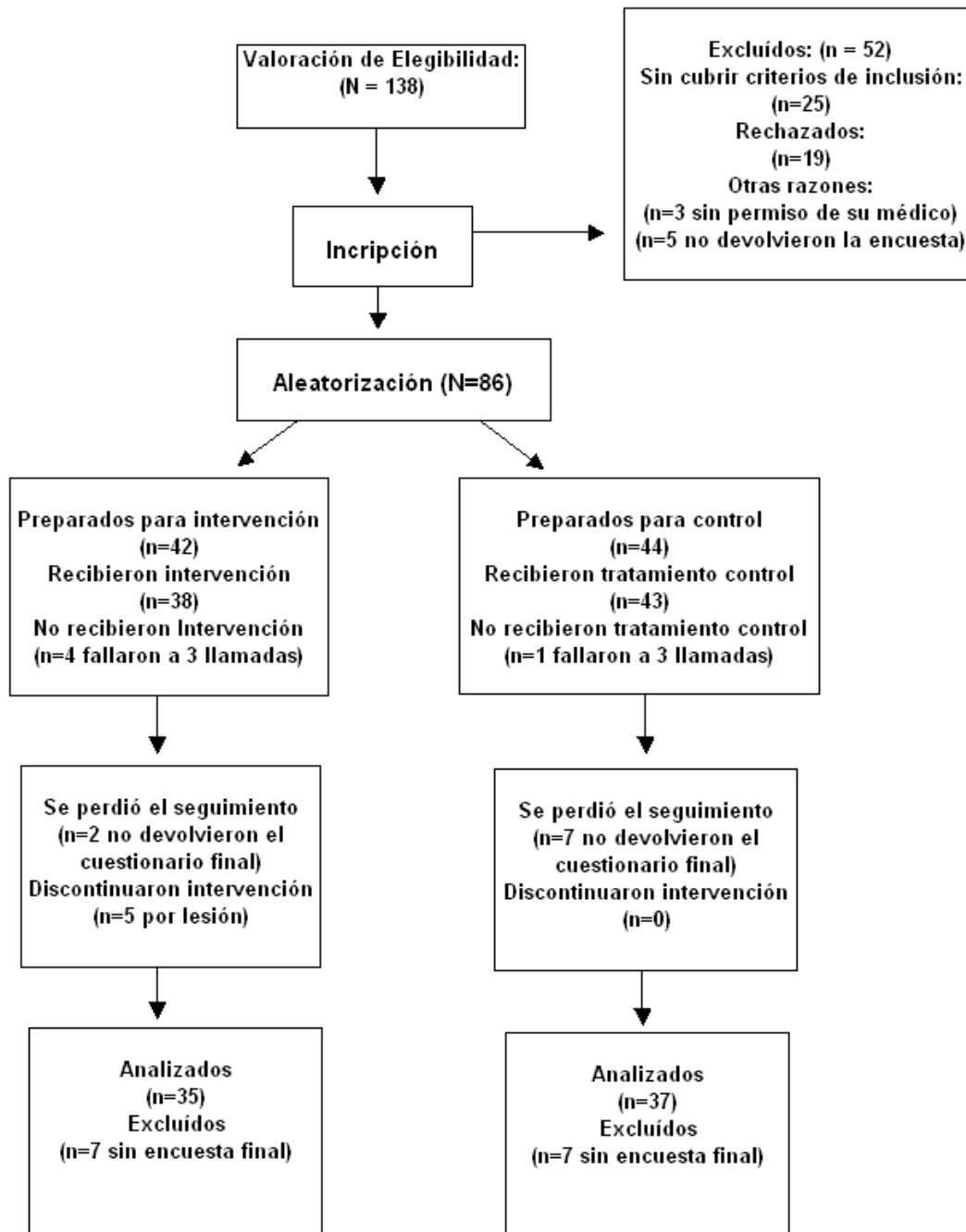


Tabla 1: Características de los Participantes al Inicio (N=72)

	Grupo Intervención (n=35)	Grupo Control (n=37)	p (interv vs. Cont)
Edad (rango: 30-81), M (DE)	58.51 (10.53)	57.46 (12.08)	0.69
Femenino	32 (91.4)	33 (89.2)	0.75
Casada o Unión Libre	25 (71.4)	27 (73.0)	0.88
Raza o Étnia			0.52
Blanca	33 (94.3)	36 (97.3)	
Latina	0 (0.0)	0 (0.0)	
Afro-Americana	0 (0.0)	0 (0.0)	
Otras	2 (5.7)	1 (2.7)	
Educación			0.84
Grado Asociado	20 (57.1)	22 (59.5)	
Superior a Grado Asociado	15 (42.9)	15 (40.5)	
Empleo			0.63
Tiempo Completo	10 (28.6)	15 (40.5)	
Medio Tiempo	5 (14.3)	5 (13.5)	
Ama de Casa	1 (2.9)	2 (5.4)	
Retirada o Desempleada	19 (54.3)	15 (40.5)	
Tiene Responsabilidad con:			0.72
Niños	6 (17.1)	7 (18.9)	
Familiar de Edad Mayor	3 (8.6)	1 (2.7)	
Nadie	24 (68.6)	26 (70.3)	
Otros	2 (5.7)	3 (8.1)	
Comorbilidad: puntuación Ponderada			0.33
0-2 (no muy enferma)	34 (97.1)	34 (91.9)	
3-4 (moderadamente enferma)	1 (2.9)	3 (8.1)	
> 4 (muy enferma)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Intentando Iniciar Ejercicio en los siguientes 30 o 180 días	34 (97.1)	35 (94.6)	0.59
No. De síntomas (0-14), M (DE)	6.06 (3.19)	5.22 (3.39)	0.28
Severidad de síntomas (0-47), M (DE)	15.47 (9.70)	13.78 (11.01)	0.5
Auto-Eficacia (6-30), M (DE)	17.05 (5.45)	18.05 (6.97)	0.5
"Caminabilidad" (3-16), M (DE)	8.57 (3.18)	8.73 (3.62)	0.84

Tabla 2: Valores Pretest y Posttest de Actividad Física, Auto-eficacia, y Etapa de Cambio a Ejercicio (N = 72)

	Inicio M. (DE)	A los 6 meses M. (DE)	Tamaño del Efecto (d)	p
Actividad Física (todas)			0.16	0.572
Grupo Control	3321.13 (3224.76)	2908.13 (2301.12)		
Grupo Intervención	3535.74 (2629.65)	3538.01 (2790.78)		
Auto-Eficacia para el Ejercicio			0.62	0.019
Grupo Control	17.72 (6.77)	16.75 (6.42)		
Grupo Intervención	17.05 (5.45)	19.63 (4.84)		
Etapa de Cambio para Ejercicio			0.44	0.085
Grupo Control	2.89 (.46)	3.38 (1.48)		
Grupo Intervención	2.71 (.52)	3.74 (.93)		

Notas y Referencias

- [1] Centres for Disease Control and Prevention. (2007). Age-adjusted percentages of leisure-time physical activity in adults aged 18 and over in the United States. Retrieved March 29, 2007, www.cdc.gov/nchs/
- [2] Bove, C.F., & Olson, C.M., (2006). Obesity in low-income rural women: Qualitatively insights about physical activity and eating patterns. *Women & Health*, 44(1), 57-78.
- [3] Center on an Aging Society. (2003). Rural and urban health, Retrieved August 1, 2003, www.aging-society.org
- [4] Kondro, W. (2006) Health of rural Canadians lags behind urban counterparts. *Canadian Medical Association Journal*, 175, 1195.
- [5] Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- [6] Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- [7] Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and notion: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- [8] Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing : preparing people for change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- [9] Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- [10] Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and notion: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- [11] Canadian Society for Exercise Physiology. (2002). Physical Activity Readiness Questionnaire. Retrieved March 29, 2007, www.talismancentre.com
- [12] Tudor-Locke, C., & Bassett, D.R., Jr. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Medicine*, 34, 1-8.
- [13] Bennett, J.A., Lyons, K.S., Winters-Stone, K., Nail, L.M., & Scherer, J. (2007). Motivational Interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: A randomized controlled trial. *Nursing Research*, 56, 18-27.
- [14] Stewart, A.L., Mills, K.M., King, A.C., Haskell, W.L., Guillis, D., & Ritter, P.L.. (2001). CHAMPS physical activity questionnaire for older adults: Outcomes for interventions. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, 1126-1141.
- [15] Nigg, C.R., & Riebe, D. (2002). The transtheoretical model: Research review of exercise behavior and older adults. In P.M. Burbank & D. Riebe (Eds), *Promoting exercise and behavior change in older adults: Interventions with the transtheoretical model* (pp. 147-180). New York: Springer Publishing.
- [16] Wilson, M., Allen, D. D., & Li, J.C. (2006). Improving measurement in health education and health behavior research using item response modeling: Introducing item response modeling. *Health Education Research*, 21(suppl. 1), i4-i32.

- [17] Nigg, C.R., & Riebe, D. (2002). The transtheoretical model: Research review of exercise behavior and older adults. In P.M. Burbank & D. Riebe (Eds), *Promoting exercise and behavior change in older adults: Interventions with the transtheoretical model* (pp. 147-180). New York: Springer Publishing.
- [18] Marcus, B.H., Selby, V.C., Niaura, R.S., & Rossi, J.S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63, 60-66.
- [19] Nigg, C.R., & Riebe, D. (2002). The transtheoretical model: Research review of exercise behavior and older adults. In P.M. Burbank & D. Riebe (Eds), *Promoting exercise and behavior change in older adults: Interventions with the transtheoretical model* (pp. 147-180). New York: Springer Publishing.
- [20] Reed, G.R., Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., & Marcus, B.H., (1997). What makes a good staging algorithm: Examples for regular exercise. *American Journal of Health Promotion*, 12, 57-66.
- [21] Katz, J.N., Chang, L.C., Sangha, O., Fossel, A.H., & Bates, D.W. (1996). Can comorbidity be measured by questionnaire rather than medical record review? *Medical Care*, 34, 73-84.
- [22] Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K.L., & MacKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Disease*. 40, 373-383.
- [23] Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J.K., Hendrickson, S.M., & Miller, W.R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19-26.
- [24] Nelson, M.E., Fiatarone, M.A., Layne, J.E., Trice, I., Economos, C.D., Fielding, R.A., et al., (1996). Analysis of body-composition techniques and models for detecting change in soft tissue with strength training. *American Journal of Clinical Nutrition*, 63, 678-686.
- [25] Steele, B. (1996). Timed walking tests of exercise capacity in chronic cardiopulmonary illness. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 16, 25-33.
- [26] Resnicow, K., Jackson, A., Blisset, D., Wang, T., McCarty, F., Rahotep, S., et al., (2005). Results of the Healthy Body Healthy Spirit trial. *Health Psychology*, 24, 339-348.
- [27] King, A.C., Friedman, R., Marcus, B., Castro, C., Forsyth, L., Napolitano, M., et al., (2002). Harnessing motivational forces in the promotion of physical activity: The Community Health Advice by Telephone (CHAT) Project. *Health Education Research*, 17, 627-636.
- [28] Marcus, B.H., Napolitano, M.A., King, A.C., Lewis, B.A., Whiteley, J.A., Albretch, A.E., et al., (2007). Examination of print and telephone channels for physical activity promotion: Rationale, design, and baseline data from Project STRIDE. *Contemporary Clinical Trials*, 28, 90-104.
- [29] Pinto, B.M., Goldstein, M.G., Ashba, J., Sciamanna, C.N., & Jette, A. (2005). Randomized controlled trial of physical activity counseling for older primary care patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 247-255.

[30] Resnicow, K., Jackson, A., Blisset, D., Wang, T., McCarty, F., Rahotep, S., et al., (2005). Results of the Healthy Body Healthy Spirit trial. *Health Psychology, 24*, 339-348.

[31] Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L., & Howel, D. (1999) The Newcastle Exercise Project: A randomized controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ, 319*(7213), 828-832.

[32] Stewart, A.L., Mills, K.M., King, A.C., Haskell, W.L., Guillis, D., & Ritter, P.L.. (2001). CHAMPS physical activity questionnaire for older adults: Outcomes for interventions. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 33*, 1126-1141.

[33] Di Loreto, C., Fanelli, C., Lucidi, P., Murdolo, G., De Cicco, A., Parlanti, N., et al (2003). Validation of a counseling strategy to promote the adoption and the maintenance of physical activity by type 2 diabetic subjects. *Diabetes Care, 26*, 404-408.

[34] Kirk, A., Mutrie, N., MacIntyre, P., & Fisher, M. (2003). Increasing physical activity in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care, 26*(4), 1186-1192.

[35] Bennett, J.A., Lyons, K.S., Winters-Stone, K., Nail, L.M., & Scherer, J. (2007). Motivational Interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: A randomized controlled trial. *Nursing Research, 56*, 18-27.

[36] Conn, V.S., Burks, K.J., Pomeroy, S.H., Ulbrich, S.L., & Cochran, J.E., (2003). Older women and exercise: Explanatory concepts. *Women's Health Issues, 13*, 158-166.

[37] Resnick, B. (2001). A prediction model of aerobic exercise in older adults living in a continued-care retirement community. *Journal of Aging and Health, 13*, 287-310.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T2**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Respondiendo a la Necesidad de Cuidados de Enfermería de Calidad y Seguridad para el Paciente: Un Nuevo Modelo para la Educación de Enfermería.

Bartels JE., Bednash G.

Answering the Call for Quality Nursing Care and Patient Safety: A New Model for Nursing Education.

NAQ 2005; 29(1): 5-13

Respondiendo a la Necesidad de Cuidados de Enfermería de Calidad y Seguridad para el Paciente: Un Nuevo Modelo para la Educación de Enfermería.

Jean E. Bartels, PhD, RN and Geraldine Bednash, PhD, RN, FAAN
American Association of Colleges of Nursing, NW, Washington DC.

La discusión actual sobre la necesidad de cambiar la educación y la práctica de la Enfermería se basa en preocupaciones con respecto a la naturaleza cambiante de los procesos del cuidado de la salud. En este estudio se propone la creación de un modelo de educación y práctica de Enfermería con el objetivo de preparar enfermeras clínicas generales con nivel maestría para liderar y conducir estos procesos de creación de calidad en los cuidados de Enfermería.

Palabras clave: Asociación Americana de Colegios de Enfermería, Enfermera Clínica Líder, educación en Enfermería, práctica en Enfermería, seguridad del paciente, cuidado de calidad.

Calidad y Seguridad: ¿Cual es el rol de la Enfermería?

La actual y futura escasez de enfermeras nos obliga a encontrar soluciones que aseguren la provisión adecuada de personal, así como mejores resultados de pacientes. Esta realidad, necesariamente, implica re-evaluar los modelos de enseñanza y práctica de la Enfermería.

Algunas proyecciones sobre la necesidad de enfermeras sugieren que se incremente el número de graduadas a 2.8 millones para el año 2012; y en este sentido, el Departamento de Estadísticas del Trabajo de los Estados Unidos también ha proyectado la necesidad a corto plazo de por lo menos 1.1 millones de enfermeras para enfrentar la demanda inmediata de servicios de cuidado de salud (Hecker, DE., 2004 [1]). Por su parte, el Comité de Estadísticas (US Bureau of Labor Statistics, 2004 [2]) ha colocado a la enfermera al principio de la lista de profesionales necesarios para la próxima década. Similarmente, (Buerhaus et al., 2003 [3]) han proyectado que será necesario un incremento anual del 40% en las graduadas de Enfermería para reemplazar las que se irán retirando durante los próximos años. La (American Association of Colleges of Nursing AACN, 2003 [4] y 2003-2004 [5]) indicó que, a pesar del aumento de casi 30% en el ingreso de estudiantes en la licenciatura de Enfermería durante los años 2001-2003, la demanda por enfermeras ha seguido incrementándose. Desafortunadamente, los actores políticos y económicos correspondientes, han seguido las mismas estrategias buscando resolver este complejo problema produciendo mayores números de enfermeras a través de rutas rápidas (escuelitas), sin enfocarse sobre las competencias y la calidad de la educación que las enfermeras deben tener para el ambiente actual y futuro del cuidado de la salud.

Claramente, la práctica de Enfermería tiene que evolucionar. Situaciones tales como el envejecimiento de la población, la diversidad social, las innovaciones tecnológicas, y los avances biomédicos obligan a las enfermeras a contar con educación, destrezas, y conocimientos cada vez más sofisticados. Además, la constante reducción en los tiempos de estancia hospitalaria ha ido ejerciendo presión para que las intervenciones de Enfermería sean cada vez más eficientes. Por lo tanto, concentrarse en la cantidad de enfermeras, más que en sus conocimientos y destrezas, no asegura que los cuidados sean de calidad.

La visión de los reportes nacionales:

Algunos reportes sobre la práctica y la educación de Enfermería sugieren que se considere cómo las enfermeras están siendo preparadas para las complejidades de los sistemas de cuidado de la salud. Por ejemplo, en los reportes “Cruzando la marca de calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo 21” del (Institute of Medicine, 2001 [6]) (IOM) y “Health Professions Education: A Bridge to Quality” también del (Institute of Medicine, 2003 [7]) (IOM), la Academia Nacional de Ciencias expresó que, tanto el sistema americano de provisión de la salud, así como las instituciones y programas que preparan a sus profesionales, debían adaptarse. Específicamente, en uno de sus reportes, la IOM invitó a los profesionales de la salud a enfocarse sobre el uso de la evidencia en la práctica y a asumir la responsabilidad por los resultados de pacientes, por lo que propuso que las organizaciones y profesionales al cuidado de la salud debían alcanzar, por lo menos, los siguientes 6 objetivos clave:

- 01:** Seguridad.
- 02:** Efectividad.
- 03:** Concentración en el paciente.
- 04:** Seguimiento de los tiempos (organización).
- 05:** Eficiencia.
- 06:** Cuidado equitativo para todos.

En el segundo reporte del IOM, los autores reiteran su llamado hacia la transformación de la educación con el objetivo de preparar a los profesionales de la salud para el cumplimiento de esos 6 objetivos clave. En ese reporte también se propuso que los educadores de Enfermería debían dirigir los cambios estructurales necesarios para asegurar la disponibilidad de profesionales con la capacidad de ofrecer cuidados basados en la evidencia, interdisciplinarios, centrados en el paciente, y por lo tanto de calidad. Desafortunadamente, muchos programas educativos continúan preparando enfermeras para una práctica inexistente. Producir más enfermeras a partir de las rutas cortas no asegurará el desarrollo de una fuerza de trabajo que sea específicamente competente para el ambiente actual y futuro del cuidado de la salud.

Por otra parte, (La Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Cuidado de la Salud, 2002 [8]) (CCAOCS) en su documento “Healthcare at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis” (El Cuidado de la Salud en la Encrucijada: Estrategias para Identificar la Creciente Crisis de la Enfermería) propuso reflexionar sobre la necesidad de crear culturas organizacionales de retención, expandir las infraestructuras educacionales de Enfermería, y establecer iniciativas financieras para la inversión en Enfermería. Entre sus actividades, la CCAOCS también busca vigilar los eventos sentinela, es decir, aquellos que terminan en morbilidad o mortalidad inesperada. La (CCAOCS, 2004 [9]) estimó que 25% de los eventos sentinela están asociados con falta de competencia y entrenamiento de las enfermeras. Este razonamiento refuerza la necesidad de valorar si las enfermeras realmente tienen la preparación para ofrecer un cuidado de salud de calidad, y por lo tanto de seguridad, para el paciente.

(La Comisión sobre la Fuerza de Trabajo para los Hospitales y Sistemas de Salud de la Asociación de Hospitales Americanos, 2002 [10]) en su reporte: “En nuestras manos: ¿Cómo los líderes de los hospitales pueden construir una pujante fuerza de trabajo?” recomienda que los sistemas de provisión del cuidado de la salud se preocupen por las competencias, oportunidades educacionales interdisciplinarias, diversificación de la fuerza de trabajo, y creación de sociedades con la comunidad educativa. Algunos resultados de estas iniciativas han proporcionado evidencia de que existe una creciente conciencia de que la educación adecuada es uno de los factores más críticos en el cuidado de paciente. Por ejemplo, en 1998, el Departamento de Asuntos de Veteranos (DAV) acordó con la Asociación Americana de Colegios de Enfermería aumentar las

oportunidades para que las enfermeras del DAV tuvieran niveles de licenciatura y maestría. El DAV apartó \$50 millones para apoyar estos proyectos educacionales. Por su parte, (Goode CJ, Pinkerton S, McCausland MP, Southard P, Graham R., Krsek C., 2001 [11]) reportaron que las Enfermeras Ejecutivas en Jefe encuestadas habían expresado fuertemente su preferencia por personal de Enfermería con más educación, y solicitaron se incrementaran los esfuerzos para asegurar la disponibilidad de éstas enfermeras. En un informe reciente de (Rambur B., Palumbo MV., McIntosh B., Mongeon J., 2003 [12]) sobre trayectorias profesionales y longevidad de enfermeras con diferentes niveles de preparación, se reportó que aquellas que contaban con nivel licenciatura habían aumentado su satisfacción con la carrera y permanecido por más tiempo en la profesión. Por su parte, (Delgado, 2002 [13]) estudió enfermeras entrenadas por instituciones del estado y encontró hallazgos similares. A su vez, (Aiken et al., 2003 [14]) identificaron una fuerte asociación entre los resultados y la mezcla educacional de las enfermeras al cuidado de pacientes quirúrgicos. Este estudio fue una de las primeras evaluaciones estadísticamente detalladas sobre las asociaciones entre la educación y los resultados de pacientes. Aiken y sus colegas revisaron experiencias quirúrgicas y encontraron que por cada 10% de incremento en la proporción de enfermeras con licenciatura, había una disminución de 5% en la mortalidad de los individuos a quienes se les realizaba alguna cirugía. Hallazgos similares fueron reportados con respecto a fallas de rescate. En ése estudio también se destacó la importancia de las asociaciones entre el ambiente de la práctica y la preparación educacional del personal con los resultados de pacientes; y que las enfermeras tenían el rol esencial en la detección temprana e intervención contra sucesos adversos; además, que esta vigilancia estaba fuertemente influida por la mezcla de sus destrezas, nivel educacional, y por las proporciones entre enfermeras y pacientes. Estos hallazgos sin duda refuerzan el razonamiento de que la educación de Enfermería apropiada es uno de los requisitos más importantes para poder proveer cuidados que sean de calidad.

Re-conceptualizando la Enfermería: La necesidad para una práctica de nuevos modelos de educación.

Así que, las competencias, educación, y destrezas tienen importancia crítica para poder lograr resultados positivos en los pacientes. La fuerza de trabajo de Enfermería debe ser reconfigurada de forma que sea capaz de proveer las prácticas de cuidado correctas. Por lo tanto, la base del conocimiento de Enfermería debe ser aumentada para asegurar que esta educación las prepare adecuadamente para los retos de la práctica que las enfermeras enfrentan y enfrentarán ahora y en el futuro. Para la Asociación Americana de Enfermeras Clínicas (AAEC), esta realidad implica un entendimiento claro de que se deben crear nuevos modelos de educación y práctica de Enfermería.

La respuesta a partir de la Educación y la Práctica: La Enfermera Clínica Líder (ECL).

La Asociación Americana de Enfermeras Clínicas (AAEC) ha dado pasos para re-conceptualizar la educación de Enfermería, y en un esfuerzo por enfrentar los retos identificados por varias instituciones, ha llevado a cabo iniciativas históricas para crear fuerzas de trabajo capaces de enfrentar las demandas actuales y futuras de los sistemas de salud. Por ejemplo, con el desarrollo de dos estudios conocidos como “fuerzas de tarea” durante un período de 4 años, y enfocados sobre la educación, la AAEC re-conceptualizó el rol de la Enfermería, e identificó las competencias necesarias en las enfermeras para poder proveer cuidados de paciente de calidad. Como una parte central de estas iniciativas, la AAEC se sumó a discusiones con otros representantes de la práctica de Enfermería buscando recomendaciones y evidencias de innovación que pudieran ayudar en la transformación de la educación de Enfermería. Algunos de esos representantes reportaron que sus dinámicas del cuidado de la

salud los había llevado a experimentar con nuevas formas de práctica de Enfermería en las cuales, enfermeras muy experimentadas y educadas estaban asumiendo nuevos roles de Enfermería al liderar el diseño, implementación, y evaluación del proceso de cuidado de paciente.

Estos nuevos roles fueron enfocándose hacia un cuidado del paciente mucho más directo; por ejemplo, tanto en el Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh, como en el Sistema de Cuidado de la Salud INOVA, las enfermeras ejecutivas cambiaron la forma de los cuidados de Enfermería, desde un enfoque sobre tareas y actividades instrumentales, hacia un cuidado dinámico e integral enfocado sobre el conocimiento y la evaluación. Luego de una serie de encuentros, consultas, diálogos, revisiones intensivas de la literatura, y encuestas con los líderes en educación, la Asociación Americana de Enfermeras Clínicas determinó que estas formas de práctica requerían de Enfermeras Clínicas Líderes muy educadas y capaces para identificar la demanda y características específicas del cuidado de la salud. Para precisar estas características, competencias, y educación necesarias para la práctica de este nuevo rol de Enfermería, se buscó la opinión experta. El comité de directores de la AAEC, luego de revisar estas consultorías así como los resultados de las dos “fuerzas de tarea” anteriormente mencionadas, determinó que la AAEC debía tomar el liderazgo para la creación de éste nuevo rol de Enfermería, y produjo el documento “El Rol de la Enfermera Clínica Líder”. En este documento se describieron las competencias que deben estar presentes en estas enfermeras especializadas, incluyendo una preparación a nivel maestría, y se enfatizó que el desarrollo de este rol no podía ocurrir sin la presencia de cambios simultáneos, tanto en la experiencia educacional, así como en las dinámicas de la práctica. La AAEC, además, solicitó asumir el liderazgo en el desarrollo del nuevo panorama legal de la práctica de la Enfermería profesional. A través de estos procesos, el comité de Directores de la AAEC sugirió lo siguiente:

01: Debe apoyarse la continuidad de la educación de las enfermeras que alcanzan el nivel licenciatura.

02: Las expectativas propuestas en el documento “El Rol de la Enfermera Clínica Líder” no pueden lograrse solamente con experiencia educacional de nivel licenciatura.

03: La AAEC debe continuar su liderazgo e invertir recursos para la creación y evaluación de nuevos modelos de educación y práctica de Enfermería que resulten en la nueva profesional Enfermera Clínica Líder (ECL).

La Enfermera Clínica Líder: lo que es y lo que no es.

La Enfermera Clínica Líder (ECL), como está actualmente conceptualizada, funcionará como líder dentro del sistema de cuidado de la salud. Esta responsabilidad incluye mejorar los resultados y aumentar la práctica a través de la identificación y la aplicación de cuidados efectivos basados en la evidencia. La ECL debe poseer la experiencia para ser una líder ejemplar en la provisión del cuidado de Enfermería. La ECL deberá fomentar el entendimiento comprensivo de las diferentes situaciones de los pacientes y tener el acceso a los recursos e información teórica y técnica correspondiente. La Enfermera Clínica Líder debe también tener las destrezas que le permitan supervisar las distintas modalidades de tratamientos incluyendo lo referente a la administración farmacológica. Además, sus conocimientos sobre los estándares y políticas del cuidado de la salud le deben permitir tomar las decisiones que sean congruentes con las necesidades profesionales. La ECL también deberá enfocarse sobre las intervenciones necesarias para prevenir enfermedades, y al mismo tiempo fomentar el aprendizaje de otras enfermeras y proveedores del cuidado de la salud (Tabla 1). La Enfermera Clínica Líder deberá tener un rol integrador que transforme las estructuras existentes para lograr prácticas de Enfermería orientadas hacia los resultados, basadas en la evidencia y centradas en el paciente, y por lo tanto de calidad.

Tabla 1: Algunos aspectos fundamentales del rol de la Enfermera Clínica Líder:

- 01:** Lidera un cuidado individualizado y basado en la evidencia para los pacientes y sus familias.
- 02:** Crea un ambiente de excelencia clínica que fomenta buenos resultados de paciente en una unidad clínica identificada.
- 03:** Tiene autoridad y responsabilidad clínica para tomar decisiones con respecto al cuidado del paciente.
- 04:** Se integra con compañerismo a la práctica profesional de la salud.
- 05:** Es responsable de la mejoría de los resultados de la práctica profesional.
- 06:** Participa en la asignación de pacientes y de ordenes de Enfermería
- 07:** Se integra activamente en la práctica autónoma, responsable, y: basada en la evidencia para la toma de decisiones críticas con respecto al cuidado de los pacientes.
- 08:** Hace las preguntas pertinentes y aplica el pensamiento crítico para asegurar las prioridades de los pacientes.
- 09:** Delega de forma efectiva las tareas del cuidado y colabora con otras enfermeras y proveedores del cuidado de la salud para integrar información, establecer prioridades, y proveer el cuidado de la salud que incrementen los resultados favorables de pacientes.
- 10:** Asume el liderazgo dentro de la unidad clínica.
- 11:** Asume el liderazgo en actividades de auto-gobierno.
- 12:** Asume el liderazgo en la planeación del funcionamiento de la unidad.
- 13:** Revisa los datos de costos para implementar estrategias que reduzcan ineficiencias.
- 14:** Desarrolla destrezas de comunicación para educar e interactuar con pacientes, enfermeras y otros miembros del equipo de cuidado de la salud.
- 15:** Colabora en la orquestación de intervenciones multidisciplinarias.
- 16:** Reporta y documenta los cuidados de paciente.
- 17:** Delega tareas oportuna y eficazmente.
- 18:** Administra e integra información sobre la práctica clínica.
- 19:** Revisa la investigación y otras formas de evidencia, y asiste al equipo clínico para incorporar y aplicar esa información en la práctica profesional.
- 20:** Revisa en conjunto con el resto del equipo clínico la efectividad de las modificaciones en los procedimientos de la práctica.
- 21:** Desarrolla y revisa protocolos de cuidado basados en los estándares y guías de la práctica.

Estableciendo estrategias:

En su rol de liderazgo, La AAEC designó un equipo de colaboradores para ofrecer demostraciones sobre sus iniciativas a los interesados en la práctica y educación de Enfermería quienes estén comprometidos con la creación de nuevos programas de educación para la práctica. Este equipo de colaboradores incluyó representantes de la educación, práctica, y administración del cuidado de la salud. En junio de 2004, se llevó a cabo en Washington, D.C., la primera conferencia invitacional de sociedades para la educación y la práctica, donde asistieron representantes de 77 sociedades, totalizando casi 350 individuos quienes expresaron su compromiso para desarrollar nuevos modelos sobre la educación y la práctica de Enfermería que tendrían efectos directos sobre los resultados de los pacientes.

La educación para la Enfermera Clínica Líder.

Como se mencionó anteriormente, la educación de la Enfermera Clínica Líder está basada en los presuntos de que su programa educacional culminará con un grado de maestría. La ECL será una enfermera general capaz de proveer cuidado en el punto de cuidado mismo, y estará preparada para el liderazgo clínico y el establecimiento de prácticas específicas a través de la oferta de cuidado de la salud, y será elegible para matricularse en doctorados enfocados hacia la investigación. La (American Association of Colleges of Nursing, 1998 [15]) en su texto: Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice apunta algunos aspectos relativos a esas características. Las estudiantes que se gradúen como Enfermeras Clínicas Líderes deberán tener preparación sólida en: educación liberal, artes, ciencias, anatomía, fisiología, microbiología, epidemiología, estadística, políticas de cuidado de la salud, farmacología, informática, etcétera. Todos los graduados de los programas de Enfermera Clínica Líder deberán también demostrar tener las competencias propuestas por el Instituto de la Salud incluyendo la práctica dirigida hacia: la mejoría de la calidad, el desarrollo de equipos interdisciplinarios, el cuidado centrado en el paciente, la práctica basada en la evidencia, y la administración del cuidado. Estas enfermeras también deberán demostrar capacidad para: organizar políticas, administrar resultados, y liderar otras enfermeras. Luego de la finalización de todos los cursos, los programas ECL deberán ofrecer un mínimo de 10-12 semanas de inmersión en la práctica de este rol en conjunto con otros tutores y estudiantes. Finalmente, la graduada de ECL será elegible para el examen de certificación.

Cambios en el ambiente de la práctica.

Cambios en el ambiente de la práctica serán una condición necesaria para la completa implementación de este nuevo rol de la Enfermera Clínica Líder. Los sistemas de salud necesitan examinar con detalle los cuidados provistos por las enfermeras y otros profesionales de la salud. Las herramientas de documentación deben ser depuradas. Las barreras contra el flujo de la actividad laboral deben ser identificadas. Nuevos modelos deben incorporarse a partir de diseños de acuerdo a cada rol. El flujo laboral debe organizarse para asegurar que cada integrante de los equipos esté funcionando a su máximo nivel. Deben indicarse clara y precisamente las distintas responsabilidades laborales de cada puesto. Medidas precisas de resultados serán necesarias para asegurar la evaluación de estos procedimientos.

Sociedad para la futura ECL.

Este continuo enfoque sobre el mejoramiento de la educación debe ser conservado en las sociedades futuras, ya que los hallazgos tecnológicos en el campo del cuidado de la salud solo podrán ser efectivos, si la fuerza de trabajo de enfermeras está correspondientemente preparada y disponible. Este es el objeto de la creación de la Enfermera Clínica Líder.

Mejorar la calidad de la educación para enfrentar los retos y oportunidades del futuro requiere de una cultura colaborativa. Rehusar hacer las cosas de forma cada vez mejor llevará a resultados de cuidado de pacientes inaceptables y al fracaso del sistema del cuidado de la salud. Los hábitos del ayer invariablemente producirán los resultados del ayer. En las palabras de J.F. Kennedy, "El cambio es la ley de la vida y aquellos quienes solamente siguen en el pasado o en el presente ciertamente perderán el futuro."

Notas y Referencias

- [1] Hecker, DE. Occupational Employment Projections to 2012. Washington, DC: US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics; 2004.
- [2] US Bureau of Labor Statistics. Monthly Labor Review. Washington, DC US Department of Labor; 2004.
- [3] Buerhaus P., Staiger D., Auerbach D., Is the current shortage of hospital nurses ending? Health Affairs, 2003; 22(6): 191-198.
- [4] American Association of Colleges of Nursing, Working Paper: The Role of the Clinical Nurse Leader. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; 2003.
- [5] American Association of Colleges of Nursing. 2003-2004 Enrollment and Graduations in Baccalaureate and Graduate Programs in Nursing. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; 2004.
- [6] Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
- [7] Institute of Medicine. Health Professions Education: A bridge to Quality. Washington, DC: The National Academies Press; 2003.
- [8] Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Healthcare at the Crossroads, Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2002.
- [9] Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Events: Cause and Planning Improvement. 2nd Ed. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2004.
- [10] American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems. In our hands: How Hospital Leaders Can Build a Thriving Workforce. Chicago, IL; American Hospital Association; 2002.
- [11] Goode CJ, Pinkerton S, McCausland MP, Southard P, Graham R., Krsek C. Documenting Chief Nursing Officers's Preference for BSN-prepared nurses. J Nurs Admin. 2001; 31(2): 55-59.
- [12] Rambur B., Palumbo MV., McIntosh B., Mongeon J.: A statewide analysis of RN's intention to leave their position. Nursing Outlook. 2003; 51; 182-188.
- [13] Delgado C. Competent and Safe Practice: a Profile of Disciplined Registered Nurses. Nurs. Educ. 2002; 27(4): 159-161.
- [14] Aiken LH., Clarke SP., Cheung RB., Sloane DM., Silber JH., Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA. 2003; 290: 1617-1623.
- [15] American Association of Colleges of Nursing. The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; 1998.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T3

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Validación del Instrumento de Basilea sobre el Impacto del Racionamiento del Cuidado de Enfermería

Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S.

Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument.

Nursing Research 2007; 56(6):416-424.

Validación del Instrumento de Basilea sobre el Impacto del Racionamiento del Cuidado de Enfermería.

Maria Schubert, MNS, Asistente de Investigación del Institute of Nursing Science.

Tracy R. Glass, MSc, Bioestadista del Basel Institute for Clinical Epidemiology, University of Basel Switzerland.

Sean P. Clarke, PHD, RN, Profesora Asociada del Center for Health Outcomes and Policy Research, University of Pensilvania, Philadelphia.

Bianca Schaffert-Witvliet, MSN, Enfermera Avanzada en el hospital Limmatal, Schlieren, Switzerland.

Sabina De Geest, PhD, RN, Directora y Profesora de Enfermería del Institute of Nursing Science, University of Basel, Switzerland.

Nota del editor: Los materiales que documentan el proceso de revisión de esta investigación se encuentran en: www.nursing-research-editor.com.

Antecedentes

En muchos países, la situación en las finanzas y otros factores que afectan el cuidado de la salud han llevado a las enfermeras a tener que limitar sus cuidados. En ausencia de mediciones a respecto plenamente aceptadas, así como de un marco de trabajo teórico correspondiente, el Instrumento de Basilea sobre el Impacto del Racionamiento del Cuidado de Enfermería (BERNCA) fue desarrollado como una forma de estimar esos impactos.

Objetivo:

Examinar la validez y confiabilidad del recién desarrollado instrumento BERNCA.

Algunos métodos:

Se llevaron a cabo análisis sobre datos reportados por 957 enfermeras en cinco hospitales suizos de cuidado agudo. El análisis factorial con rotación varimax permitió vislumbrar la estructura interna del instrumento. Se calcularon correlaciones de Spearman para conocer las asociaciones alrededor del constructo denominado racionamiento implícito del cuidado de Enfermería, y alfas de Cronbach para verificar la confiabilidad de la escala.

Algunos resultados:

Se confirmó que con el BERNCA se podía estimar adecuadamente el constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería. Una solución de un solo factor verificó que la estructura del instrumento era predominantemente unidimensional. Se encontró correlación de fuerte a moderada y en la dirección esperada entre el constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería estimado por medio del BERNCA, y la calidad del ambiente de trabajo de Enfermería estimada por medio del Índice de Trabajo de Enfermería Revisado. Alfas de Cronbach de .93 indicaron consistencia y homogeneidad internas.

Palabras Clave: Racionamiento del cuidado de Enfermería, recursos de salud, cuidado de Enfermería.

Sin duda, los costos globales del cuidado de la salud se han incrementado. Estos costos frecuentemente sobrepasan las posibilidades de financiamiento de gobiernos, aseguradoras, usuarios específicos, etcétera. Así que, tratando de limitar el crecimiento de dichos costos, diversas medidas se han ido implementando incluyendo: (a) cortes en los presupuestos hospitalarios (lo que ha empeorado aún más la proporción de pacientes por enfermera); (b) reducción de los períodos de estancia hospitalaria; y (c) maximización de la efectividad de los recursos para las prácticas médicas (Aiken, Clarke, & Sloane, 2001 [1]; Finlayson & Gower, 2002 [2]; McKee & Healy, 2002 [3]). Sin embargo, éstas y otras estrategias de reestructuración, reorganización, y reingeniería frecuentemente han llevado al racionamiento de los servicios para el cuidado de la salud (Bodenheimer & Grumbach, 2002 [4]; Ward, 2005 [5]). Considerando lo anterior, uno de los propósitos principales del desarrollo del BERNCA fue estimar cómo esas estrategias de reducción de costos han ido restringiendo las tareas del cuidado de Enfermería.

Evidencia Preliminar:

Una revisión de los estudios correspondientes mostró que, a pesar de que existe evidencia empírica, aún no se han alcanzado conclusiones definitivas con respecto al racionamiento de los servicios para el cuidado de Enfermería.

Parece que lo que ocurre es que, debido a los cada vez más limitados recursos, las enfermeras en los hospitales no siempre pueden proveer los cuidados necesarios a todos los pacientes. Por ejemplo, en el estudio IHOS se reportó que, de las 43,329 enfermeras encuestadas, sólo 30% reconocieron que en sus ambientes habían suficientes enfermeras para realizar todas las actividades necesarias para proveer cuidados de calidad; y que 54% habían expresado que, no todos los pacientes recibían todos los cuidados de Enfermería distintivos, como por ejemplo el aseo dental y la orientación sobre los mejores auto-cuidados (Aiken, Clarke, Sloane, et al., 2001 [6]). Por otra parte, en un estudio en el Reino Unido, de las 2,510 enfermeras encuestadas, 64% reportaron falta de tiempo para llevar a cabo algunas de las tareas esenciales de Enfermería tales como la identificación de ansiedades, miedos y preocupaciones en los pacientes (West, Barron, & Reeves, 2005 [7]). Similarmente por falta de recursos de tiempo, en una encuesta con 1,954 enfermeras suizas, 30% indicaron que habían tenido que limitar los cuidados necesarios para mantener a los pacientes calientes, bien alimentados, y limpios; y que algunas de ellas, incluso habían tenido que sedar a algunos pacientes desorientados o confusos (Kuenzi & Schaer-Mose, 2002 [8]). En otra encuesta Suiza que incluyó a 20 líderes

administrativos de hospitales de cuidado agudo, (Kindschi, Held, Lechmann, Karges, & Rechsteiner, 2001 [9]) reportaron asociaciones entre la falta de personal calificado, y la omisión de cuidados de Enfermería necesarios.

Así que, parece que no es suficiente lo que se conoce con respecto a cómo deciden las enfermeras sobre cuáles pacientes no recibirán los cuidados requeridos cuando los recursos son escasos. En general, la toma de decisiones de las enfermeras es vista como un proceso complejo que incluye entre otros: la recolección de información, la identificación de problemas, la consideración de estrategias alternativas, y la selección de acciones óptimas. De acuerdo con ciertas investigaciones, algunos factores relacionados con la toma de decisiones, el juicio clínico, y el establecimiento de las prioridades son: (a) factores organizacionales a nivel hospitalario; (b) características del medio laboral, por ejemplo las proporciones de pacientes por enfermera y las cantidades de tiempo y recursos disponibles; (c) la filosofía del cuidado de la salud; (d) las características personales de la enfermera, por ejemplo educación, experiencia, conocimiento, etcétera; y (e) las características de los pacientes, por ejemplo, cantidad, urgencia, condición clínica, etcétera (Andersson, Omberg, & Svedlund, 2006 [10]; Bucknall, 2000 [11]; Currey & Botti, 2006 [12]; Hendry & Walker, 2004 [13]).

Considerando su importancia como reflejo de las limitaciones en los recursos para la provisión del cuidado de la salud, es necesario profundizar en el análisis de los impactos del racionamiento implícito del cuidado de Enfermería. Por esta razón, el Instrumento BERNCA fue desarrollado cumpliendo con los estándares sobre pruebas psicológicas y educacionales propuestos en (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 1999 [14])

Definición del Constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería:

El constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería ha sido definido como la asignación limitada o escasa de los recursos para el cuidado de la salud en detrimento de algunos individuos (Bodenheimer & Grumbach, 2002 [15]; Truog et al., 2006 [16]; Ubel & Goold, 1998 [17]). Este constructo también ha sido conceptualizado como el retiro de los cuidados de salud necesarios debido a la falta de recursos; por ejemplo: asignación de personal, mezcla de destrezas, tiempo, etcétera (Schubert et al., 2005 [18]). Como parte de estas definiciones, *las tareas o medidas necesarias de Enfermería* se refieren al conjunto de actividades que, por consenso clínico, son aceptadas como imprescindibles para alcanzar los resultados de paciente deseados. Tales tareas o medidas pueden ser clasificadas dentro de diversas áreas incluyendo: vigilancia, terapia, apoyo, prevención, profilaxis, rehabilitación, medidas educacionales, documentación, adaptación de procesos de Enfermería, etcétera. Los objetivos de estas tareas o medidas a su vez están influidos por diversos factores incluyendo: estándares profesionales, niveles educacionales, características culturales, etcétera.

Marco de Trabajo Conceptual del Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería:

El constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería ha sido definido como la asignación limitada o escasa de los recursos para el cuidado de la salud en detrimento de algunos individuos (Bodenheimer & Grumbach, 2002 [15]; Truog et al., 2006 [16]; Ubel & Goold, 1998 [17]). Este constructo también ha sido conceptualizado como el retiro de los cuidados de salud necesarios debido a la falta de recursos; por ejemplo: asignación de personal, mezcla de destrezas, tiempo, etcétera (Schubert et al., 2005 [18]). Como parte de estas definiciones, *las tareas o medidas necesarias de Enfermería* se refieren al

conjunto de actividades que, por consenso clínico, son aceptadas como imprescindibles para alcanzar los resultados de paciente deseados. Tales tareas o medidas pueden ser clasificadas dentro de diversas áreas incluyendo: vigilancia, terapia, apoyo, prevención, profilaxis, rehabilitación, medidas educacionales, documentación, adaptación de procesos de Enfermería, etcétera. Los objetivos de estas tareas o medidas a su vez están influidos por diversos factores incluyendo: estándares profesionales, niveles educacionales, características culturales, etcétera.

Marco de Trabajo Conceptual del Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería:

Por lo anterior, un marco de trabajo conceptual para explicar el constructo racionamiento implícito del cuidado de Enfermería, fue desarrollado de acuerdo a la evidencia empírica referente a los factores que influyen sobre cómo las enfermeras establecen las prioridades, y toman sus decisiones (Figura 1).

El racionamiento implícito del cuidado de Enfermería ocurre cuando los recursos de las enfermeras son insuficientes para proveer lo que es necesario para el cuidado de todos los pacientes bajo su responsabilidad. Cualquier forma de racionamiento puede impactar la calidad, cantidad y/o urgencia de cualquier tarea de Enfermería.

El cuidado de Enfermería es complejo e involucra muchos procesos incluyendo: asesoría, identificación, planeación, adopción de medidas, intervención, implementación, seguimiento, evaluación, etcétera. Durante estos procesos, cada enfermera tiene que evaluar las necesidades de cada paciente y decidir cómo adaptarse al plan de cuidados. Es decir, de acuerdo a la carga de trabajo y a las características de cada paciente, la enfermera tiene que valorar si hay recursos de Enfermería suficientes para proveer el cuidado necesario a todos los pacientes y decidir cómo proceder. Puede esperarse que, antes de cancelar las tareas de Enfermería necesarias, la enfermera tratará de apoyarse en otros procedimientos incluyendo delegación, ejecución sub-óptima, o simplemente la postergación de la tarea.

No hay conclusiones definitivas con respecto a la asociación entre el racionamiento implícito del cuidado de Enfermería y los resultados de paciente. Sin embargo, existen algunos estudios que sugieren asociaciones significativas entre el ambiente de trabajo de Enfermería, la asignación de personal, la mezcla de destrezas, y los resultados de paciente (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003 [19]; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002 [20]; Kovner & Gergen, 1998 [21]; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002 [22]). Lo anterior sugiere que los resultados de paciente están asociados con el racionamiento implícito del cuidado de Enfermería, mismo que a su vez puede estar reflejado, por ejemplo, en una menor calidad de los ambientes de trabajo, y en una mayor carga de trabajo.

Métodos:

Desarrollo del Instrumento BERNCA:

Como primer paso se generó una lista de 20 tareas de Enfermería que son presuntamente de las más necesarias. Esta lista fue enviada a 20 especialistas en Enfermería de la parte germano-parlante de Suiza. Estas expertas tenían por lo menos un diploma suizo o su equivalente en el extranjero, y la mayoría había completado los niveles de licenciatura, maestría ó doctorado. Todas estaban laborando en el cuidado directo de pacientes o por lo menos contaban con 2 años de experiencia al respecto. A

estas 20 especialistas se les pidió confirmar si la lista incluía todos los presuntos aspectos significativos del constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería, y si estos contenidos eran claros y relevantes. En la versión final del cuestionario, las 20 preguntas fueron clasificadas dentro de cinco dimensiones propuestas por la Swiss Red Cross: (a) Actividades de la Vida Diaria, (b) Cuidado y Apoyo, (c) Rehabilitación, Instrucción y Educación, (d) Vigilancia y Seguridad, (e) Documentación, (tabla 1). Por medio de una escala Likert de 4 puntos (nunca = 0, rara vez = 1, a veces = 2, frecuentemente = 3), las enfermeras tenían que reportar que tan frecuentemente no habían podido llevar a cabo las tareas de Enfermería correspondientes en los 7 días previos.

El BERNCA fue conducido como prueba piloto en dos fases. En la primera fase, 10 experimentadas enfermeras del Instituto de Ciencias de Enfermería de la Universidad de Basilea en Suiza, evaluaron la claridad y comprensibilidad de los distintos reactivos de la escala. Subsecuentemente, una entrevista de grupo fue conducida con cuatro de las respondientes. Se realizaron algunos ajustes. En la segunda fase, el BERNCA fue aplicado a 14 enfermeras registradas de un hospital. No fue necesario realizar ajustes adicionales.

Pruebas de Validez y Confiabilidad:

Para explorar la estructura interna del BERNCA y vislumbrar el constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería, la siguiente hipótesis (H1) fue formulada: Existe una fuerte correlación entre los reactivos de la prueba y el constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería. Simultáneamente, analizamos las asociaciones entre esta situación, la calidad del ambiente de trabajo, y la proporción entre pacientes y enfermeras. Con respecto a la asociación entre racionamiento implícito del cuidado de Enfermería y la calidad del ambiente de trabajo, formulamos la siguiente hipótesis (H2): existe una correlación negativa entre el racionamiento implícito del cuidado de Enfermería (estimado por medio del BERNCA) y la calidad del ambiente de trabajo de Enfermería (estimada por medio del Índice de Trabajo de Enfermería Revisado (NWI-R)); además, considerando que el ambiente de trabajo de Enfermería se integra por *sub-dimensiones*, la correlación hipotetizada es más negativa con las sub-dimensiones Recursos de Enfermería y Autonomía de Enfermería, que con Liderazgo de Enfermería, Desarrollo Profesional, Colaboración Interdisciplinaria, y Competencia. Con respecto a la asociación entre racionamiento implícito del cuidado de Enfermería y la proporción entre pacientes y enfermeras, formulamos la siguiente hipótesis (H3): existe una correlación positiva entre el racionamiento implícito del cuidado de Enfermería (medido por medio del BERNCA) y la proporción entre pacientes y enfermeras.

La calidad del ambiente de trabajo de Enfermería fue estimada mediante el NWI-R, un instrumento usado en el estudio IHOS (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002 [24]; Aiken & Patrician, 2000 [25]; Lake, 2002 [26]) que contiene 51 preguntas tipo Likert de 4 puntos. El análisis factorial de los datos permitió vislumbrar 3 factores: (a) Liderazgo de Enfermería; (b) Recursos de Enfermería y Autonomía; y (c) Colaboración Interdisciplinaria y Competencia. 17 preguntas fueron excluidas por tener comunalidades menores a 0.30. Las alfas de Cronbach variaron entre .72 y .90. La proporción entre pacientes y enfermeras fue estimada mediante otros reactivos del instrumento aplicado en el estudio IHOS (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002 [27]).

El NWI-R y el instrumento usado en el estudio IHOS fueron traducidos del inglés al alemán usando el protocolo adaptado de Brislin (Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001 [28]).

Pruebas de Confiabilidad:

Para probar la confiabilidad del BERNCA y explorar la consistencia y precisión de los resultados de la prueba y de los procesos de medida, formulamos la siguiente hipótesis (H4): el instrumento BERNCA es confiable y consistente.

Diseño y muestra:

Se analizaron los datos reportados por 957 enfermeras laborando en cinco hospitales de cuidado agudo en la zona germano-parlante de Suiza quienes habían sido parte del estudio de Enfermería RICH realizado con una muestra de hospitales de más de 100 camas y con diversos servicios quirúrgicos, médicos y ginecológicos. Las enfermeras laborando en las unidades de esos hospitales fueron invitadas de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: (a) un diploma suizo de Enfermería tipo D1 o D2, ó su equivalente extranjero como mínimo; y (b) un mínimo de 3 meses de experiencia en el cuidado directo de pacientes. Se excluyeron a las estudiantes de Enfermería, a las asistentes de Enfermería, y a las enfermeras flotantes.

Obtención y administración de datos:

Los datos fueron obtenidos de forma consecutiva durante el otoño de 2003 y el verano de 2004. Los cuestionarios fueron distribuidos y recolectados por el personal de nuestro equipo de investigación; el consentimiento de las enfermeras estaba implícito al devolver el cuestionario. Los comités de ética de los hospitales participantes aprobaron el estudio.

Análisis de Datos:

Con estadísticas descriptivas (frecuencias, medias, medianas, rangos intercuartiles, desviaciones estándar, varianzas, gráficas y tabulaciones cruzadas) describimos la muestra y exploramos patrones de respuesta, valores perdidos, errores de medición, etcétera. Medimos la confiabilidad de la escala y sub-escalas del instrumento con alfas de Cronbach y correlaciones. Para evaluar la estructura interna del BERNCA y del NWI-R, hicimos diversas combinaciones de extracción y rotación de factores. También calculamos correlaciones de Spearman para estimar las asociaciones entre el constructo racionamiento implícito del cuidado de Enfermería y los constructos calidad del ambiente de trabajo de Enfermería, así como la proporción entre pacientes y enfermeras. Para todos los análisis estadísticos se usó el SPSS 13.

Resultados:

De las 1,435 enfermeras invitadas a participar, 957 (67%) completaron sus cuestionarios. Las características de las enfermeras participantes se describen en la tabla 2.

Validez:

Evidencia Basada sobre el Contenido de la Prueba :

Como se describió en la sección de métodos, el contenido de la prueba fue validado a través del análisis y juicios de algunas expertas en Enfermería quienes confirmaron que, por medio del BERNCA, el racionamiento implícito del cuidado de Enfermería podía ser estimado.

Evidencia Basada en Procesos de Respuesta:

Se observaron distribuciones positivamente sesgadas en 15 de los 20 sub-conjuntos de respuestas. Esto fue debido a que la mayoría de las enfermeras indicaron que algunos reactivos de la prueba, nunca o raramente, aplicaban a sus realidades específicas. Efectos de *piso* (52.6% a 82.7%) fueron observados para los ítems 1^a, 1b, 1c, 1e, 3^a, y 3c. La media para toda la escala fue 0.77 (DE = 0.52); mediana = 0.70 (cuartiles 25 a 75 = 0.34, 0.70, 1.13; rango posible: 0-3). Entre las preguntas individuales, el promedio fluctuó entre 0.20 (DE = 0.47; ítem 1e) a 1.30 (DE = 0.83; ítem 2^a), (tabla 1).

Evidencia Basada en la Estructura Interna:

La evidencia basada en la estructura interna del BERNCA fue obtenida mediante la exploración de varias combinaciones de extracción y rotación de factores. La puntuación 0.95 en el examen Kaiser-Meyer-Olmin reflejó que el proceso de muestreo había sido adecuado. A su vez, la puntuación 7919.78, $p = 0$ en la prueba de Bartlett reflejó que las correlaciones entre los ítems habían sido significativas y que la matriz de correlación podía ser factorizada. El análisis factorial (componentes principales) arrojó 3 factores primarios con valores eigen mayores de 1, y dos factores secundarios con valores eigen menores de 1. Un solo factor reunió el 42% de la varianza total, y mostró cargas estables por parte de todos los 20 reactivos ($> .50$), tabla 1.

Evidencia Basada en las Relaciones con otras Variables:

La evidencia basada en asociaciones con otras variables fue explorada mediante el examen de la asociación entre el constructo racionamiento implícito del cuidado de Enfermería y los constructos: calidad del ambiente de trabajo de Enfermería, y proporción entre pacientes y enfermeras. Considerando el marco de trabajo conceptual y las investigaciones correspondientes previas, correlaciones negativas fueron confirmadas entre el constructo racionamiento implícito del cuidado de Enfermería (estimado por medio del BERNCA) y el constructo calidad del ambiente laboral de Enfermería (estimado por medio del NWI-R). Además, la correlación entre el constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería y la sub-dimensión Recursos y Autonomía de Enfermería fue más fuerte ($r = -.46$, $p = .01$) que la correlación entre el constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería y las sub-dimensiones subyacentes Liderazgo de Enfermería y Desarrollo Profesional ($-.31$, $p = .01$) y Colaboración y Competencia Interdisciplinarias ($-.26$, $p = .01$) respectivamente. Una correlación baja pero significativa fue

encontrada entre el constructo racionamiento implícito de cuidado de Enfermería y la sub-dimensión Proporción entre Pacientes y Enfermeras ($r = .14, p = .01$).

Confiabilidad:

La consistencia y homogeneidad internas del BERNCA fueron exploradas por medio de alfas de Cronbach, correlaciones internas y estadísticas de resumen. Los resultados se describen en la sección *Proceso de Respuesta Basados en la Evidencia* y en la tabla 1. Como se pronosticó, el BERNCA fue internamente consistente y homogéneo de acuerdo a la correlación encontrada (0.39; entre 0.19 y 0.63; alfa de Cronbach = .93).

Discusión:

El propósito de este estudio fue evaluar la confiabilidad y validez del instrumento BERNCA desarrollado para medir los niveles de racionamiento implícito del cuidado de Enfermería. El BERNCA puede ser usado en investigación para explorar los efectos del racionamiento implícito del cuidado de Enfermería sobre los resultados de paciente y sobre la situación integral de las enfermeras. Esto permite extender el conocimiento actual de todas las áreas de Enfermería relacionadas con la seguridad del paciente, la calidad del cuidado, las estrategias de ahorro en los costos de la salud, etcétera. Sin embargo, investigaciones adicionales son necesarias para determinar el punto preciso en el cual el racionamiento implícito del cuidado de Enfermería empieza a afectar negativamente los resultados de paciente y el desempeño de las enfermeras.

El instrumento BERNCA ha sido enfocado hacia algunas de las tareas de Enfermería presuntamente más necesarias que, además, son más frecuentemente omitidas cuando los recursos han sido limitados. Sin embargo, considerando algunas referencias al respecto (Morin & LeBlanc, 2005 [30]; Schopper, Baumann-Holzle, & Tañer, 2001^a [31]; 2001b [32]), quizá pudiera ser necesario ampliar el horizonte experimental incluyendo otras tareas de la Enfermería.

Debido al anonimato del cuestionario, la validez basada en la evidencia de los procesos de respuesta no puede ser garantizada. Sin embargo, el anonimato proporciona cierta protección contra tendencias de respuesta por efecto de factores tales como la *deseabilidad social* y que, al igual que los errores de memoria, pudieran generar sesgos en la distribución de datos.

La correlación positiva entre los reactivos de la prueba y el constructo Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería (H1) fue confirmada en los análisis factoriales exploratorios.

También fue confirmada la hipotética asociación entre racionamiento implícito del cuidado de Enfermería y la calidad del ambiente de trabajo de Enfermería (H2). Las tres sub-escalas del NWI-R, particularmente aquellas relacionadas con la asignación de personal y los recursos, estuvieron moderadamente asociadas con el racionamiento implícito del cuidado de Enfermería, sugiriendo que, particularmente con respecto a la percepción que tienen las enfermeras sobre qué tan adecuadas son las asignaciones de personal y recursos, una menor calidad del ambiente de trabajo de Enfermería está asociada con un mayor nivel de racionamiento implícito del cuidado de Enfermería. Sin embargo, dudas han surgido con respecto de la confiabilidad y validez del NWI-R al usar alternativamente la escala Lake como medio de estimación del ambiente de la práctica de Enfermería (Cumings, Hayduk, & Estabrooks, 2006 [33]). Apoyando lo anterior, investigadores en países norte-americanos

también han reportado estructuras similares a la encontrada por Lake (Gunnarsdottir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam, 2007 [34]; McCusker, Dendukuri, Cardinal, Laplante, & Bambonye, 2004 [35]).

La relación hipotetizada entre racionamiento implícito del cuidado de Enfermería y la proporción entre pacientes y enfermeras fue confirmada (H3), sin embargo la correlación resultó ser baja. Nosotros usamos ésta proporción para estimar la carga de trabajo; sin embargo, la carga de trabajo también puede estimarse mediante la interacción de otros factores (O'Brien-Pallas, Meyer, & Thompson, 2005 [36]). Por ejemplo, en un estudio conducido en unidades de cuidado intensivo, cuatro formas o niveles para analizar la carga de trabajo de Enfermería fueron sugeridas: unidad, trabajo, paciente y situación (Carayon & Gurses, 2005 [37]). Considerar las diferentes formas o niveles de carga de trabajo puede ser otro acercamiento útil al llevar a cabo estudios con respecto a la seguridad y resultados de pacientes.

Conclusión:

El racionamiento implícito del cuidado de Enfermería es un constructo importante que permite a los investigadores y administradores explorar, cómo los resultados de pacientes son impactados por la restricción de algunas tareas específicas de Enfermería debido a la falta de recursos. Los hallazgos de nuestro estudio indican que el BERNCA es una herramienta adecuada para explorar estas interacciones. Sin embargo, estudios adicionales son necesarios para precisar la capacidad predictiva del BERNCA.

Aceptado para publicación en Julio 25 de 2007.

Los autores agradecen a los expertos en Enfermería, enfermeras de referencia, y enfermeras de los hospitales participantes por formar parte de este estudio. Ellas también agradecen a Chris Shultis por su trabajo de edición del artículo. Este estudio fue financiado por la Swiss Federal Office of Public Health.

Sabina De Geest, PhD, RN, Institute of Nursing Science, University of Basel, Basel Switzerland
Sabina.degeest@unibas.ch

Figura 1:Marco de Trabajo Conceptual: Racionamiento Implícito del Cuidado de Enfermería.

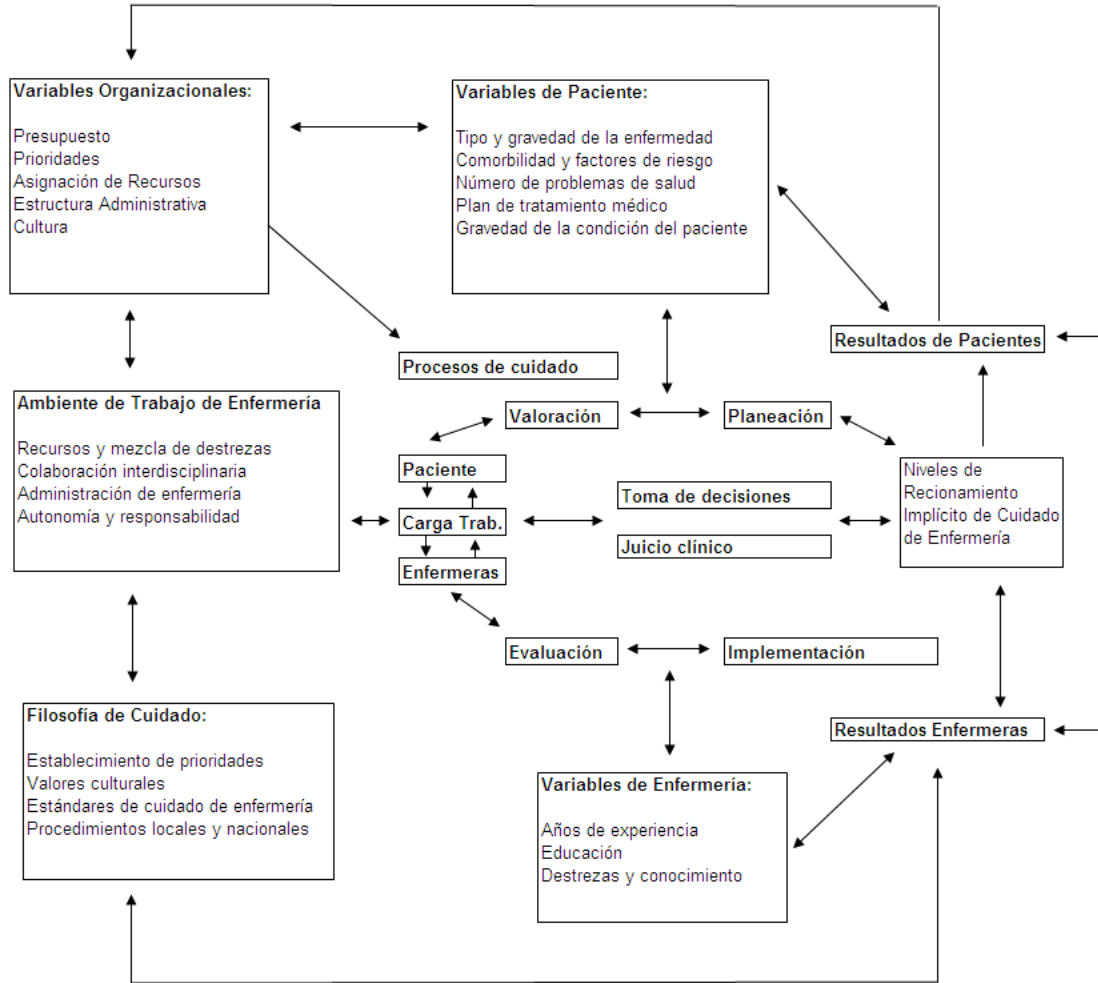


Tabla 1: BERNCA: Cuestiones y Resultados del Análisis Factorial (Componentes Principales, Una Solución)

Items abreviados	Carga Factorial	Media	Desviación Estándar
1. Actividades de Vida Diaria			
(1a) Baño y cuidado de la piel	0.580	0.58	0.71
(1b) Lavar los dientes de los pacientes	0.648	0.62	0.76
(1c) Comer	0.563	0.33	0.63
(1d) Movilización y cambio de posiciones	0.687	0.66	0.76
(1e) Manejo de orina, heces, vómitos	0.562	0.20	0.48
(1f) Cambio de sábanas	0.663	0.71	0.76
2. Apoyo en el cuidado			
(2a) Apoyo psicosocial y emocional	0.723	1.30	0.83
(2b) Conversación con pacientes y sus familias	0.745	0.90	0.83
3. Rehabilitación, Instrucción, Educación			
(3a) Entrenamiento de inodoros	0.643	0.58	0.82
(3b) Activar y rehabilitar el cuidado	0.749	0.92	0.82
(3c) Educación de pacientes y familias sobre auto-cuidado	0.705	0.55	0.71
(3d) Preparación para alta hospitalaria	0.734	0.80	0.76
4. Vigilancia y seguridad			
(4a) Vigilancia adecuada de signos vitales de pacientes	0.616	0.70	0.81
(4b) Vigilancia adecuada de pacientes confundidos o impedidos	0.590	0.76	0.90
(4c) Seguimiento de las indicaciones médicas	0.579	0.96	0.92
(4d) Respuesta pronta a las llamadas de los pacientes	0.563	0.84	0.86
(4e) Higiene de manos adecuada	0.571	0.70	0.77
5. Documentación			
(5a) Revisión de documentación de paciente al inicio de turno	0.622	0.87	0.85
(5b) Formulación actualización de planes de cuidado de paciente	0.713	1.14	0.86
(5c) Documentación de cuidado de enfermería proporcionado	0.713	0.86	0.79

Notas y Referencias

[1] Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2001). Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes? *Journal of Health and Human Services Administration*, 23(4), 416-442.

[2] Finlayson, M.P., & Gower, S.E. (2002). Hospital restructuring: Identifying the impact on patients and nurses. *Nursing Praxis in New Zealand*, 18(1), 27-35.

[3] McKee, M., & Healy, J. (Eds). (2002). *Hospitals in a changing Europe (Vol. 1)*. Philadelphia: Open University Press.

- [4] Bodenheimer, T.S., & Grumbach, K. (2002). Medical ethics and rationing of health care. In T.S., Bodenheimer & K., Grumbach (Eds.), *Understanding Health Policy: A Clinical Approach* (3rd ed.) pp.144-160. New York: Lange Medical Books/McGraw Hill Companies.
- [5] Ward, N.S. (2005). Rationing critical care medicine: Recent studies and current trends. *Current Opinion in Critical Care*. 11(6), 629-632.
- [6] Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2001). Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes? *Journal of Health and Human Services Administration*, 23(4), 416-442.
- [7] West, E., Barron, D.N., & Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centered care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 435-443.
- [8] Kuensi, K., & Schaer-Moser, M. (2002). *The labor Situation in Nursing in the Canton of Bern (Synthesis Report)* Bern. Switzerland.
- [9] Kindschi, K., Held, B., Lechman, P., Karges, G.M., & Rechsteiner, M. (2001) *The Hospital Personnel Situation*. Zurich: SVAP.
- [10] Andersson, A.K., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department: a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in critical care*, 11(3), 136-145.
- [11] Bucknall, T.K. (2000). Critical care nurses' decision making activities in the natural clinic setting. *Journal of Clinical Nursing*., 9(1), 25-35.
- [12] Currey, J., & Bottei, M. (2006). The influence of patient complexity and nurses' experience on haemodynamic decision making following cardiac surgery. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(4), 194-205.
- [13] Hendry, C., & Walker, A. (2004). Priority setting in clinical nursing practice: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 427-436.
- [14] American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: Author.
- [15] Bodenheimer, T.S., & Grumbach, K. (2002). Medical ethics and rationing of health care. In T.S., Bodenheimer & K., Grumbach (Eds.), *Understanding Health Policy: A Clinical Approach* (3rd ed.) pp.144-160. New York: Lange Medical Books/McGraw Hill Companies.
- [16] Truog, R.D., Brock, D.W., Cook, D.J., Danis, M., Luce, J.M., Rubenfeld, G.D., et al. (2006). Rationing in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(4), 958-963.
- [17] Ubel, P.A., & Goold, S.D. (1998). Rationing health care. Not all definitions are created equal. *Archives of Internal Medicine*, 158(3), 209-214.
- [18] Schhubert, M., Schaffert-Witvliet, B., DeGeest, S., Glass, T., Aiken, L., Sloane, D.S., et al (2005). *RICH-Nursing Study: Rationing of Nursing Care in Switzerland. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses Outcomes (final report Grant, Swiss Federal Office of Public Health Bern, Switzerland)*. Basel, Switzerland: Institute of Nursing Science, University of Basel.
- [19] Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). Educational Levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290(12), 1617-1623.

- [20] Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross national findings. *International Journal For Quality in Health Care: Journal of the International Society For Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- [21] Kovner, C., & Gergen, P.J. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. Hospitals. *The Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- [22] Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, H., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- [24] Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross national findings. *International Journal For Quality in Health Care: Journal of the International Society For Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- [25] Aiken, L.H., & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49, 146-153.
- [26] Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188.
- [27] Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross national findings. *International Journal For Quality in Health Care: Journal of the International Society For Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- [28] Jones, P.S., Lee, J.W., Phillips, L.R., Zhang, X.E., & Jaceldo, K.B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50, 300-304.
- [29] Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2003). *Factor Analysis. Multivariate Analysis Methods: An application-oriented introduction*. Vol 9, pp 259-332. Heidelberg, Germany.
- [30] Morin, D., & Leblanc, N. (2005). Less money, less care: How nurses in long term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *International Journal of Nursing Practice*, 11(5), 214-220.
- [31] Schopper, D., Baumann-Holzle, R., & Tanner, M. (2001a). *Resource allocation in the Swiss Healthcare System – Part 1: Summary of Findings*. Zurich.
- [32] Schopper, D., Baumann-Holzle, R., & Tanner, M. (2001b). *Resource Allocation in the Swiss Healthcare System – Part 2: Facts and analysis*. Zurich, Switzerland.
- [33] Cummings, G.G., Hayduk, L., & Estabrooks, C.A. (2006). Is the Nursing Work Index measuring up? Moving beyond estimating reliability to testing validity. *Nursing Research*, 55, 82-93.
- [34] Gunnarsdottir, S., Clarke, S.P., Rafferty, A.M., & Nutbeam, D. (2007). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*.
- [35] McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J., & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: Differences between units at the same hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 17(6), 313-322.

[36] O'Brien-Pallas, L., Meyer, R., & Thompson, D. (2005). Workload and Productivity. In L.M., Hall (ed.), Quality work environment for nurse and patient safety (pp. 105-131) Boston: Jones and Bartlett.

[37] Carayon, P., & Gurses, A.P. (2005). A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(5), 284-301.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T4

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Actitudes de las Enfermeras hacia la investigación en un Centro Médico Metropolitano

Smirnoff M, Ramirez M, Kooplinae L, Gibney M, McEvoy M.

Nurses' attitudes toward nursing research at a metropolitan medical center

Appl Nurs Res 2007; (20)1:24-31

Las actitudes de las enfermeras hacia la investigación en enfermería en un centro médico metropolitano.

Meg Smirnoff RN MS, MPH, FNP: Centro de Investigación Clínica General, Centro Médico Monte Sinai, New York, NY 10029, USA.

Marjorie Ramírez Ma, EdM, RNC, CAN: Centro de Salud Materno-infantil y de Educación para el Paciente y la Familia, Nueva York, NY 10029, USA.

Linda Kooplimae RN, BSN, BC: Centro de Tratamiento y Diagnóstico, Departamento de Pediatría, Centro Médico Monte Sinai, Nueva York, NY, USA.

Michael Gibney RN, MA CAS, CDE: Sistemas Quirúrgicos Médicos, Becton Dickinson, Nueva York, NY, USA.

Mary Dee McEvoy RN, PhD, AOCN: Instituto para el Cuidado del Paciente Joseph F. Cullman, Jr., Centro Médico Monte Sinai, Nueva York, NY 10029, USA.

Recibido el 15 de abril de 2005; aceptado el 21 de noviembre de 2005; disponible en línea el 26 de enero de 2007.

Resumen:

Para apoyar la implementación de un programa de investigación en Enfermería dentro de un importante centro médico, obtuvimos datos sobre las actitudes de las enfermeras hacia la investigación, su percepción de la institución como ambiente favorecedor, y que tan involucradas se encontraban en esas actividades. Este estudio es similar al conducido por (Rizzuto, Bostrom, Suter, & Chenitz, 1994 [1]). Revisamos la evolución histórica de la investigación de Enfermería a través de los códigos de ética de la Asociación Americana de Enfermeras (AAE), y vislumbramos algunos factores relacionados con el desarrollo de la investigación. Nuestros hallazgos sugieren que las actitudes positivas y el apoyo institucional percibido no parecen ser suficientes para incrementar el nivel de involucramiento en la investigación en Enfermería.

Objetivo:

Examinar la validez y confiabilidad del recién desarrollado instrumento BERNCA.

Perspectiva histórica:

La participación en la investigación en Enfermería no ha sido siempre un estándar de la práctica. Esta participación ha ido evolucionando como parte de los cambios en la disciplina; desde los paradigmas orientados hacia las tareas, hasta los paradigmas orientados en la práctica autónoma, centrada en el paciente, y basada en la evidencia. Esta apreciación puede

constatarse a través del desarrollo de los códigos de ética de la Asociación Americana de Enfermeras (AAE) (American Nurses Association, 1985 [2]).

El primer código de ética oficialmente ratificado en 1950 no menciona explícitamente la investigación, pero sí afirma que “una enfermera puede mantener el estatus profesional únicamente mediante la lectura continua, el estudio, y la investigación.” Los 1950’s fueron los años de Virginia Henderson y Heldegard Peplau, de la publicación de las primeras revistas de investigación en Enfermería, y de la formación de la Comisión de Investigación en Enfermería de la AAE (LoBiondo-Wood & Haber, 1998 [3]).

La mayoría de la enfermeras que practican hoy-en-día entrenaron y desarrollaron su ethos profesional de acuerdo con el Código de Ética de 1976 de la AAE. En este código se estableció que la investigación es un elemento primario de la práctica profesional, y se llama a cada enfermera a que participe en “actividades que contribuyan al continuo desarrollo del reservorio de conocimientos.” Estos postulados fueron expandidos en el código de ética de 2001: “Todas las enfermeras pueden participar con el avance de la profesión a través del desarrollo, evaluación, disseminación y aplicación de conocimientos en la práctica.” En este código, además, se establece que debe existir la responsabilidad institucional para proveer climas e infraestructuras organizacionales que fomenten la búsqueda de conocimientos.

Algunos investigadores expresaron que las enfermeras generalmente tienen una buena disposición hacia la investigación (Bjorkstrom & Hamrin, 2001 [4], Chenitz & Sater, 1987 [5], Clifford & Murray, 2001 [6] y Rizzuto et al., 1994 [7]), y que por lo tanto, puede existir una cierta correlación entre sus actitudes y el nivel de su participación en actividades relacionadas con la investigación (Chenitz & Sater, 1987 [8] y Lacey, 1994 [9]). Considerando las teorías de (Bandura, 1986 [10]), en la tabla 1 se muestran algunos factores que presuntamente pudieran fomentar la participación de las enfermeras en la investigación, y en la tabla 2 se muestran algunos factores que pudieran influir como barreras.

Tabla 1:

Algunos factores presuntamente correlacionados positivamente con la participación de las enfermeras en actividades de investigación:

- 01:** Mayores niveles de educación.
- 02:** Apoyo administrativo.
- 03:** Afiliación con instituciones con programas de enseñanza.
- 04:** Haber tomado un curso de investigación.
- 05:** Experiencia previa en investigación.
- 06:** Lecturas previas de investigaciones.

Tabla 2:

Algunos factores presuntamente correlacionados negativamente con la participación de las enfermeras en actividades de investigación:

- 01:** Falta de tiempo.
- 02:** Falta de recursos.
- 03:** Rotar turnos.
- 04:** Ambiente laboral desfavorable.
- 05:** No haber tomado un curso previo de investigación.

Un par de breves ejemplos:

(Clifford and Murria, 2001 [11]) desarrollaron un programa para incrementar los niveles de actividad relacionada con la investigación en un conjunto de enfermeras. Un sub-grupo contó con apoyo educacional, mientras el otro además contó con servicios de consulta personalizada, financiamiento, y disponibilidad de tiempo. Los resultados, sin embargo, no mostraron diferencias significativas en los niveles de actividad relacionada con la investigación entre las integrantes de ambos grupos. Por su parte, (Lopez-Bushnell, 2002 [12]) propuso una iniciativa de investigación hospitalaria basada en los resultados de una encuesta de actitudes sobre investigación en Enfermería. Entre otras medidas, se contrató una enfermera investigadora para proveer recursos educacionales y se estableció un internado de 12 meses. Considerando que la falta de tiempo fue la principal barrera, se reportó una leve mejoría en los niveles de actividad relacionada con la investigación.

En encuestas relacionadas con las actividades de investigación en Enfermería, (Rizzuto et al., 1994 [13]) encontraron que 21% de las respondientes reportaron haber usado “un hallazgo de investigación” durante los últimos 6 meses. Por su parte (Bjorkstrom & Hamrin, 2001 [14], Bostrom & Suter, 1993 [15] y Wells & Baggs, 1994 [16]) reportaron hallazgos similares. Análogamente, (Mullhall, 1997 [17], Mulhall, 2002 [18]) aplicó la teoría de la construcción social y analizó algunos factores generadores de investigación, así como de la falta de esfuerzos por integrar la investigación dentro de la práctica; y concluyó que la práctica y la investigación son como dos culturas con historias, perspectivas, y metas diferentes, y cuya brecha, por lo tanto, debía desaparecer.

El propósito de este estudio fue explorar las actitudes y creencias de un grupo de enfermeras en un hospital urbano de la ciudad de Nueva York con respecto de la investigación en Enfermería, y con esa información apoyar la implementación de un programa dedicado a esa actividad.

Instrumento:

Un cuestionario comprensivo de 4 partes fue aplicado para obtener los datos correspondientes. La parte 1 (la cual nosotros diseñamos) incluye 12 reactivos relativos a sexo, edad, años como enfermera, grado académico, y educación en investigación y estadística. La parte 2 (actitudes hacia la investigación en Enfermería) se constituyó con 23 reactivos tipo Likert

de 5 puntos con la cual las respondientes indicaron su nivel de acuerdo o desacuerdo con enunciados relativos a la investigación; por ejemplo: “Yo me siento a gusto haciendo investigación”, “La investigación en Enfermería es una lata.”, etcétera. La parte 3 (escala del ambiente) se constituyó con 15 reactivos también tipo Likert para explorar las percepciones sobre los apoyos presentes y futuros para la investigación dentro del ambiente de trabajo; por ejemplo: “Las enfermeras tienen mentores calificados para participar en la investigación”, “La información sobre financiamiento de la investigación esta disponible”, etcétera. Con éstas respuestas generamos un *índice de conciencia sobre la investigación*. Las partes 2 y 3 fueron desarrolladas por (Young and Rice 1983 [19]) y modificadas por (Chenitz and Sater 1987 [20]). La parte 4 se constituyó con 12 reactivos tipo si/no sobre diversas actividades presente-pasado-futuro, que fueron propuestos por (Bostrom & Suter, 1993 [21] y Rizzuto et al., 1994 [22]). Todo el instrumento fue validado por un panel de expertos.

Muestra:

Se trató de un centro médico y escuela en la ciudad de Nueva York que es una de las principales instituciones de investigación (clasificada nacionalmente en el lugar 22 por los National Institutes of Health). Luego de obtener la aprobación correspondiente del comité de revisión institucional, invitamos a todas las enfermeras registradas en el centro médico a participar en el estudio. La recolección de datos se llevó a cabo durante la primavera del 2000. El cuestionario requería aproximadamente de 20 minutos para responderse, y fue de carácter anónimo. De todos los cuestionarios distribuidos, 470 fueron retornados representando el 28% del total.

Resultados:

Para el procesamiento de datos usamos el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

En la escala de actitud, las puntuaciones más bajas indicaron una actitud más positiva. Los dos enunciados asociados con la mayor actitud positiva fueron “La investigación debería guiar a la práctica de Enfermería” ($M = 1.76$; $DS = 0.79$) y “Las enfermeras deberían tener la oportunidad de integrarse en la investigación de Enfermería” ($M = 1.87$; $DS = 0.73$). Se encontró que las actitudes positivas estaban correlacionadas significativamente con educación a nivel maestría y doctorado ($F = 16.09$, $p = .000$); y que las enfermeras empleadas durante 3-10 años tuvieron una actitud ante la investigación significativamente más positiva en comparación con las enfermeras de otros grupos ($F = 4.61$, $p = .003$). No se encontraron asociaciones significativas con la edad, o haber tomado cursos de estadística o investigación. Sin embargo, resultó interesante encontrar que 42% de las respondientes estuvieran muy de acuerdo con el enunciado “Yo he identificado un problema que merece ser investigado”.

A pesar de que, en general, las respondientes reportaron tener una actitud positiva ante la investigación, también lo hicieron con una percepción del ambiente más bien negativa. La Escala de Ambiente de Investigación se forma con 15 reactivos tipo Likert 1-4, desde muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo, que incluyen la opción “no sé”. Las puntuaciones menores a 2.4 reflejaron percepciones positivas del ambiente de investigación; mientras aquellas mayores reflejaron percepciones negativas. La puntuación promedio general fue de 2.61 ($DS = 0.64$), reflejando una percepción, en general negativa del ambiente alrededor de la investigación. El reactivo que contribuyó más fue: “Se permite escribir o publicar investigaciones durante el día de trabajo” ($M = 3.2$; $DS = 0.91$). El índice de conciencia de investigación se estableció como el número de respuestas “no sé” a

la percepción del ambiente, con 15 indicando una falta total de conciencia. La puntuación media fue 5.22 (DS = 4.69). Estos hallazgos sugieren que, en general las respondientes estaban concientes de la existencia de algún apoyo pero también tenían una percepción más bien negativa de este.

En la parte relativa al involucramiento con actividades de investigación, se les preguntó sobre sus actividades de investigación en el pasado, presente, y futuro. Los reactivos con las respuestas más altas fueron: “Colaborar con otros en un estudio de investigación” (48%), “Cambiar la práctica con base en hallazgos de investigación en Enfermería” (44%), y “Obtener datos de los estudios de otros” (42%). Es interesante notar que, a pesar de que el 87% de las respondientes indicaron que “la investigación debería guiar la práctica de Enfermería”, solamente 38% indicaron “Yo alguna vez he cambiado un protocolo de la práctica con base en los hallazgos de la investigación en Enfermería.” Esta información parece apoyar la sugerencia de que la práctica y la investigación en Enfermería son dos culturas separadas (Mulhall, 1997 [23] y Mulhall, 2002 [24])

A pesar de que los datos del estudio conducido por (Rizzuto et al., 1994 [25]) y los datos de nuestro estudio son diferentes, los patrones de respuesta fueron notablemente similares; en especial en lo que se refiere a los reactivos relacionados con la implementación de los hallazgos de la investigación dentro de la práctica .

Implicaciones:

Los Estados Unidos y todo el mundo sufren de crisis financieras en el cuidado de la salud, situación que obliga a las instituciones a adaptar el perfil de la enfermera. Por ejemplo, el cuidado de los pacientes con necesidades complejas requiere de conocimientos y destrezas clínicas complejas, lo que deja poco tiempo a las enfermeras para participar en actividades de investigación. Así que, disminuir la brecha entre la investigación y la práctica sugerida por (Mulhall, 1997 [26] y Mulhall, 2002 [27]) parece ser uno de los retos para las organizaciones al cuidado de la salud. Aún más, las actitudes positivas de las enfermeras deberían facilitar la implementación de programas de investigación. Quizá, la creación de una carrera para investigadoras enfermeras hospitalarias sería una forma de llevar la investigación a la práctica y viceversa; y quizá la disponibilidad de esta ruta de carrera dentro de un hospital permitirá a las enfermeras mezclar sus intereses clínicos con sus intereses de investigación.

(Benner, 1984 [28]) ve a las enfermeras expertas como plataformas para el desarrollo de la investigación. Estas son las enfermeras que pueden traducir la búsqueda académica de la investigación hacia la práctica. Estas son las enfermeras quienes, como aquellas identificadas en la investigación de (Lopez-Bushnell, 2002 [29]), responden a la tutoría de otra enfermera investigadora y aprovechan el apoyo financiado por el hospital para poner puentes entre la práctica y la investigación. Estas enfermeras deberían ser estimuladas, nutridas y apoyadas para ser las enfermeras investigadoras de base hospitalaria en el área de su experiencia clínica.

Conclusión:

El medio del cuidado de la salud actual requiere de enfermeras profesionales altamente educadas para responder a las diversas y complejas necesidades laborales. En este, y en otros estudios, la mayoría de las enfermeras coincidieron en que es necesario que ellas se involucren en la investigación en Enfermería para poder enfrentar esos retos (Marsh & Brown, 1992 [30], Rizzuto et al., 1990 [31] y Robinson, 1999 [32]).

Notas y Referencias

[1] Rizzuto et al., 1994 C. Rizzuto, J. Bostrom, W.N. Suter and W.C. Chenitz, Predictors of nurses' involvement in research activities, *Western Journal of Nursing Research* 16 (1994) (2), pp. 193–204.

[2] American Nurses Association, 1985 American Nurses Association, Code of ethics for nurses with interpretive statements, American Nurses Publishing, Washington, DC (1985).

[3] LoBiondo-Wood & Haber, 1998 G. LoBiondo-Wood and J. Haber, *Nursing research: Methods, clinical appraisal and utilization* (4th ed.), Mosby, St. Louis, MO (1998).

[4] Bjorkstrom & Hamrin, 2001 M. Bjorkstrom and E. Hamrin, Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing, *Journal of Advanced Nursing* 34 (2001) (5), pp. 706–714.

[5] Chenitz & Sater, 1987 Chenitz, W. C., Sater, B. (1987) Nurse's attitudes toward research and the clinical setting as a research environment. Unpublished manuscript.

[6] Clifford & Murray, 2001 C. Clifford and S. Murray, Pre and post-test evaluation of a project to facilitate research development in practice in a hospital setting, *Journal of Advanced Nursing* 36 (2001) (5), pp. 685–695.

[7] Rizzuto et al., 1994 C. Rizzuto, J. Bostrom, W.N. Suter and W.C. Chenitz, Predictors of nurses' involvement in research activities, *Western Journal of Nursing Research* 16 (1994) (2), pp. 193–204.

[8] Chenitz & Sater, 1987 Chenitz, W. C., Sater, B. (1987) Nurse's attitudes toward research and the clinical setting as a research environment. Unpublished manuscript.

[9] Lacey, 1994 E. Lacey, Research utilization in nursing practice—A pilot study, *Journal of Advanced Nursing* 19 (1994), pp. 987–995.

[10] Bandura, 1986 A. Bandura, *Social foundations of thought and action*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ (1986).

[11] Clifford & Murray, 2001 C. Clifford and S. Murray, Pre and post-test evaluation of a project to facilitate research development in practice in a hospital setting, *Journal of Advanced Nursing* 36 (2001) (5), pp. 685–695.

[12] Lopez-Bushnell, 2002 K. Lopez-Bushnell, Get research-ready, *Nursing Management* 33 (2002) (11), pp. 41–44.

[13] Rizzuto et al., 1994 C. Rizzuto, J. Bostrom, W.N. Suter and W.C. Chenitz, Predictors of nurses' involvement in research activities, *Western Journal of Nursing Research* 16 (1994) (2), pp. 193–204

- [14] Bjorkstrom & Hamrin, 2001 M. Bjorkstrom and E. Hamrin, Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing, *Journal of Advanced Nursing* 34 (2001) (5), pp. 706–714.
- [15] Bostrom & Suter, 1993 J. Bostrom and W.E. Suter, Research utilization: Making the link to practice, *Journal of Nursing Staff Development* 9 (1993) (1), pp. 28–34.
- [16] Wells & Baggs, 1994 N. Wells and J. Baggs, A survey of practicing nurses' research interests and activities, *Clinical Nurse Specialist* 8 (1994) (3), pp. 145–151.
- [17] Mulhall, 1997 A. Mulhall, Nursing research: Our world, not theirs, *Journal of Advanced Nursing* 25 (1997), pp. 969–976.
- [18] Mulhall, 2002 A. Mulhall, Nursing research and nursing practice: An exploration of two different cultures, *Intensive and Critical Care Nursing* 18 (2002), pp. 48–55.
- [19] Young & Rice, 1983 K.J. Young and M.J. Rice, Measurement of attitudes towards nursing research environment Paper presented at the First Annual Scientific Meeting of Research in Nursing Education, San Francisco, CA (1983).
- [20] Chenitz & Sater, 1987 Chenitz, W. C., Sater, B. (1987) Nurse's attitudes toward research and the clinical setting as a research environment. Unpublished manuscript.
- [21] Bostrom & Suter, 1993 J. Bostrom and W.E. Suter, Research utilization: Making the link to practice, *Journal of Nursing Staff Development* 9 (1993) (1), pp. 28–34.
- [22] Rizzuto et al., 1994 C. Rizzuto, J. Bostrom, W.N. Suter and W.C. Chenitz, Predictors of nurses' involvement in research activities, *Western Journal of Nursing Research* 16 (1994) (2), pp. 193–204.
- [23] Mulhall, 1997 A. Mulhall, Nursing research: Our world, not theirs, *Journal of Advanced Nursing* 25 (1997), pp. 969–976.
- [24] Mulhall, 2002 A. Mulhall, Nursing research and nursing practice: An exploration of two different cultures, *Intensive and Critical Care Nursing* 18 (2002), pp. 48–55.
- [25] Rizzuto et al., 1994 C. Rizzuto, J. Bostrom, W.N. Suter and W.C. Chenitz, Predictors of nurses' involvement in research activities, *Western Journal of Nursing Research* 16 (1994) (2), pp. 193–204.
- [26] Mulhall, 1997 A. Mulhall, Nursing research: Our world, not theirs, *Journal of Advanced Nursing* 25 (1997), pp. 969–976.
- [27] Mulhall, 2002 A. Mulhall, Nursing research and nursing practice: An exploration of two different cultures, *Intensive and Critical Care Nursing* 18 (2002), pp. 48–55.
- [28] Benner, 1984 P. Benner, From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, CA (1984).
- [29] Lopez-Bushnell, 2002 K. Lopez-Bushnell, Get research-ready, *Nursing Management* 33 (2002) (11), pp. 41–44.
- [30] Marsh & Brown, 1992 G. Marsh and T. Brown, The measurement of nurses' attitudes towards nursing research and the research environment in clinical settings, *Journal of Clinical Nursing* 1 (1992), pp. 815–822

[31] Rizzuto et al., 1990 Rizzuto, C., Chenitz C., Bostrom, J., Suter, W. N. (1990) Predicting nurses involvement in research activities. Unpublished manuscript.

[32] Robinson, 1999 J. Robinson, Taking the initiative: Supporting nursing research in an acute trust, Nurse Researcher 6 (1999) (4), pp. 41–50.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T5**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Los Factores Esenciales para un Ambiente Laboral de Enfermería Productivo

Schmalenberg C, Kramer M.

Essentials of a Productive Nurse Work Environment

Nursing Research 2008; 57(1):2-13.

Los Factores Esenciales para un Ambiente Laboral de Enfermería Productivo.

Claudia Schmalenberg, MSN, RN, Health Science Research Associates, Tahoe City, California.

Marlene Kramer, PhD, RN, FAAN, Nursing Health Science Research Associates, Apache Junction, Arizona.

Antecedentes:

Sin duda, es importante medir la calidad de los ambientes en que laboran las enfermeras. Con base en diversas teorías sustentadas, la escala *Essentials of Magnetism* (EMII) es una opción para identificar un medio laboral hospitalario productivo y satisfactorio.

Objetivos:

a) Probar la hipótesis de que las enfermeras laborando en hospitales con excelentes ambientes laborales (magnetos) reportarían puntuaciones significativamente mayores en la escala EMI (incluyendo dos indicadores específicos de resultados), en contraste con enfermeras laborando en hospitales comparación; b) Constatar las propiedades psicométricas de la escala EMI; y c) Actualizar el Perfil Nacional de Hospitales Magneto.

Métodos:

Se analizaron los datos agregados de 10,514 enfermeras de 34 hospitales quienes respondieron a la escala EMI.

Algunos Resultados:

De acuerdo con los resultados, las enfermeras laborando en hospitales magneto, las enfermeras con maestría, y las enfermeras muy experimentadas, reportaron ambientes laborales más satisfactorios y productivos que el resto de las enfermeras.

Palabras Clave: esenciales de magnetismo; ambiente de trabajo productivo y satisfactorio.

El mejoramiento de los ambientes de la práctica de Enfermería dentro de hospitales de cuidado agudo ha sido un importante reto y objeto de estudio. La falta de ambientes laborales saludables y productivos ha sido asociada con escasez de

enfermeras, insatisfacción con el trabajo, baja productividad, y por consiguiente mala calidad e inseguridad en el cuidado de pacientes (American Hospital Association, 2002 [1], American Organization of Nurse Executives, 2006 [2], Hall, 2005 [3], Institute of Medicine, 2004 [4]). Con base en análisis previos sobre los ambientes laborales identificados por enfermeras asignadas en hospitales magneto (McClure, Poulin, Sovie, & Wandelt, 1983 [5]), a partir de 1984 se empezó a desarrollar un Índice de Trabajo de Enfermería (ITE) (Kramer & Hafner, 1989 [6]). Posteriormente, (Kramer & Schmalenberg, 1989 [7]) sugirieron que la productividad y la calidad en el cuidado de los pacientes, así como la permanencia en la profesión de Enfermería, eran consecuencia de un ambiente laboral productivo y satisfactorio. Hallazgos similares fueron reportados en otros análisis sobre ambientes laborales (Kramer & Schmalenberg, 2002 [8]). Como resultado de algunos de estos estudios, se encontraron estos 8 factores: **f1: Compañeros Clínicamente Competentes (CCC)**; **f2: Relaciones Enfermera-Médico (REM)**; **f3: Autonomía Clínica (Auto)**; **f4: Apoyo para la Educación de las Enfermeras (Apo)**; **f5: Asignación Adecuada de Personal de Enfermería (Asig)**; **f6: Valores Centrados en el Paciente (Val)**; **f7: Control de la Práctica de Enfermería (CPE)**, y **f8: Apoyo Administrativo para las Enfermeras (AAE)** (Kramer & Schmalenberg, 2004 [9]). En este estudio, se definió el ambiente laboral como el agregado de las condiciones, influencias, fuerzas y valores culturales que influyen y modifican la vida de un individuo dentro de una comunidad clínica.

El Instrumento:

El diseño de la escala EMII se basó sobre la consideración de 3 grandes características de los sistemas de cuidado de salud con calidad: (a) que tengan la estructura correcta; (b) que se hagan las cosas correctas; y (c) que se obtengan los resultados deseados.

En la escala EMII se pide a los respondientes que expresen el grado de su acuerdo o desacuerdo con diversos procesos, funciones y/o relaciones en sus actividades profesionales. Algunos temas analizados con las sub-escalas de la EMII incluyen el grado de riesgo en la toma de decisiones, el efecto que tienen reglas y regulaciones burocráticas sobre la toma de decisiones, el grado de aprobación administrativa, el apoyo gerencial, el aumento del conocimiento clínico generado por las iniciativas de la práctica basada en la evidencia, etcétera (Kramer, Maguire & Schmalenberg, 2006 [10], Kramer et al., 2007^a [11]). Para evaluar los ambientes laborales, es necesario analizar las diversas asociaciones entre sus estructuras, procesos, y resultados. Con la escala EMII se buscan estimar estas asociaciones.

Para complementar la escala (EM) y estimar específicamente las categorías Satisfacción General con el Trabajo (SGT) y Evaluación de Enfermería de la Calidad del Cuidado (EECC), se agregaron dos indicadores específicos de resultados que fueron extrapolados a partir de una sub-escala propuesta por (Aiken, Clark, y Sloane, 2002 [12]). La resultante EMII es una escala de tipo Likert de cuatro puntos con respuestas ponderadas. Para estimar estas ponderaciones, se entrevistaron a 392 enfermeras en 7 hospitales magneto adoptando los promedios de sus respuestas (Kramer & Schmalenberg, 2004 [13]).

Con respecto a los dos indicadores de resultados, en un estudio con 2,969 enfermeras asignadas en hospitales de Pensilvania, (Aiken et al., 2002 [14]) indicaron que el 20.8% reportó puntuaciones bajas en Evaluación de Enfermería de la Calidad de Cuidado (EECC), mientras que (Ulrich et al., 2007 [15]) publicaron una cifra de 20.9% usando el mismo indicador pero con respecto a su encuesta nacional en línea con 4,034 enfermeras de cuidado crítico. En relación al indicador específico

Satisfacción General con el Trabajo (SGT), en el mismo estudio se reportó que el 24% de las enfermeras estaban muy insatisfechas con sus ambientes laborables.

Análisis Psicométrico de la escala EM del 2003:

La escala EM (sin los 2 indicadores específicos de resultados) fue aplicada a casi 4000 enfermeras asignadas en 26 hospitales magneto y no magneto dispersos regionalmente, y se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para ajustar la escala. La validez de criterio fue establecida por el método "grupo conocido" (Kramer & Schmalenberg, 2004 [16]). Se usaron análisis de varianza (ANOVA) con comparaciones post hoc múltiples para identificar los sub-grupos homogéneos estadísticamente significativos ($p \leq .05$). No todos los hospitales magneto se ajustaron al Perfil de Hospital Magneto y, en algunas variables, los hospitales aspirantes a magneto obtuvieron puntuaciones dentro del rango del perfil de los hospitales magneto (Kramer & Schmalenberg, 2004 [17]). :

Nuestra Muestra:

La muestra para este estudio se formó con 10,514 enfermeras de 34 hospitales: 18 magneto y 16 de comparación. Se uso la escala EMII (incluyendo los dos indicadores específicos de resultados) con algunas modificaciones en sus sub-escalas de Asignación Adecuada de Personal (Asig) y de Apoyo Administrativo a las Enfermeras (AAE) (Kramer & Schmalenberg, 2005 [18]) y (Kramer et al (2007b [19]).

Todos los hospitales contaron con la aprobación de sus respectivos comités. La escala EMII fue proporcionada por los autores. Los análisis primarios fueron individualizados para cada hospital y transmitidos vía reporte confidencial, incluyendo el método usado para establecer el rango y el promedio con respecto del Perfil Nacional de Hospitales Magneto.

Análisis:

Para contrastar las hipótesis se realizaron ANOVAs con comparaciones múltiples post hoc (estadístico Tukey), y se llevaron a cabo ANOVAs para identificar los sub-grupos homogéneos y estadísticamente significativos, y análisis factoriales confirmatorios para evaluar la integridad estructural de las sub-escalas. Los coeficientes de confiabilidad fueron obtenidos mediante el método "test-re-test". Los efectos de las variables demográficas, laborales, contextuales, de educación, de experiencia, turno, unidad clínica, y tipo de hospital, sobre de las variables dependientes fueron evaluados usando análisis de varianza multivariado, considerando a algunas variables como co-variantes.

Otros resultados:

De esta muestra de 34 hospitales, 9 estaban localizados en ciudades de tamaño medio, 14 en ciudades grandes y 11 en áreas metropolitanas. Nueve hospitales magneto y nueve hospitales de comparación contaban con instalaciones académicas. Nueve hospitales magneto y siete de comparación eran de tipo comunitario. Casi el 50% de las enfermeras de la muestra contaba con preparación a nivel licenciatura. Se encontraron menos enfermeras técnicas y más enfermeras con grados superiores laborando en los hospitales magneto en contraste con aquellas laborando en los hospitales comparación. El 16% de las enfermeras de la muestra reportó tener 3 o menos años de experiencia; el 28% reportó contar con entre 3 y 10 años de experiencia; el 26% dijo que tenía entre 10 y 20 años de experiencia; y el 31% respondió que contaba con más de 20 años de experiencia (Tabla 1).

Pruebas de las hipótesis:

Considerando que los Estándares Magneto incluyen criterios para identificar excelentes ambientes de trabajo, se hipotetizó que las enfermeras laborando en los hospitales magneto reportarían mayores niveles de productividad en contraste con las enfermeras laborando en hospitales de comparación; y análogamente, que las enfermeras trabajando en hospitales magneto reportarían puntuaciones mayores en las ocho sub-escalas de la EMII (incluyendo los 2 indicadores específicos SGT y EECC), que sus contrapartes laborando en los hospitales comparación. Los resultados mostraron que las enfermeras laborando en los hospitales magneto reportaron puntuaciones significativamente mayores ($p < .001$) que sus contrapartes trabajando en los hospitales de comparación. Los radios F fueron desde 9.627 en Apoyo Administrativo a Enfermeras (AAE), hasta 54.340 en Control de la Práctica de Enfermería (CPE) (tabla 2). Las diferencias entre las sub-muestras magneto y de comparación con respecto a los 2 indicadores específicos de resultados también fueron estadísticamente significativas; las enfermeras en los hospitales magneto reportaron puntuaciones con una media de 6.86 (DS = 0.4604) en SGT; y una media de 8.04 (DS = 0.4376) en EECC, mientras que las enfermeras en los hospitales de comparación reportaron puntuaciones con una media de 6.22 (DS = 0.418) en SGT; y una media de 7.42 (DS = 0.3222) en EECC (tabla 3).

Psicometría (análisis de la escala):

El análisis factorial de componentes principales usando rotación varimax con normalización Kaiser generó 10 factores (tabla 4); los primeros 7 confirmaron la estructura analítica de 7 de los 8 procesos o factores. El factor 8 se constituyó con reactivos representándose inversamente en todas las sub-escalas. El factor 9 se constituyó con un sólo ítem de la categoría Relación Enfermera Médico (REM); el factor 10 se constituyó con un sólo ítem de la categoría Apoyo Administrativo a Enfermeras (AAE). Las puntuaciones globales en Autonomía Clínica (Auto), y en Control de la Práctica de Enfermería (CPE) fueron mayores en el estudio del 2003 que en el de 2006; sin embargo, en la categoría Relación Enfermera Médico (REM) las puntuaciones mayores se reportaron en el estudio de 2006. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) fueron desde .83 hasta .97 (tabla 5).

Actualización del Perfil Nacional de Hospitales Magneto:

Los porcentajes de los 18 hospitales magneto con puntuaciones dentro del Perfil Nacional de Hospitales Magneto variaron desde el 78% al considerar específicamente las puntuaciones en la categoría Compañeros Clínicamente Competentes (CCC), hasta el 100% considerando específicamente las puntuaciones en las categorías Apoyo para la Educación (Apo); Valores Centrados en el Paciente (Val); y Control de la Práctica de Enfermería (CPE). Luego de los resultados finales, 17 de estos 18 hospitales quedaron clasificados dentro del Perfil Nacional de Hospitales Magneto en por lo menos 7 de las 8 categorías o factores esenciales de magnetismo.

Enlaces entre los Procesos, Resultados, y Variables de Atributo.

Todas las correlaciones entre los 8 factores esenciales y los indicadores de resultados específicos SGT y EECC fueron significativas. Los indicadores específicos SGT y EECC se correlacionaron más fuertemente entre si ($r = .62$); (tabla 6).

5% de las enfermeras laborando en los 18 hospitales magneto de este estudio reportaron puntuaciones en el indicador específico Evaluación de Enfermería de la Calidad en el Cuidado (EECC) por debajo de la “marca” de seguridad (4 o menos en la escala de 10 puntos), y 9.4% de las enfermeras laborando en los hospitales de comparación reportaron puntuaciones similares en el mismo indicador (tabla 3). Con respecto al indicador específico Seguridad General en el Trabajo (SGT), casi el 17% de las enfermeras laborando en los hospitales magneto reportaron encontrarse insatisfechas en sus trabajos en comparación con el 25.5% de las enfermeras laborando en los hospitales comparación.

Casi un 60% reportaron puntuaciones $EECC > SGT$, aproximadamente el 28% reportaron puntuaciones $EECC = SGT$, y el 12% reportaron puntuaciones $EECC < SGT$. Las diferencias en chi cuadrada entre diversos sub-grupos de hospitales magneto y de comparación fueron estadísticamente significativas ($p \leq .002$). Estos datos sugirieron que las enfermeras atribuyen especial importancia a laborar con compañeras competentes.

Relaciones entre Variables Laborales, Demográficas y de Contexto:

El análisis multivariado de covarianza con variables demográficas, laborales y contextuales ingresadas como covariantes mostró que la varianza debida al turno usualmente laborado y al tipo de hospital (comunitario, de veteranos, académico, etcétera) no fue significativa. En la tabla 7 se muestran las diferencias significativas en las variables dependientes cuando educación, experiencia, y unidad clínica fueron ingresadas como covariantes. El estatus (magneto o no magneto) fue la condición con mayor peso en las diferencias significativas en la varianza. Pero también, las enfermeras preparadas a nivel maestría y doctorado reportaron puntuaciones significativamente mayores en casi todas las categorías excepto Relaciones Enfermera-Médico (REM). El patrón general de respuesta fue que las enfermeras con más experiencia reportaran ambientes laborales más productivos y satisfactorios. Las enfermeras con 3 o menos años de experiencia reportaron las relaciones laborales más pobres y las asignaciones de personal menos adecuadas. Las enfermeras con 30 años o más de experiencia reportaron las puntuaciones más bajas en la categoría Control de la Práctica de Enfermería (CPE).

Discusión:

Los resultados sugieren que la escala EMII es confiable y válida para evaluar los procesos y relaciones que las enfermeras identifican como esenciales para que el ambiente laboral sea productivo y satisfactorio. Las correlaciones entre los 8 factores identificados, así como entre los dos indicadores específicos de resultados SGT y EECC, sugieren que la generación de un ambiente laboral productivo y satisfactorio es un proceso multidimensional.

En particular, se encontró que el factor Autonomía Clínica (Auto) estuvo fuertemente vinculado con los procesos de la toma de decisiones dentro de la práctica.

Por medio de la escala EM y ahora la EMII, se han identificado algunos ambientes laborales satisfactorios y productivos (Kramer & Schmalenberg, 2004 [20]). El porcentaje de hospitales que las enfermeras reportaron con ambientes laborales productivos y satisfactorios se incrementó del 81% en 2003 al 93% en este estudio del 2006. Casi la mitad de los hospitales magneto de esta muestra se colocaron entre los de mayor puntuación en la escala EMII por región.

Los indicadores de resultados específicos SGT y EECC tienen importancia por que ayudan a visualizar lo que las enfermeras valoran para poder proveer cuidados de calidad. Estos indicadores pueden ser completados rápidamente, y son muy familiares por su similitud con otras escalas.

Como se mencionó anteriormente, el estatus magneto fue la variable conceptual que generó la mayor parte de la varianza, aún cuando otros atributos y variables contextuales fueron tratados como variables independientes o como covariantes.

Considerando que, nacionalmente sólo el 43% de las enfermeras asignadas tienen preparación a nivel licenciatura (Sparteley, Jonson, Sochalski, Fritz, & Spencer, 2000 [21]), y que la correlación entre una educación a nivel licenciatura y una baja mortalidad de pacientes en las unidades quirúrgicas es alta y positiva (Aiken, Clarke, Chueng, Sloane, & Silber, 2003 [22]), es imperante continuar los programas de financiamiento y oferta de oportunidades para que las enfermeras se preparen a nivel licenciatura.

No es sorprendente el hecho de que las enfermeras en las unidades médico-quirúrgicas hayan reportado ambientes laborales menos productivos mediante sus puntuaciones en Asignación de Personal (Asig), Relaciones Enfermera-Médico (REM), y Calidad del Cuidado de Paciente (EECC). Normalmente, esas unidades son muy complicadas y además, a veces no están adecuadamente suministradas en cuanto a personal se refiere, haciendo que las relaciones laborales se tornen todavía más difíciles (Schmalenberg et al., 2005a, 2005b, [23], [24]). El hecho de que las enfermeras asignadas a las unidades quirúrgicas hayan reportado puntuaciones menores, tanto en Satisfacción General en el Trabajo (SGT), así como en Evaluación de Enfermería de la Calidad del Cuidado de paciente (EECC), en comparación con enfermeras laborando en otras unidades especializadas, sugiere que los esfuerzos de investigación deben ser enfocados hacia tales unidades. Por lo tanto, el análisis de los ambientes laborales en las unidades que reportaron altas puntuaciones en la EMII debe ayudar a la identificación de las estructuras y prácticas que propiciaron esas condiciones laborales productivas y satisfactorias, para entonces extrapolar esas estructuras y prácticas hacia otras unidades, incluyendo la quirúrgica.

Se encontró que algunos reactivos de las sub-escalas Compañeros Clínicamente Competentes (CCC), y Apoyo para la Educación (Apo) aportan fuertemente al mismo factor, sugiriendo que, más estudios, observaciones y análisis de datos son necesarios para entender los componentes, similitudes y diferencias entre estos procesos.

Un excelente ambiente de trabajo hospitalario es aquel que está provisto de las estructuras, prácticas, y gente correctas, y que por lo tanto permite que las enfermeras puedan hacer las cosas correctas. Los resultados de este estudio muestran que la escala EMII tiene validez y confiabilidad para estimar la calidad del ambiente laboral de la práctica de Enfermería.

Aceptado para publicación en Agosto 15, 2007.

Claudia Schmalenberg, MSN, RN, Health Science Research Associates, Tahoe City, CA 85219 (claudializ@juno.com)

Tabla 1: Significancia de las diferencias en Características Demográficas y Laborales de las Enfermeras en sub-grupos de Hospitales Magneto y de Comparación:

Educación	Muestra magneto		Muestra comparación		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enfermera técnica	1888	27.1b	1096	34.3b	2984	29.4
Diploma en enfermería	873	12.5	341	10.7	1214	12
Licenciada en enfermería	3321	47.7	1490	46.7	4811	47.4
Maestría en enfermería	766	11b	197	6.2b	963	9.5
Doctorada en enfermería	102	1.5	6	0.2	108	1.1

Experiencia

3 años o menos	1100	15.9	513	16.5	1613	16.1
De 3 a 5 años	689	10	308	9.9	997	10
De 5 a 10 años	1246	18	532	17.1	1778	17.8
De 10 a 15 años	952	13.8	439	14.1	1391	13.9
De 15 a 20 años	812	11.8	351	11.3	1163	11.6
De 20 a 30 años	1459	21.1	672	21.6	2131	21.3
Más de 30 años	652	9.4	291	9.4	943	9.4

Turno usualmente laborado

12 horas diurno	2065	29.6b	1098	35.2a	3163	31.3
12 horas nocturno	1571	22.5	641	20.6	2212	21.9
8 a 10 horas diurno	1776	25.5	783	25.1	2559	25.4
8 a 10 horas vespertino	657	9.4b	137	4.4b	794	7.9
8 a 10 horas nocturno	132	1.9	63	2	195	1.9
Rota turnos c (PRN??)	726	10.4	380	12.2	1106	11
	51	0.7	13	0.4	64	0.6

Unidad clínica

Médico quirúrgico general	700	9.8	303	9.3	1003	9.6
Especialidades médicas	1295	18.1b	450	13.9b	1745	16.8
Especialidades quirúrgicas	893	12.5b	275	8.5b	1168	11.2
Cuidado crítico	1331	18.6b	690	21.3b	2021	19.4
Pediatría	126	1.8	81	2.5	207	2
Obstetricia	468	6.5	258	8	726	7
Psiquiatría	126	1.8	91	2.8	217	2.1
Paciente externo	1367	19.1	587	18.1	1954	18.8
Operaciones o post-anestesia	724	10.1	343	10.6	1067	10.3
Emergencia o urgencias	83	1.2	139	4.3	222	2.1

a = diferencias en tamaños de muestra son debidas a datos perdidos (de 2% en unidad clínica a 19% en experiencia)

b = Diferencias entre sub-muestras Magneto y Comparación determinadas por chi-cuadrada $p \leq .000$.

c = Rota turnos incluye 8, 10 ó 12 horas a cualquier hora.

Tabla 2: Significancia de Diferencias en 8 Factores EMII, Puntuaciones Totales de EMII: Indicadores entre Enfermeras in Hospitales Magneto (18) y Comparación (16): ANOVA.

Variables (Factores o Esenciales)	Suma cuadrados	G. libertad	Cuadr. med.	F	p
Apoyo para Educación (Apo)					
Entre grupos	5.414	1	5.414	19.293	0.000
Intra grupos	8.980	32	0.281		
Total	14.394	33			
Relación Enfermera-Médico (REM)					
Entre grupos	32.960	1	32.960	14.446	0.001
Intra grupos	73.014	32	2.282		
Total	105.974	33			
Trabajar con Compañeros Clínicamente Competentes (CCC)					
Entre grupos	7.479	1	7.479	19.839	0.000
Intra grupos	12.064	32	0.377		
Total	19.543	33			
Autonomía Clínica (Auto)					
Entre grupos	275.089	1	275.089	27.735	0.000
Intra grupos	317.391	32	9.918		
Total	592.480	33			
Control Sobre Práctica de Enfermería (CPE)					
Entre grupos	437.987	1	437.987	54.340	0.000
Intra grupos	257.922	32	8.060		
Total	695.909	33			
Asignación Adecuada de Personal (Asig)					
Entre grupos	23.872	1	23.872	25.412	0.000
Intra grupos	30.061	32	0.939		
Total	53.934	33			
Valores Centrados en Paciente (Val)					
Entre grupos	49.642	1	49.642	35.365	0.000
Intra grupos	44.919	32	1.404		
Total	94.561	33			
Apoyo Administrativo Enfermeras (AAE)					
Entre grupos	8.630	1	8.630	9.627	0.004
Intra grupos	28.685	32	0.896		
Total	37.315	33			
Satisfacción con Trabajo Profesional					
Entre grupos	4033.596	1	4033.596	47.141	0.000
Intra grupos	2738.039	32	85.564		
Total	6771.635	33			
Satisfacción General con Trabajo (SGT)					
Entre grupos	3.487	1	3.487	17.925	0.000
Intra grupos	6.225	32	0.195		
Total	9.712	33			
Evaluación de Enfermería de la Calidad de Cuidado (EECC)					
Entre grupos	3.189	1	3.189	21.202	0.000
Intra grupos	4.813	32	0.150		
Total	8.001	33			

Tabla 3: Porcentaje de Respondientes en Hospitales Magneto y Comparación Calidad de Cuidado Evaluado por las Enfermeras y Satisfacción General con Trabajo

Indicador	Calidad de cuidado	% Hospital Magneto	% Hospital Comparación	Satisfacción Gral. con Trabajo	% Hospital Magneto	% Hospital Comparación
1.0 - 2.0	Peligrosamente baja	0.80	1.30	Es terrible	3.00	1.60
2.5 - 4.0		4.30	8.10		13.90	23.90
4.5 - 6.0	Segura pero no mucho	11.30	18.00	Estoy satisfecha	21.30	25.70
6.5 - 8.0		35.00	40.40		36.60	33.40
8.5 - 10	Muy alta calidad	48.60	32.20	Me encanta	25.20	15.40

Tabla 4: Resultados de Análisis Factorial Confirmatorio

Sub-escalas y sus componentes factoriales	Carga	Sub-escalas y sus componentes factoriales	Carga
Valores Centrados en Paciente (Val)		Autonomía Clínica (Auto)	
La organización es conducida por valores y estos son conocidos y compartidos	0.676	Esferas de práctica únicas o coincidentes o compartidas	0.632
Alto desempeño y productividad son esperadas	0.639	Riesgosa, miedo a caer en problemas	0.612
Preocupación por el panorama del paciente	0.633	Sabe que Admon. Enemf. quiere que tomemos decisiones	0.596
Todas las contribuciones son valuadas	0.628	Admon. sanciona la autonomía clínica de enfer. Asignada	0.579
Trabajo de equipo inter e intra disciplinario	0.625	Debe obtener permiso antes tomar decisiones	0.573
Cambios anticipativos proactivos	0.621	Práctica basada en evidencia	0.552
Costo es importante, pero el paciente es primero	0.620	Inhibición reglas burocráticas	0.533
Trasmite los valores culturales	0.605	Responsabilidad positiva	0.511
La gente es entusiasta	0.522	Debe hacer cosas contra juicios mejores	.270b
La organización toma acciones rápidas	0.454	Asignación Adecuada de Personal (Asig)	
Tratar cosas nuevas	0.384	Personal adecuado para cuidado de calidad	0.806
Trabajar con enfermeras clínicamente competentes	.425a	Afecta satisfacción de trabajo enfermera	0.791
Apoyo Administrativo a Enfermería (AAE)		No suficiente aun si todas posiciones llenas	0.669
Facilita trabajo en equipo	0.787	Trabajo de equipo ayuda adecuacia de asignación	0.656
Lleva valores de unidad y organización	0.755	Adecuado para cuidado seguro	0.540
Resuelve conflictos enfermera-médico	0.733	Debe variar cuidado pero el personal no es suficiente	0.220
Provee recursos necesarios	0.704	Relaciones médico-enfermera (REM)	
Sanciona/apoya práctica clínica autónoma	0.703	Colaborativas deseando cooperar	0.771
Retroalimentación constructiva	0.511	Colegiales: médicos tratan enf como iguales	0.727
Hace posible atender seminarios	0.501	Médico enseña enfermeras	0.735
Orienta médicos a cultura y práctica unidad	0.500	Enf influye en médico	0.619
Control de Práctica de Enfermería (CPE)		Negativas: frustrante y hostiles	0.411
Toma decisiones para políticas de práctica	0.694	Amistosamente extrañas: formales	.069b
Políticas y asuntos de personal	0.623	Compañeros Clínicamente Competentes (CCC) y Apoyo para Educación (Apo)	
Reconocimiento por médicos y administradores	0.619	Grado de educación es evidencia de competencia	0.666
Estructura de toma decisiones visión compartida	0.577	Certificado nacional es evidencia de competencia	0.629
No control sobre práctica	0.559	Alta competencia es recomendada	0.517
Administración y otros deciden asuntos de enf.	0.563	Apoya atender programas de certificación	0.434
Resultados efectivos validan estructura	0.525	Asistencia financiera en tiempo libre	0.545
Control a nivel unidad pero no depto	.056b	Pocas recompensas por buscar educación	0.434
		Enf buscando educ es valorado en org	0.384
		Trabaja con otras enf clinic competentes	0.370

Tabla 5: Alfas, Medias, DS, entre Hospitales Magneto y Comparación con datos de EMII 2003 y 2006.

Escla EM	16 Hospitales Magneto 2003	Alfas 2005-2006	DS Promedio Magnetos	EMII 2005-2006 Comparación
Compañeros Clínicamente Competentes	11.59	0.92	11.97 (0.4587)	11.03 (0.7522)
Apoyo para Educación	11.76	0.89	11.82 (0.4248)	11.02 (0.6278)
Relación Enfermera-Médico	44.15	0.83	45.18 (1.4928)	43.20 (1.5304)
Autonomía Clínica	78.59	0.97	76.38 (3.0925)	70.68 (3.2126)
Control de Práctica de Enfermería	71.63	0.89	70.56 (2.6464)	63.37 (3.0426)
Apoyo Administrativo de Enfermería	no comparable	0.94	23.13 (0.9707)	22.12 (0.9190)
Valores Centrados en el Paciente	31.85	0.90	31.75 (1.2464)	29.33 (1.1108)
Asignación Adecuada de Personal	no comparable	0.88	16.23 (1.0416)	14.55 (0.8801)
Satisfacción con Trabajo EM Total	no comparable	0.96	286.51 (9.1687)	264.68 (9.3414)

Tabla 6: Correlación entre Procesos Esenciales, Puntuación Total en EM, SGT, y EECC

Proceso Esencial	Apo	REM	CCC	Auto	CPE	Asig.	Val.	AAE	EM	SGT
Apo	1									
REM	0.352	1								
CCC	0.565	0.311	1							
Auto	0.517	0.406	0.494	1						
CPE	0.502	0.321	0.539	0.623	1					
Asig.	0.394	0.294	0.399	0.428	0.440	1				
Val.	0.527	0.366	0.631	0.569	0.614	0.510	1			
AAE	0.608	0.342	0.559	0.678	0.573	0.459	0.632	1		
EM	0.652	0.582	0.665	0.862	0.844	0.593	0.763	0.784	1	
SGT	0.476	0.362	0.454	0.489	0.457	0.531	0.574	0.537	0.609	1
EECC	0.365	0.310	0.421	0.403	0.383	0.579	0.524	0.445	0.525	0.620

Todos los coeficientes de correlación son significativos a nivel $\leq .01$ (dos colas). **Apo** = apoyo para educación; educación; **REM** = relación enferm.-méd.; **CCC** = compañeros clínicamente competentes; **Auto** = autonomía clínica; **CPE** = control práctica enfermería; **Asig** = percepción asignación adecuada de personal; **Val** = valores culturales centrados en el paciente; **AAE** = apoyo administrativo a enfermeras; **EM** = total de la escala EM; **SGT** = satisfacción general con el trabajo; **EECC** = evaluación de enfermeras con calidad de cuidado.

Tabla 7: Localización de Diferencias Significativas en los 8 Factores Esenciales e Indicadores Específicos de Resultados por Educación, Experiencia, y Unidad Clínica.

	Grupo con puntuación significativamente mayor (a)	Grupo con puntuación significativamente menor (a)
Educación		
Grado Asociado a Enfermería		Todos excepto AAE
Diploma en Enfermería	REM, Asig, SGT, EECC	
Licenciatura	Auto, CPE, Asig, EECC	
Maestría o mayor	Todos excepto REM, AAE, SGT	
Media armónica (b) = 1,662.204		
Experiencia		
3 años o menos	Todos excepto REM y Asig	REM, Asig
De 3 a 5 años	Auto, CPE	REM, Asig, Val, y EECC
De 5 a 10 años		Todos excepto Apo y Asig
De 10 a 15 años		Todos excepto Asig, Val, y EECC
De 15 a 20 años		CPE, Val, AAE
De 20 a 30 años	REM, Asig, EECC	
Más de 30 años	Todos excepto CPE	
Media armónica (b) = 1,321.687		
Unidad Clínica		
Médico-Quirúrgica general	Apo, CCC, CPE, Val, AAE	REM, Asig, EECC
Especialidades médicas	Todos excepto CCC, Asig, SGT	
Especialidades quirúrgicas	Todos excepto Asig, SGT, EECC	
Cuidado crítico	REM, Asig, EECC	AAE, Auto, SGT
Pediatría ©	REM, SGT	CPE, Asig, Val
Obstetricia	SGT	
Psiquiatría		Todos excepto REM y Asig
Paciente externo	Todos excepto Apo, CPE, AAE, Val	
Sala de operación	Asig, EECC	Todos excepto Asig y EECC
Emergencias	REM	Asig, SGT, EECC
Media armónica (b) = 507.582		

Apo = Apoyo para la Educación; **CCC** = Compañeros Clínicamente Competentes; **REM** = Relación Enfermera Médico; **Auto** = Autonomía Clínica; **CPE** = Control de la Práctica de Enfermería; **Asig** = Asignación Adecuada de Personal; **Val** = Valores Centrados en el Paciente; **AAE** = Apoyo Administrativo a la Enfermería; **SGT** = Satisfacción General con el Trabajo; **EECC** = Evaluación de Enfermería sobre la Calidad de Cuidado.

(a) = el radio F fue el mismo para todas las covariantes y aquellos de Educación (F = 3.354),

Experiencia (F = 15.981), y Unidad Clínica (F = 13.435) fueron estadísticamente significativos al nivel $p \leq .000$

(b) = la media armónica de los tamaños de grupo fue usada debido a la diferencia en tamaños, y varió de

1 a 3 puntos con cada variable dependiente debido a datos perdidos.

© = las unidades pediátricas están clasificadas por especialización médica más que por edad.

Notas y Referencias

- [1] American Hospital Association (2002). *In our hands: How Hospital Leaders can build a thriving workforce*. Chicago: Author.
- [2] American Organization of Work Executives, (2006). *Principles and elements of a healthful practice/work environment*. Retrieved Feb, 11, 2007 www.aone.org
- [3] Hall, L.M. (2005). Indicators of Nurse Staffing and Quality Nursing Work Environments. In L.M. Hall (Ed), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp 1-7). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- [4] Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: transforming the work environments of nurses*. Washington, DC: The National Academy Press.
- [5] McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (1983). *Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses*. American Academy of Nursing Task Force on Nursing Practice in Hospitals, Kansas City, MO: American Nurses Association.
- [6] Kramer, M., Hafner, L.P. (1989) Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research*, 38(3), 172-177.
- [7] Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (1989). What causes job satisfaction and productivity of quality nursing care? In T. Moore, & M. Munding (Eds), *Managing the nursing shortage: A guide to recruitment and retention* (pp. 13-32). Rockville, MD; Aspen.
- [8] Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2002). Staff nurses identify essentials of magnetism. In M. McClure, & E. S. Hinshaw (Eds.), *magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses* (pp.25-59). Kansas City, MO: Academy of Nursing.
- [9] Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 1-14.
- [10] Kramer, M., Maguire P., & Schmalenberg, C. (2006). Excellence through evidence: The what, when, and where of clinical autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 36(10), 479-491.
- [11] Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Andrews, B., Burke, R., Chmielewski, L., et al. (2007a). Excellence through evidence: Structures enabling clinical autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 37(1), 41-52.
- [12] Aiken, I. H., Clarke, S.P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: crossnational findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.
- [13] Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 1-14.
- [14] Aiken, I. H., Clarke, S.P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: crossnational findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.
- [15] Ulrich, B. T., Lavandero, R., Hart, K., Woods, D., Legget, J., & Taylor, D. (2007). Critical care nurses' work environments: A baseline status report. *Critical Care Nurse*, 27(3), 68-77.

- [16] Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 1-14.
- [17] Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 1-14.
- [18] Kramer, M., & Schmalenberg, C (2005). Revising the essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 35(4), 187-197.
- [19] Kramer, M., Schmalenberg, C, Maguire, P., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L., et al., (2007b) Nurse manager support: What is it and structures and practices that promote it. In *Thiving in a Political World*. *Nursing Administration Quarterly*, 32(4), 22.
- [20] Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 1-14.
- [21] Spartley, E., Johnson, A., Sochalski, J., Fritz, M., & Spencer, W., (2000). The registered nurse population: Findings from the national sample survey of registered nurses. Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services.
- [22] Aiken, L. H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 291(12), 1617-1622.
- [23] Schmalenberg, C., Kramer, M., King, C., Krugman, M., Lund, C., Poduska, D., et al. (2005a). Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 1. *Journal of Nursing Administration*, 35(10), 450-458.
- [24] Schmalenberg, C., Kramer, M., King, C., Krugman, M., Lund, C., Poduska, D., et al. (2005b). Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 2. *Journal of Nursing Administration*, 35(11), 507-514.



ENEEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T6**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Efectos de la Exposición a la Violencia en la Salud de Adolescentes Urbanos

Fredland NM.; Campbell JC.; Han H.

Effect of Violence Exposure on Health Outcomes Among Young Urban Adolescents Nursing Research.

2008; 57(3):157-165.

Efectos de la Exposición a la Violencia en la Salud de Adolescentes Urbanos.

Nina M. Fredland, PhD, Assistant Professor, School of Nursing, University of Texas at Austin.

Jacquelyn C. Campbell, PhD, Professor, School of Nursing, Johns Hopkins University.

Haera Han, PhD, RN, Assistant Professor, School of Nursing, Johns Hopkins University.

Antecedentes:

Los jóvenes están expuestos a muchas formas de violencia, por lo que es necesario incrementar los conocimientos con respecto a sus efectos directos, indirectos y acumulativos.

Objetivo:

Explorar las asociaciones e impactos de diversas formas y niveles de exposición de violencia sobre el estado físico y mental de un estrato de adolescentes urbanos.

Breve panorama:

Las experiencias y respuestas de los jóvenes ante la exposición a violencia fueron examinadas en tres entornos: comunidad, familia, y entre compañeros. La muestra se formó con 309 adolescentes (42% muchachos) casi todos afro-americanos cursando el primero o segundo año de la secundaria. Más del 80% dijeron que en alguna ocasión habían tenido novio o novia.

Palabras clave: adolescente, salud, comportamiento social, violencia.

Niños y Adolescentes expuestos a la violencia: un primer acercamiento:

Los niños expuestos a la violencia familiar se encuentran en mayor riesgo de convertirse en perpetradores de distintas formas de violencia; por ejemplo, cuando se encuentran entre los mutuos ataques de sus padres (Straus & Gelles, 1990 [1], Edleson, 1999 [2]). Por su parte, los jóvenes también están expuestos a diversas formas de violencia; por ejemplo entre compañeros, cuando son objeto de burlas en la escuela (Pepler et al., 2006 [3]). Sea de cualquier forma, hay evidencias de que la exposición acumulativa a la violencia tiene efectos muy negativos sobre el comportamiento de los adolescentes (O'Keefe, 1997

[4]). El propósito principal de nuestro estudio fue explorar algunas asociaciones y efectos que tuvo la violencia sobre un estrato de adolescentes dentro de 3 contextos: comunidad, familia, y entre compañeros.

Algunos datos sobre violencia:

En la encuesta “Youth Risk Behavior Surveillance Survey”, una muestra nacionalmente representativa de jóvenes de secundaria, se reportó que: 43.4% de los muchachos y 28.1% de las muchachas habían admitido haber estado involucrados en riñas durante los pasados 12 meses; que 29.8% habían sufrido daños en propiedad ajena mientras estaban en la escuela; que 6% no habían asistido regularmente a clases durante el mes previo debido a que temían por su seguridad dentro de las escuelas; que las minorías (afro-americanos e hispanos) habían sido las más afectadas; y que casi todos habían presenciado golpizas (Centres for Disease Control and Prevention, 2006 [5], Stein, Jaycox, & Katoda, 2003 [6]).

En otro estudio, sobre adolescentes entre 7 y 15 años, se reportó que: 78.4% de los chicos de bajos ingresos habían reportado haber presenciado cómo golpeaban a alguien; que 30% habían presenciado apuñalamientos; y que 26.3% habían presenciado disparos (Bell & Jenkins, 1993 [7]); además, éstos mismos investigadores estudiaron un segundo grupo de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad y encontraron que: 55% habían visto robos; que 35% habían atestiguado disparos; y que 24% habían presenciado homicidios.

En la encuesta National Youth Survey (n = 468), sobre una población de jóvenes de entre 11 y 17 años, se reportó que 27% habían sido golpeados por alguien aparte de sus padres (Fagan, 2003 [8]).

Estimaciones conservadoras considerando familias con dos niños por hogar sugieren que, 3 millones de niños y jóvenes entre los 3 y los 17 años están expuestos a la violencia familiar (Fantuzzo & Mohr, 1999 [9]); Straus, 1979 [10]).

Dos formas de violencia encontradas comúnmente entre compañeros son las burlas y la violencia por noviazgo. (Nansel et al., 2001 [11]) estimaron que las tasas de prevalencia de violencia por burlas podían estar entre 29% y 76%. En otro estudio, (Glass et al., 2003 [12]) reportaron tasas de prevalencia de violencia por noviazgo de entre 9% y 46%. Por su parte (Foshee, 1996 [13]; Halpern, Oslak, Young, Martín, & Kupper, 2001 [14]; Malik, Sorenson, & Aneshensel, 1997 [15]), en diversas investigaciones con adolescentes de todas las edades reportaron tasas de prevalencia de violencia física y sexual de entre 30% y 39.4%.

Para entender la violencia que surge durante la segunda década de la vida es necesario analizar lo que sucede con los muchachos desde edades más tempranas (Patterson, Forgatch, Yoerger, & Stoolmiller, 1998 [16]). Por ejemplo, la violencia en forma de burlas, eventualmente se transforma en violencia por noviazgo, y éstas burlas van exponiendo la integridad del desarrollo conductual del adolescente (Pepler et al., 2006 [17]). Las propuestas resultantes de este estudio fueron congruentes con los objetivos propuestos en la agenda Healthy People 2010 (U.S. Department of Health and Human Services, 2007 [18]) que clama por la reducción de daños y lesiones que los adolescentes sufren debido a la violencia.

En sus investigaciones, (Edleson, 1999 [19]) reportó tasas de prevalencia de violencia intra-familiar desde el 30% hasta el 60%. En otro estudio con jóvenes de 2do y 3ro de secundaria (n = 1,291) (Foshee, Benefield, Ennett, Bauman, & Suchindran, 2004 [20]) reportaron que tener un amigo que había experimentado violencia por noviazgo, en cierto grado

predecía el sufrimiento de esa misma forma de violencia. En otros estudios nacionales, se encontraron asociaciones entre los comportamientos físicamente agresivos y la violencia por noviazgo (Broidy et al., 2003 [21]). Por su parte, (Roberts y Klein, 2003 [22]) reportaron que jóvenes de ambos sexos tenían más probabilidades de perpetrar violencia si ellos a su vez habían sufrido violencia intra-familiar. En el estudio de Experiencias Adversas de la Niñez se reportó que el riesgo que tienen las muchachas de ser víctimas y los muchachos de ser perpetradores, aumenta luego de la exposición al abuso físico, sexual, y/o otras formas de violencia intra-familiar durante la niñez (Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003 [23]).

En otras investigaciones se reportaron diversos signos y síntomas incluyendo: depresión, ideación suicida, embarazos no deseados, e infecciones sexualmente transmitidas (Glass et al., 2003 [24]). Por su parte, (Foshee, Bauman, Inder, Rice, & Wilcher, 2007 [25]) concluyeron que era necesario precisar más los efectos de la violencia en ambos sexos, y apoyaron la premisa de que las exposiciones a la violencia durante la niñez tienen efectos muy negativos y que persisten durante toda la vida.

Diseño teórico:

El diseño para este estudio fue derivado de una variante fenomenológica de la teoría de los sistemas ecológicos, (PVEST) por sus siglas en inglés, en la cual, con una combinación dinámica de sistemas ecológicos, procesos y características de desarrollo, se busca predecir los impactos de la violencia sobre la salud de los adolescentes. Este diseño ofrece un marco de estudio incluyente por que considera a los adolescentes, con y desde, una perspectiva social integral. El diseño es correlacional predictivo para tratar de estimar las asociaciones entre la exposición a la violencia y los impactos sobre la salud.

Características demográficas de la muestra:

A un grupo de estudiantes de secundaria ($n = 890$) se les invitó a participar en un cuestionario de salud; 357 (40.1%) entregaron el permiso correspondiente de sus padres. No hubo diferencias demográficas significativas entre los estudiantes que fueron elegibles comparados con aquellos que no obtuvieron el permiso de sus padres. De aquellos elegibles, 95.1% completaron la encuesta satisfactoriamente y sólo se eliminaron tres registros por haber resultado muy extremos (outliers). La muestra final quedó conformada con 309 estudiantes de entre 11 y 14 años de edad.

Mediciones:

Se usaron diversos instrumentos de auto-reporte para explorar la violencia dentro de 3 contextos: comunidad, hogar, y entre compañeros. Para estimar la violencia en la comunidad, se pidió a los estudiantes reportaran mediante una escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = 1 vez, 2 = 2 veces, 3 = 3 veces, 4 = muchas veces) con respecto de eventos que habían visto u oído en su comunidad durante el año previo; el coeficiente alfa resultante fue .76. Para explorar la exposición a la violencia entre compañeros, se emplearon escalas preguntando, por ejemplo, si los jóvenes habían sido golpeados, baleados, apuñalados, ó amenazados (coeficiente alfa = .77); algunos de éstos ítems fueron adaptados del estudio "Cosas que he visto u oído" de

(Richeters & Saltzman, 1990 [26]). Para analizar la exposición a la violencia en el hogar se trató de estimar la frecuencia y gravedad de los golpes, empujones, impactos por objetos, etcétera, que los muchachos sufrían por parte de sus padres. Esta medida de 5 reactivos fue una modificación de la escala "Conflict Tactics Scale" usando la sub-escala de violencia física (Straus, 1979 [27]). El coeficiente alfa resultó ser .76. Las alternativas de respuesta fueron nunca, algunas veces, y frecuentemente.

Variables y conceptos:

La dimensión o variable adaptación fue considerada de acuerdo a (Patterson & McCubbin, 1987 [28]) como una respuesta cognitiva o de comportamiento conciente para disminuir o manejar el stress. Se usaron 9 de las 12 sub-escalas de Adolescent Coping for Problem Experiences. En su estudio, (Phuphaupul, Thanouruk, Leucha, Sirapo-ngam, & Kanobdee, 2005 [29]) siguieron la misma estrategia; mediante 40 ítems, se les preguntó a los jóvenes cómo manejaban las situaciones difíciles; por ejemplo: "cuando sufres de violencia ¿te enojas y gritas?, ¿pides disculpas?, ¿tratas de razonar con tus padres?", etcétera. Las alternativas de respuesta fueron: nunca, casi nunca, a veces, y la mayoría de las ocasiones. Los reactivos negativos fueron puntuados de forma inversa; es decir, mientras más alta era la puntuación, mayor era la respuesta de adaptación.

El concepto de salud física fue operacionalizado con ítems dirigidos a estimar los niveles de síntomas y signos físicos tales como resfriados, dolor de cabeza, dolor de estomago, fatiga, desequilibrios en el sueño, etcétera. Las alternativas de respuesta eran: nunca, casi nunca, a veces, seguido, y casi todo el tiempo. Asma y diabetes se respondían con si o no.

El concepto de salud mental fue operacionalizado usando la escala Pediatric Symptom Checklist (Jellinek et al., 1988 [30]). Se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de .77, .76, y .72 en sus respectivas sub-escalas.

El concepto de comportamiento fue operacionalizado con ítems para estimar los impactos por sufrir burlas y hostigamiento y/o ser víctimas o perpetradores de la violencia. Específicamente, la violencia por noviazgo fue estimada usando algunos reactivos de la escala Peer Dating Violence (Spencer, 1995 [31]).

También recurrimos a la escala Childhood-Adolescent Teasing Scale (Vessey, 2003 [32]), cuyos 32 ítems en 4 sub-escalas referentes a personalidad, comportamiento, ambiente escolar, y ambiente familiar se usan para estimar la situación de las víctimas de burla o acoso. El instrumento tiene buena validez y confiabilidad. En nuestra muestra, el coeficiente alfa resultó ser .94. A los jóvenes se les preguntó qué tan frecuentemente eran hostigados por otros muchachos como por ejemplo; por no saber algo en clase, por la marca de sus zapatos, etcétera. Las posibles respuestas eran nunca, algunas veces, frecuentemente, o mucho.

Los procedimientos fueron revisados y aprobados por los comités escolares correspondientes de las cuatro escuelas que otorgaron los permisos para conducir el estudio.

Acercamiento Metodológico:

Para examinar la solidez del diseño estructural, nos apoyamos en el acercamiento metodológico recomendado por (Anderson y Gerbin, 1988 [33]). Usamos el software de estadística LISREL 8.72. La exactitud del diseño fue estimada mediante análisis de tipo “maximum likelihood” usando la matriz de covarianza.

Resultados:

Se creó un índice acumulativo para identificar cualquier exposición a la violencia. Establecimos el rango de puntuación de 0 a 3. Un índice de 0 indicaba que el muchacho no se había expuesto a forma alguna de violencia. Por ejemplo, una puntuación de 1 indicaba que el estudiante había estado expuesto a por lo menos una forma de violencia, es decir, que había reportado haber sido víctima de alguna forma de violencia. Menos de 1% ($n = 18$) de toda la muestra reportó no haber estado expuestos a forma de violencia alguna, y 58% ($n = 180$) respondieron afirmativamente a por lo menos un reactivo de violencia en el hogar. También se encontró que el 76% de los estudiantes habían reportado haber estado expuestos a diversas formas de violencia en más de una ocasión.

Efectos de la violencia en la comunidad sobre la salud:

En este estudio se reportaron asociaciones bi-variadas significativas entre la existencia de violencia en la comunidad y el hecho de convertirse en una víctima mas ($r = .19, p < .01$); perpetrar tal violencia ($r = .27, p < .01$); presentar síntomas negativos ($r = .22, p < .01$); y/o buscar atención ($r = .18, p < .01$). Estos resultados son consistentes con otros. Por ejemplo, (Guerra, Huesmann, & Spindler, 2003 [34]; Jaycox et al., [35]; O’Keefe, 1997 [36]) sugirieron que la violencia en la comunidad podía desencadenar desordenes tipo stress post-traumático, depresión, y/o síntomas de externalización e internalización. En un estudio longitudinal, con una muestra de 4,458 jóvenes étnicamente variados y de edades de entre los 9 y 12 años (Guerra et al., 2003 [37]) reportaron que la exposición a la violencia en la comunidad incrementaba y retro-alimentaba la agresión. Similarmente, (Malik et al., 1997 [38]) reportaron que la exposición a la violencia en la comunidad conllevaba a otras formas de violencia. Por su parte, mediante indicadores de signos y síntomas de salud física tales como dolor de cabeza, dolor de estómago, problemas de sueño, y asma, (Bailey et al., 2005 [39]; y Cagney & Browning, 2004 [40]) reportaron una asociación inversa significativa entre la violencia en la comunidad y la salud. De acuerdo con (Bailey et al., 2005 [41]), haber presenciado violencia en la comunidad era predictor de sufrir desorden por stress post-traumático.

Efectos de la violencia en el hogar sobre la salud:

La violencia en el hogar afectó significativamente todas las rutas de asociación en nuestro modelo. La salud física y mental estuvieron fuertemente afectadas cuando el estudiante había presenciado violencia en el hogar. Este es un hallazgo importante ya que el 58% de los jóvenes en esta muestra admitieron haber estado expuestos a por lo menos una forma de violencia en el hogar. En uno de los pocos estudios que hay con muchachos afro-americanos de bajos ingresos, (Kaslow et al.,

2003 [42]) reportaron una asociación significativa entre factores de vecindad y adaptabilidad familiar; y que aunque los factores de vecindad no se asociaron fuertemente con síntomas de salud mental, el stress si se correlacionó con síntomas de internalización y externalización.

Limitaciones:

Conducir una investigación en donde los recursos están limitados, los cambios de maestros y turnos son frecuentes, a menudo falta el apoyo de los padres, y los jóvenes tienen altas tasas de expulsión, contribuye a obtener tasas de respuesta menos veraces y satisfactorias. Antes de la obtención de datos, los miembros del equipo de investigación visitaron las escuelas casi diariamente durante varias semanas para fomentar que los estudiantes obtuvieran las formas de consentimiento. Persistentes esfuerzos por parte de los administradores, maestros, y miembros del equipo de investigación lograron elevar la tasa de respuesta a 42.7%. Finalmente, el requerimiento del consentimiento parental pudo haber conllevado a sesgos en los resultados obtenidos por que aquellas familias con mayores niveles de violencia en el hogar pudieron haber negado tal consentimiento.

Aceptado para publicación en noviembre 12, 2007. Esta investigación fue apoyada por NIH/NINR Ruth L. Kirschstein National Research Service Award 1F31NR008176 y fue parte de un estudio mayor financiado como un acuerdo de cooperativa entre los Centres for Disease Control and Prevention and John Hopkins University, School of Nursing USA/CCU 3199009 (Dra. Jaquelyn Campbell, investigadora principal)

Nina M. Fredland, PhD, School of Nursing, University of Texas at Austin, 1700 Red River, Austin, TX 78701 (nfredland@mail.nur.utexas.edu)

Correlaciones Bi-Variadas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Violencia de comunidad	1	.17 **	.37 **	-0.04	0.04	.19 **	.27 **	0.09	-0.08	0.07	.22 **	.18 **	-0.06	.21 **
2 Violencia en el hogar		1	0.03	.11 *	0.09	.19 **	.18 **	0.07	-0.08	.18 **	.28 **	.17 **	0	0.05
3 Violencia personal			1	-0.01	0.06	.40 **	.32 **	.34 **	-0.07	.18 **	.33 **	.26 **	-.16 **	0.11
4 ACOPE				1	.33 **	-.14 *	-.06	.10	.12 *	.12 *	.03	.09	.17 **	-.08
5 Salud física					1	.11	.12 *	.15 **	-.03	.41 **	.26 **	.36 **	.19 **	.05
6 Víctimas por violencia de noviazgo						1	.42 **	.32 **	-.17 **	.18 **	.25 **	.15 *	-.13 *	.09
7 Perpetradores de violencia de noviazgo							1	.22 **	-.12	.28 **	.37 **	.33 **	.20 **	.11
8 CATS								1	-.10	.39 **	.27 **	.38 **	-.00	.10
9 Calificaciones									1	-.18 **	-.15 **	-.09	.08	-.16 **
10 Internalización										1	.47 **	.58 **	.17 **	.03
11 Externalización											1	.49 **	.06	.06
12 Búsqueda de atención												1	.12 *	-.01
13 Género													1	.01
14 Edad														1

ACOPE = Escala Adaptación de adolescentes a Problemas; CATS = Escala de Ostigamiento a Niños y Adolescentes.
* = p < .05, ** = p < .01

Efectos Directos Totales:

Ruta	Efecto total
Comunidad a física	0.01
Comunidad a comportamiento	0.04
Comunidad a mental	0.04
Familia a física	.15 **
Familia a comportamiento	.06 **
Familia a mental	.19 **
Personal a física	.19 **
Personal a comportamiento	.19 **
Personal a mental	.21 **
Comunidad a adaptación	-0.02
Familia a adaptación	-0.1
Personal a adaptación	0
Adaptación a física	.36 **
Adaptación a comportamiento	-0.04
Adaptación a mental	.11 **

* = $p = .05$, ** = $p < .01$

Notas y Referencias

- [1] Straus, M.A., Gelles, R.J. (1990). Physical violence in American families. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- [2] Edleson, J.L. (1999). Children's witnessing on adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 849-860.
- [3] Pepler, D.J., Craig, W.M., Connolly, J.A., Yuile, A., McMaster, L., & Jiang, D. (2006). A developmental perspective on bullying. *Aggressive Behavior*, 32, 376-384.
- [4] O'Keefe, M. (1997). Adolescent's exposure to community and school violence: Prevalence and behavioral correlates. *Journal of Adolescent Health*, 20(5), 368-376.
- [5] Centres for Disease Control and Prevention. (2006). Youth risk behavior surveillance – United States 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report. CDC Surveillance Summaries*, 55, SS-5. Retrieved from www.cdc.gov

- [6] Stein, B.D., Jaycox, L.H., & Katoda, S. (2003). Prevalence of child and adolescent exposure to community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 247-264.
- [7] Bell, C. C., & Jenkins, E.J. (1993). Community violence and children on Chicago's southside. *Psychiatry*, 56, 46-54.
- [8] Fagan, A. (2003). The short and long term effects of adolescent violent victimization experienced within the family and community. *Violence and Victims*, 18(4), 445-459.
- [9] Fantuzzo, J., & Mohr, W.K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children: Domestic Violence and Children*, 9(3), 21-32.
- [10] Straus, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75-88.
- [11] Nansel, T.R., Overpeck, M., Pilla, R.S., Ruan, W.J., Somons-Morton, B. (2001). Bullying Behaviors among US youth prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 283(16), 2094-2100.
- [12] Glass, N., Fredland, N., Campbell, J., Yonas, M, M., Sharps, P, P., & Kub, J. (2003). Adolescent dating violence: Prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 227-238.
- [13] Foshee, V.A. (Gender Differences in adolescent dating abuse prevalence, types and injuries. *Health Education Research, Theory and Practice*, 11(3), 275-286.
- [14] Halpern, C.T., Oslak, S.G., Young, M.L., Martin, S.L., & Kupper, L.L. (2001). Partner violence among adolescents in opposite-sex romantic relationships: Findings from the national longitudinal study of adolescent health. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1679-1685.
- [15] Malik, S., Sorenson, S.B., & Aneshensel, C.S. (1997). Community dating violence among adolescents: perpetrations and victimization. *Journal of Adolescent Health*, 21(5), 291-302.
- [16] Patterson, G.R., Forgatch, M.S., Yoerger, K.L., & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology*, 10, 531-547.
- [17] Pepler, D.J., Craig, W.M., Connolly, J.A., Yuile, A., McMaster, L., & Jiang, D. (2006). A developmental perspective on bullying. *Aggressive Behavior*, 32, 376-384.
- [18] U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy people 2010. (Volume II, Focus area 15). Retrieved from www.healthypeople.gov
- [19] Edleson, J.L. (1999). Children's witnessing on adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 849-860.
- [20] Foshee, V.A., Benefield, T.S., Ennet, W.T., Bauman, K.E., & Suchindran, C. (2004). Longitudinal Predictors of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence. *Preventive Medicine*, 39, 1007-1016.
- [21] Broidy, L.M., Nagin, D.S., Tremblay, R.E., Bates, J.E., Brame, B., Dodge, K.Q., et al., (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39(2), 222-245.

- [22] Roberts, T.A., & Klein, J. (2003). Intimate partner abuse and high-risk behavior in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 375-380.
- [23] Whitfield, C.L., Anda, R.F., Dube, S.R., & Felitti, V.J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(3), 166-185.
- [24] Glass, N., Fredland, N., Campbell, J., Yonas, M., Sharps, P., & Kub, J. (2003). Adolescent dating violence: Prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice, *Journal of*
- [25] Foshee, V.A., Bauman, K.e., Linder, F., Rice, J., & Wilcher, R. (2007). Typologies of adolescent dating violence perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(5), 498-519.
- [26] Richters, J., & Saltzman, W. (1990). *Survey of exposure to community violence: self-report vision*. Rockville, MD: National Institutes of Mental Health.
- [27] Straus, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75-88.
- [28] Patterson, j., & McCubin, H. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence*, 10, 163-186.
- [29] Phuphaibul, R., Thanooruk, R., Leucha, Y., Sirapo-ngam, Y., & Kanobdee, C. (2005). The impacts of the "Immune of Life" for teens module application on the coping behaviors and mental health of early adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(6), 461-468.
- [30] Jellinek, M., Murphy, J., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S., & Fenton, T. (1988). Pediatric Symptom Checklist: screening school age children for psychosocial dysfunction. *Journal of Pediatrics*, 112, 201-209.
- [31] Spencer, M.B. (1995). Old issues and new theorizing about African-American youth: A phenomenological variant of ecological system theory. In R.L. Taylor (Ed.) *African-American Youth: their social and economic status in the United States*, Westport, CT.
- [32] Vessey, J. (2003). *Development of the CATS: Child-Adolescent Teasing Scale*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Nursing Research.
- [33] Anderson, J.C., & Gerbing, D.W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423.
- [34] Guerra, N.G., Huesmann, L.R., & Spindler, A. (2003). Community violence exposure, socialcognition and agressionamong urban elementary school children. *Child Development*, 74(5), 1561-1576.
- [35] Jaycox, L.H., Stein, B.D., Kataoka, S.H., Wong, M., Fink, A., Escudero, P., et al., (2002). Violence exposure post traumatic stress disorder and depressive symptoms among recent immigrant school
- [36] O'Keefe, M. (1997). Adolescent's exposure to community and school violence: Prevalence and behavioral correlates. *Journal of Adolescent Health*, 20(5), 368-376.

[37] Guerra, N.G., Huesmann, L.R., & Spindler, A. (2003). Community violence exposure, social cognition and aggression among urban elementary school children. *Child Development*, 74(5), 1561-1576.

[38] Malik, S., Sorenson, S.B., & Aneshensel, C.S. (1997). Community dating violence among adolescents: perpetrations and victimization. *Journal of Adolescent Health*, 21(5), 291-302.

[39] Bailey, B.N., Delaney-Black, V., Hannigan, J.H., Ager, J., Sokol, R.J., & Covington, C.Y. (2005). Somatic complaints in children and community violence exposure. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(5), 341-347.

[40] Cagney, K.A., & Browning, C.R. (2004). Exploring neighborhood-level variation in asthma and other respiratory diseases. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 229-236.

[41] Bailey, B.N., Delaney-Black, V., Hannigan, J.H., Ager, J., Sokol, R.J., & Covington, C.Y. (2005). Somatic complaints in children and community violence exposure. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(5), 341-347.

[42] Kaslow, N.J., Heron, S., Roberts, D.K., Thompson, M., Guessous, O., & Jones, C. (2003). Family and community factors that predict internalizing and externalizing symptoms in low-income, African-american children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 55-68.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T7

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Medición de la Satisfacción Laboral de las Enfermeras usando la Escala McCloskey/Muller

Tourangeau AE, McGillis Hall L, Doran DM, Petch T.

Measurement of Nurse Job Satisfaction Using the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale

Nurs Res 2006; 55(2):128-36.

Medición de la Satisfacción Laboral de las Enfermeras usando la Escala McCloskey/Muller.

Ann E. Tourangueau, RN, PhD, Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of Toronto, Career Scientist, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and Adjunct Scientist, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Ontario Canada.

Linda McGillis Hall, RN, PhD, Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Toronto, New Investigator, Canadian Institutes of Health Research, Ottawa, Ontario, Canada.

Diane M. Doran, RN, PhD, Professor and Associate Dean, Faculty of Nursing, University of Ontario, Canada.

Teresa Petch, MHSc, Research Coordinator, Faculty of Nursing, University of Toronto, Ontario, Canada.

Antecedentes:

Desarrollada para identificar las recompensas que las enfermeras valoran y que las estimulan a permanecer en sus trabajos, la Escala de Satisfacción McCloskey/Muller (**MMSS**) actualmente está siendo extensivamente aplicada en la investigación y la práctica con el objeto de estimar el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras.

Objetivos:

Explorar y reportar las propiedades psicométricas de la escala MMSS con base en los datos obtenidos de una muestra de enfermeras hospitalarias de Ontario, Canada durante el 2003.

Métodos:

Los datos de una encuesta con 8,456 enfermeras fueron usados para analizar las propiedades psicométricas de la escala MMSS aplicándoles análisis factoriales confirmatorios y exploratorios. Se contrastaron la validez y confiabilidad de los nuevos factores resultantes.

Resultados:

Los ocho factores originales de la escala MMSS no pudieron ser replicados mediante los análisis factoriales confirmatorios; sin embargo, los análisis factoriales exploratorios sí produjeron un modelo similar (aunque de siete factores).

Discusión:

Desde nuestra perspectiva, quizá pudiera ser más conveniente aplicar un instrumento de 23 reactivos para estimar 7 aspectos relativos al nivel de satisfacción laboral de las enfermeras, que el instrumento original de 31 reactivos.

Palabras clave: análisis de factores, satisfacción laboral, Escala de Satisfacción Laboral McCloskey/Muller, pruebas psicométricas.

Es necesario estimar el nivel de satisfacción laboral dentro de una amplia variedad de propósitos relacionados con la investigación y la práctica de Enfermería; y para este propósito, la escala de Satisfacción Laboral McCloskey/Muller (MMSS) ha sido ampliamente usada. El propósito de nuestro estudio fue analizar algunas de las propiedades psicométricas de esta escala como resultado de su aplicación en una muestra de enfermeras laborando en hospitales de cuidado agudo de Ontario, Canada.

Desarrollo Histórico de la MMSS:

(McCloskey, 1974 [1]) estableció las bases de este instrumento con la creación de una primera escala para identificar y clasificar las recompensas e incentivos que las enfermeras valoran para permanecer en sus empleos. Esta escala inicial fue desarrollada con base en la teoría jerárquica de las necesidades de (Maslow, 1954 [2]), y en la teoría de la motivación de (Burns, 1969 [3]). A grandes rasgos, en estas teorías se propone que las necesidades son deseos fisiológicos y psicológicos, que los individuos buscan satisfacer mediante incentivos y alcanzando metas de acuerdo a prioridades específicas.

Al desarrollar su escala original, McCloskey agrupó las recompensas o metas que las enfermeras valoran en tres dimensiones:

- 01:** de Seguridad;
- 02:** Sociales;
- 03:** Psicológicas.

En la dimensión de recompensas de Seguridad se incluyeron incentivos relativos a la satisfacción con: los salarios, las prestaciones, y los horarios. En la dimensión de recompensas Sociales se incluyeron incentivos relativos a la satisfacción con: los apoyos durante la maternidad, las facilidades para el cuidado de los hijos, los apoyos de los jefes inmediatos, las relaciones con compañeros, y las oportunidades para socializar con otros colegas. En la dimensión de recompensas Psicológicas se incluyeron incentivos relativos a la satisfacción con: las responsabilidades en el trabajo, las oportunidades de desarrollo, el orgullo, y el control sobre las actividades laborales.

Este primer instrumento se constituyó con 36 reactivos que exploran las recompensas e incentivos agrupados en esas tres dimensiones. Para probar este instrumento, se encuestaron 94 enfermeras que recientemente habían renunciado a sus empleos en dos hospitales urbanos. En una de las preguntas, se les cuestionó a las enfermeras si habrían permanecido empleadas en caso de que les hubieran ofrecido más recompensas o incentivos. Aunque todas las recompensas fueron

identificadas como importantes, McCloskey reportó que los incentivos en el dominio de las recompensas Psicológicas habían sido los de mayor impacto sobre la posible retención de tales enfermeras. Posteriormente, (Mueller & McCloskey, 1990 [4]) revisaron esta escala original con la intención de desarrollar un instrumento, igualmente válido y confiable, pero que fuera más fácil de aplicar. A partir de estos análisis, 33 reactivos fueron propuestos. En la dimensión de recompensas de Seguridad se incluyeron reactivos para explorar el nivel de satisfacción con: los salarios y las prestaciones, el balance entre la familia y el trabajo, y las oportunidades para laborar siete días consecutivos. En la dimensión de recompensas Sociales, se incluyeron reactivos para explorar el nivel de satisfacción con: los apoyos de los jefes inmediatos; las relaciones con compañeros; y las oportunidades para socializar con colegas. En la dimensión de recompensas Psicológicas se incluyeron reactivos para explorar el nivel de satisfacción con: el orgullo y el reconocimiento, el control sobre las actividades del trabajo, y las oportunidades profesionales. Las respuestas a estos reactivos se calificaban de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos; desde 1: muy insatisfecha, hasta 5: muy satisfecha. Este instrumento fue aplicado a 190 enfermeras laborando en un hospital urbano. A través de análisis factoriales confirmatorios y exploratorios se produjeron 8 factores que se identificaron así:

- 01: Recompensas externas;
- 02: Horarios;
- 03: Balance entre familia y trabajo;
- 04: Compañeros de trabajo;
- 05: Oportunidad de interacción;
- 06: Oportunidades profesionales;
- 07: Orgullo y reconocimiento; y
- 08: Control y responsabilidad del trabajo.

A este instrumento se llamó la escala MMSS.

(Mueller y McCloskey, 1990 [5]) consideraron que estos 8 factores podían ser agrupados en los tres dominios de satisfacción anteriormente mencionados y sugirieron que en el dominio de incentivos de Seguridad se incluyeran: Recompensas externas, Horarios, y Balance entre familia y trabajo; en el dominio de incentivos Sociales se incluyeran: Compañeros de trabajo, y Oportunidades de interacción; y en el dominio de incentivos Psicológicos se incluyeran: Oportunidades profesionales, Orgullo y reconocimiento, y Control y responsabilidad con el trabajo. Las confiabilidades de estas 8 sub-escalas se ubicaron entre .52 y .84. La validez de criterio resultante fue parecida a la reportada en otros instrumentos similares incluyendo el *Brayfield Roth Global Satisfaction Scale* y el *Hackman and Oldham's Job Diagnostic Survey*.

Uso de la MMSS en la Investigación en Enfermería:

La MMSS es una de las herramientas más comúnmente usadas para estimar los niveles de satisfacción laboral de las enfermeras. Esta escala ha sido aplicada en diversas áreas incluyendo: salud mental (Brodell, 1996 [6]; Flannery & Van Gaasbeek, 1998 [7]); cuidados a largo plazo (Robertson, Higgins, Rozmus, & Robertson, 1999 [8]); salud pública (Cumbey & Alexander, 1998 [9]); cuidados de la salud en el hogar (Lynch, 1994 [10]); rehabilitación (Croese, 1999 [11]); establecimientos rurales (Anderko, Robertson, & Lewis, 1999 [12]); y cuidados ambulatorios (Wilkinson & Hite, 2001 [13]). Por su parte, los

administradores hospitalarios también han aplicado la MMSS para obtener información que les ayude a reclutar y retener enfermeras (Roberts, Jones, & Lynn, 2004 [14]; Tang, 2003 [15]).

A pesar de que la MMSS refleja factores que se piensa representan los valores y creencias de los habitantes de los Estados Unidos, este instrumento también ha sido aplicado en poblaciones internacionales; por ejemplo, para estimar la satisfacción laboral de las enfermeras en el medio oriente. En este estudio se concluyó que sólo 4 factores habían resultado ser lo suficientemente importantes para esas enfermeras (Abu Ajamieh, Misener, Haddock, & Gleaton, 1996 [16])

Sin embargo, aunque la MMSS ha sido ampliamente aplicada para estimar la satisfacción laboral de muchas enfermeras, (Roberts, Jones, & Lynn, 2004 [17]) sugirieron que las propiedades psicométricas del instrumento quizá no eran lo suficientemente adecuadas. Estas investigadoras aplicaron la MMSS para explorar los niveles de satisfacción laboral en muestras de enfermeras recién graduadas y empleadas en diversos establecimientos de salud, y reportaron coeficientes de confiabilidad bajos en cuatro de las 8 sub-escalas. Por lo tanto, las investigadoras concluyeron que era necesario llevar a cabo una exploración más detenida sobre las propiedades psicométricas de la escala.

En este estudio se presentan nuestros hallazgos sobre las propiedades psicométricas de la MMSS luego de su aplicación a una muestra de enfermeras canadienses.

Contexto del estudio:

El muestreo fue llevado a cabo a partir de una base de datos del *College of Nurses of Ontario*, considerando a todas las enfermeras que tenían renovación de registro en el 2003, y que se encontraban laborando en las áreas médicas, quirúrgicas, o de cuidados intensivos, de hospitales de cuidado agudo de Ontario, Canadá. A las 13,093 enfermeras elegibles se les envió la encuesta por correo a sus hogares, seguida de una tarjeta de recordatorio 10 días más tarde. A las enfermeras que no respondieron a estos cuestionarios, se les volvió a enviar la encuesta, así como la tarjeta de recordatorio, cuatro semanas más tarde.

El Estudio Global:

La encuesta *Ontario Nurse Survey* del 2003 se formó con las siguientes secciones:

- 01:** Lugares donde habían trabajado.
- 02:** Calidad del cuidado ofrecido al paciente.
- 03:** Intenciones de carrera.
- 04:** Historial de lesiones.
- 05:** Sentimientos sobre el "burn-out".
- 06:** Condición de sus ambientes laborales.
- 07:** Procesos de alta de pacientes.
- 08:** Información demográfica.

y

09: Satisfacción laboral.

Para la recolección de los datos de esta encuesta, se aplicaron diversos instrumentos psicométricos incluyendo:

el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), un instrumento validado y estable formado con 22 reactivos tipo Likert de 7 puntos que se utiliza para estimar el nivel de “burn-out” explorando componentes como la fatiga emocional, la despersonalización, y los logros personales, (Maslach, Jackson, & Leitner, 1996 [18]);

y el *Revised Nursing Work Index* (NWI-R), un instrumento de 49 reactivos tipo Likert de 4 puntos, que se utiliza para explorar componentes relativos al ambiente de la práctica profesional de Enfermería incluyendo: el apoyo de la enfermera en jefe; la participación de las enfermeras en los asuntos hospitalarios; las bases de Enfermería para alcanzar la calidad en el cuidado; la asignación adecuada de personal y recursos; y las relaciones entre enfermeras y médicos (Lake, 2002 [19]), y cuya validez, confiabilidad, y formas de calificar ya han sido bien documentadas (Estabrooks et al., 2002 [20]).

Para la sección de satisfacción laboral de este gran estudio, se aplicó la *MMSS* que, como ya se había mencionado, explora los factores: recompensas externas; horarios; balance entre familia y trabajo; compañeros de trabajo; oportunidades de interacción; oportunidades profesionales; orgullo y reconocimiento; y control y responsabilidad (McCloskey & McCain, 1987 [21]; Mueller & McCloskey, 1990 [22])

Muestra:

De las 13,093 enfermeras consideradas, 8,456 (65%) respondieron a todo el cuestionario. Estas respondientes se encontraban laborando en 105 diferentes hospitales, de los cuales: 14 incluían instalaciones para la enseñanza; 40 eran de tipo comunitario y grandes; y 51 eran de tipo comunitario y de tamaño medio. La tabla 1 incluye datos sobre edad, años de experiencia, porcentaje de enfermeros, porcentaje laborando tiempo completo, porcentaje laborando turnos de 12 horas, y porcentaje de licenciadas.

Análisis:

Nosotros usamos la versión 11.5 del SPSS, y nos enfocamos sobre dimensionalidad, validez, consistencia interna, y confiabilidad del instrumento.

Llevamos a cabo un análisis factorial confirmatorio con componentes principales y rotación varimax para examinar la dimensionalidad de los datos. Debido a que no se pudieron reproducir los 8 factores propuestos por Mueller y McCloskey en 1990, procedimos a analizar de forma exploratoria: Aplicamos tres criterios para la inclusión de los reactivos. Primero: los reactivos debían tener una carga factorial de por lo menos .50 (ortogonalmente, la carga factorial expresa correlación entre el reactivo y la dimensión subyacente; y es a través del examen de estas cargas que es posible vislumbrar cuáles reactivos se asocian más con cada uno de los factores (Polit & Beck, 2004 [23]; Streiner & Norman, 2003 [24])). Segundo: para obligar a que la estructura factorial se ajustara a los datos, si un reactivo resultaba involucrado con cargas de más de .30 en dos factores, el

reactivo se eliminaba de ambos factores. Tercero: los reactivos asociados con los factores debían tener sentido conceptual e interpretativo; por lo tanto, cualquier reactivo que resultaba ser incongruente con el factor correspondiente, automáticamente era omitido. Estos criterios de inclusión son consistentes con las sugerencias metodológicas propuestas por (Streiner & Norman, 2003 [25]; Tourangeau & McGilton, 2004 [26]). En general, la validez de los factores puede ser explorada probando las correlaciones hipotéticas entre las nuevas sub-escalas con las medidas de constructos teóricamente relacionados. Pero también, esta validez puede explorarse probando la capacidad de los factores resultantes para predecir el constructo supuestamente asociado (en nuestro caso, las intenciones de las enfermeras para permanecer empleadas).

Resultados e interpretación:

Dimensionalidad:

Cuatro de los 31 reactivos no cargaron sobre factor alguno (los reactivos 4, 10, 31, y 23). 9 de los 31 reactivos cargaron doble en dos factores (los reactivos 7, 14, 16, 17, 20, 24, 25, 26, y 29). Debido a que el análisis factorial confirmatorio no replicó la estructura de 8 factores de la escala original, llevamos a cabo un análisis factorial exploratorio que produjo siete factores con valores eigen mayores de 1 (tabla 3). Estos siete **nuevos factores** explicaron el 57.9% de la varianza. 26 de los 31 reactivos tuvieron cargas de por lo menos .50 y también se ajustaron conceptualmente con alguno de los 7 nuevos factores. La tabla 4 contiene un resumen de estos 7 nuevos factores incluyendo los valores eigen y la cantidad de varianza explicada. El **nuevo factor 1**, “satisfacción con las condiciones de trabajo y el apoyo del supervisor”, explicó el **13.34%** de la varianza. Los seis reactivos que constituyeron este nuevo factor se encuentran en las dos sub-escalas originales de la MMSS: “satisfacción con el orgullo y el reconocimiento” y “satisfacción con el control y responsabilidad del trabajo.” El **nuevo factor 5**, “satisfacción con oportunidades escolares”, explicó el **7.40%** de la varianza. Este nuevo factor se constituyó con dos reactivos asociados al factor original de la MMSS: “satisfacción con las oportunidades profesionales.” Tres de los nuevos factores reflejaron la satisfacción de las enfermeras con las recompensas de seguridad: el **nuevo factor 2**, “satisfacción con el horario”, explicó el **10.69%** de la varianza y se constituyó con cuatro de los seis reactivos de la sub-escala original “satisfacción con el horario”. El **nuevo factor 6**, “satisfacción con el salario y las prestaciones”, se constituyó con los mismos reactivos de la sub-escala original: “satisfacción con las recompensas extrínsecas.” El **nuevo factor 7**, “satisfacción con el apoyo para las responsabilidades familiares”, se constituyó con dos de los tres reactivos de la sub-escala original de la MMSS, “satisfacción con el balance entre la familia y el trabajo”; este nuevo factor 7 explicó el **4.13%** de la varianza. La estructura del nuevo factor 7 resultó controversial por que se constituyó con dos reactivos únicamente (el 11 y el 12), que además tuvieron direcciones opuestas en sus cargas factoriales (.711 y -.706) sugiriendo que los respondientes que habían reportado estar satisfechos con los beneficios maternos también respondieron haber estado insatisfechos con los servicios hospitalarios para el cuidado de los hijos. Esta situación aparentemente paradójica es congruente en el Canadá, por qué los residentes canadienses tienen acceso hasta 1 año de cuidados maternos pagados, pero no así, cuando los hijos son mayores. Los otros nuevos factores reflejaron satisfacción con las recompensas sociales. El **nuevo factor 3** “satisfacción con las oportunidades sociales y de interacción” se constituyó con tres de los cuatro reactivos de la sub-escala original de la MMSS, “satisfacción con oportunidades de interacción”. El **nuevo factor 4**, “satisfacción con las relaciones académicas y el reconocimiento”, se formó con los mismos dos reactivos de la sub-escala original “satisfacción con los co-trabajadores”, y con un reactivo adicional relativo al reconocimiento de los colegas.

Las correlaciones entre las sub-escalas variaron de .21 a .66. Las correlaciones entre los nuevos factores variaron de -.01 a .50 (tabla 05). Como se esperaba, los nuevos factores del 1 al 6 resultaron moderada y positivamente correlacionados entre sí (de .20 a .50). Las correlaciones entre los nuevos factores 1 a 6 y el nuevo factor 7 fueron más discretas (-.11 a .04).

Pruebas de Validez:

Para examinar la validez de los 7 nuevos factores, analizamos sus asociaciones con las sub-escalas de la MBI y la NWIR.

Primero hipotetizamos que las enfermeras que reportaron haber experimentado mayor “burn-out”, tenían mayores probabilidades de haber reportado menor satisfacción laboral. Se esperaba que los factores correspondientes de la MMSS estarían moderada e inversamente correlacionados con las sub-escalas de fatiga emocional y despersonalización de la MBI, y positivamente correlacionados con la sub-escala de logros personales de la MBI. Se hipotetizó que el “burn-out” producto del trabajo estaría asociado con altos niveles de fatiga emocional, profundos sentimientos de despersonalización, y con bajos niveles de sensación de logro personal (Maslach, Jackson, & Leitner, 1996 [27]). Para llevar a cabo este análisis, también consideramos las evidencias reportadas por (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002 [28]; Fletcher, 2001 [29]; Greenglass, Burke, & Fiksenbaum, 2001 [30]). Estos análisis se muestran en la tabla 6.

Posteriormente hipotetizamos que las enfermeras que trabajaban en ambientes más sólidos, y caracterizados por la presencia de jefas capaces y colaborativas, la asignación adecuada de recursos y personal, y por relaciones de trabajo de tipo académicas, experimentarían mayores niveles de satisfacción laboral. Por lo tanto, esperábamos que tres de las sub-escalas de la NWI-R que exploran el ambiente de la práctica profesional de Enfermería se encontrarían moderadamente correlacionadas con los nuevos factores: “habilidad y apoyo de la enfermera en jefe”, “asignación adecuada de recursos y personal”, y “relaciones académicas entre médicos y enfermeras”. Esta información se muestra en la tabla 6. Encontramos correlaciones positivas y moderadas (desde .19 a .73) entre los primeros seis nuevos factores MMSS y 3 de las sub-escalas NWI-R que exploran la condición del ambiente de la práctica ($p < .0001$).

La validez de los nuevos factores MMSS también fue evaluada explorando si estos factores podían predecir la intención de las enfermeras de permanecer empleadas. Estos razonamientos son congruentes con algunos investigadores quienes han propuesto que la satisfacción laboral es el predictor más importante para tal intención (Lu, Lin, Wu, Hsieh, & Chang, 2002 [31]; Shader, Broome, Broome, West, & Nash, 2001 [32]; Sourdif, 2004 [33]). A las enfermeras encuestadas se les pidió reportar a través de una escala de 4 puntos; desde 1 (muy poco probable) hasta 4 (muy probable), qué tan factible era que continuaran laborando en sus actuales hospitales hasta el retiro. Un análisis de regresión múltiple con las 7 nuevas sub-escalas de la MMSS fue usado para explorar la intención de las enfermeras de permanecer empleadas. Este modelo explicó el 25% de la varianza sobre tal intención, $F = 238.88$, $p < .0001$; y 5 de los 7 nuevos factores fueron predictores estadísticamente significativos con respecto a la intención de las enfermeras por permanecer empleadas (los nuevos factores 1, 4, 5, 6 y 7).

Examen de Confiabilidad:

En este estudio, los coeficientes internos de confiabilidad resultaron dentro del rango de .29 a .84. Tres de las sub-escalas tuvieron coeficientes de confiabilidad bajos: “satisfacción con recompensas externas” (.67), “satisfacción con el balance

entre familia y trabajo” (.29), y “satisfacción con los co-trabajadores” (.56). Estos bajos coeficientes de confiabilidad son parecidos a los que originalmente reportaron Mueller y McCloskey. Los coeficientes se muestran en la tabla 4.

Discusión:

A diferencia de la estructura original de 8 factores y 31 reactivos propuesta por Muller y McCloskey, nosotros identificamos una estructura de 7 factores reflejados mediante 23 reactivos. No obstante esta diferencia, nuestro modelo de 7 factores es conceptualmente consistente con las bases teóricas de la MMSS original. Las 3 dimensiones de incentivos (de Seguridad, Sociales, y Psicológicos) propuestas por Muller y McCloskey, también son distinguibles dentro de esta nueva estructura de 7 factores. En la dimensión de recompensas de Seguridad se incluyeron incentivos relativos a la satisfacción de las enfermeras con los horarios, los salarios, las prestaciones, y el apoyo en las responsabilidades familiares; juntos, estos componentes explicaron el 21.66% de la variación total en la satisfacción laboral de las enfermeras. En la dimensión de recompensas Sociales se incluyeron incentivos relativos a la satisfacción de las enfermeras con las oportunidades de interacción, y las relaciones académicas; juntos, estos componentes explicaron el 15.44% de la variación total en la satisfacción laboral de las enfermeras. Finalmente, en la dimensión de recompensas Psicológicas se incluyeron incentivos relativos a la satisfacción de las enfermeras con las condiciones de trabajo y el apoyo del supervisor, y las oportunidades escolares; juntos, estos componentes explicaron el 20.74% de la variación total en la satisfacción laboral de las enfermeras. En ese estudio, se reportó que las recompensas de Seguridad habían explicado la mayor parte de la varianza con respecto a la satisfacción laboral, seguidas de las recompensas psicológicas, y finalmente de las recompensas sociales.

La validez de los **7 nuevos factores** de la MMSS fue constatada a través de pruebas de hipótesis y exámenes de validez predictiva. Con la excepción del nuevo factor 7, se encontraron asociaciones entre todos los factores y las sub-escalas de la MBI y la NWI-R. Aplicando análisis de regresión múltiple, los 7 nuevos factores, junto con la variable edad de las enfermeras, pronosticaron el 25% de la varianza en las intenciones de las enfermeras de permanecer empleadas en sus respectivos hospitales. A pesar de que estos 7 nuevos factores demostraron que las propiedades psicométricas de la escala eran relativamente adecuadas en términos de validez y confiabilidad, el instrumento aún mostró algunas debilidades, particularmente con respecto a la baja consistencia interna. La consistencia interna se refiere a la extensión con la cual un instrumento y sus sub-escalas miden el mismo rasgo (Polit & Beck, 2004 [34]). Interesantemente, en el instrumento MMSS original de (Muller & McCloskey, 1990 [35]), también se reportaron confiabilidades bajas. Los bajos coeficientes de confiabilidad representan un reto por que el criterio mínimo de confiabilidad para cualquier sub-escala normalmente se establece en .70., y generalmente un instrumento no se aplica cuando los coeficientes de confiabilidad caen por debajo de ése criterio. Por esta razón, es necesario que la MMSS siga siendo depurada para lograr mayor confiabilidad interna en sus sub-escalas. De acuerdo con (Streiner y Norman, 2003 [36]), diversas estrategias pueden ser implementadas para promover mayor consistencia interna entre los reactivos de las sub-escalas de un instrumento de medición en Enfermería; por ejemplo, re-validar y explorar constructos y reactivos adicionales relacionados con informantes clave de Enfermería para asegurar que los términos usados estén actualizados (“apoyo a padres de familia” en vez de “apoyo maternal”); que se use la mínima pero suficiente cantidad de palabras; que se omitan las redacciones tendenciosas, etcétera.

Existen algunas explicaciones con respecto a las diferencias encontradas entre nuestros análisis y los análisis llevados a cabo durante el desarrollo original de la MMSS. El instrumento original fue desarrollado hace más de 20 años y fue aplicado en

muestras relativamente pequeñas (Mueller & McCloskey, 1990 [37]). Nuestros datos fueron obtenidos en el 2003 y a partir de una muestra grande de enfermeras. Además, con el paso del tiempo, las condiciones laborales, sin duda han cambiado.

Además de tener sólidas propiedades psicométricas con respecto de la validez y confiabilidad, los instrumentos usados para la investigación deben servir para obtener datos de forma costo-efectiva (Tourangeau & McGilton, 2004 [38]). Nosotros sugerimos que se siga probando y re-diseñando la MMSS para aumentar su poder de estimación con respecto a la satisfacción laboral de las enfermeras.

Tabla 01: Descripción de la Muestra:

Variable	Enfermeras		
	Toda la Muestra	Enfermeras Registradas	Prácticas Registradas
Edad	43.1 (9.4)	42.6 (9.5)	45.8 (8.7)
Años de Experiencia	17.8 (9.9)	17.6 (9.9)	19.6 (9.9)
Porcentaje de Hombres	3.60	3.80	3.00
Porcentaje en Tiempo Completo	59.00	60.70	50.40
Porcentaje en Turno de 12 Horas	69.80	76.50	34.70
Porcentaje con Licenciatura	18.70	21.80	2.30

Nota: Diferencias estadísticamente significativas sobre la variable entre enfermeras registradas y enfermeras prácticas ($p < .05$)

Tabla 02: Comparación de Hallazgos de Análisis Factorial Confirmatorio con la Estructura Factorial Original de McCloskey/Mueller

Factor Original	Reactivos del Factor Original	Reactivos Nuevos del Factor	Valor Eigen (Nuevo)	Porcentaje de Varianza (Nuevo)
Control y Responsabilidad	22,23,29,30,31	13,22,30,31,24,29	8.84	28.53
Horarios	4,5,6,8,9,10	5,6,8,9	2.35	7.59
Oportunidades de Interacción	16,17,18,19	18,19,17,20	1.77	5.72
Oportunidades Profesionales	20,21,27,28	27,28	1.39	4.49
Extrínsecas	1,2,3	1,2,3	1.38	4.45
Co-trabajadores	14,15	15,14,16	1.18	3.81
Orgullo y Reconocimiento	13,24,25,26		1.03	3.3
Balance entre Familia y Trabajo	7,11,12	25,26,11,12	0.99	3.21

Nota: El total de la varianza explicada es 61.1%. Los valores eigen y porcentajes de varianza explicada para cada factor reflejan valores cuando todos los reactivos son retenidos en el factor. Para aquellos factores donde los reactivos no están incluidos, estos valores serían menos. Referirse a tabla 03.

Tabla 03: Estructura Factorial de los 7 Nuevos Factores

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
01: Salario	0.054	0.057	0.019	0.126	0.015	0.725	0.099
02: Vacaciones	0.148	0.258	0.068	0.080	0.089	0.697	0.021
03: Prestaciones	0.129	0.098	0.080	0.031	0.082	0.729	-0.047
04: Horas de Trabajo	0.168	0.488	0.107	0.142	0.069	0.335	0.175
05: Flexibilidad de Horario	0.253	0.702	0.113	0.087	0.090	0.113	0.080
06: Días de Trabajo	0.182	0.692	0.056	0.035	0.114	-0.016	-0.119
07: Horario de Medio Tiempo	-0.014	0.504	0.096	0.113	0.164	0.003	0.362
08: Fines de Semana Libres	0.106	0.725	0.062	0.066	0.010	0.222	-0.031
09: Flexibilidad de Fines de Semana	0.176	0.816	0.089	0.043	0.040	0.079	-0.045
10: Paga de Fines de Semana	0.140	0.472	0.103	0.011	0.014	0.421	-0.083
11: Vacaciones por Maternidad	0.040	0.124	0.125	0.033	0.055	0.173	0.711
12: Acceso a Guarderías	0.039	0.152	0.088	0.062	0.201	0.116	-0.706
13: Situación con la Supervisora	0.613	0.142	0.088	0.132	0.000	0.022	-0.046
14: Colegas	0.112	0.048	0.179	0.776	0.006	0.034	0.050
15: Médicos	0.207	0.064	0.201	0.520	0.032	0.123	-0.086
16: Maternidad	0.355	0.104	0.348	0.454	-0.069	0.029	0.079
17: Contacto Social Laboral	0.199	0.156	0.723	0.293	-0.003	0.044	0.079
18: Contactos Sociales Externos	0.104	0.111	0.762	0.241	0.071	0.039	0.052
19: Disciplinas de Interacción	0.250	0.109	0.696	0.152	0.178	0.098	-0.024
20: Facultad para Interacción	0.204	0.080	0.515	-0.040	0.475	0.104	-0.107
21: Comité	0.359	0.096	0.420	0.008	0.373	0.127	0.071
22: Control del Establecimiento	0.751	0.161	0.222	0.107	0.154	0.102	-0.008
23: Avance en la Carrera	0.479	0.205	0.145	0.067	0.456	0.184	0.055
24: Reconocimiento de los Superiores	0.680	0.201	0.063	0.255	0.241	0.110	-0.063
25: Reconocimiento de Colegas	0.188	0.090	0.084	0.727	0.213	0.102	0.009
26: Retroalimentación	0.541	0.173	0.062	0.486	0.232	0.092	-0.047
27: Investigación	0.257	0.100	0.088	0.152	0.786	0.049	-0.012
28: Publicaciones	0.131	0.088	0.087	0.082	0.824	0.036	-0.049
29: Responsabilidad	0.532	0.120	0.192	0.275	0.053	0.120	0.120
30: Condiciones de Control	0.777	0.168	0.153	0.094	0.084	0.116	0.029
31: Toma de Decisiones	0.714	0.105	0.148	0.076	0.276	0.114	0.021

Algunos ítems cargaron > .5 en un factor, pero también > .3 en otro. Estos reactivos fueron omitidos de esos factores.

Tabla 04: Resumen de los Nuevos Factores:

Descripción del Factor	Valor Eigen	Varianza Explicada	Coefficiente de Confiabilidad
Satisfacción con las condiciones de trabajo y el apoyo de la supervisora	8.84	13.34%	0.85
Satisfacción con el horario	2.35	10.69%	0.80
Satisfacción con las oportunidades sociales y de interacción	1.77	8.10%	0.78
Satisfacción con las relaciones y apoyo académico	1.39	7.44%	0.64
Satisfacción con las oportunidades escolares	1.38	7.40%	0.80
Satisfacción con el salario y las prestaciones	1.18	6.84%	0.67
Satisfacción con el apoyo para las responsabilidades familiares	1.03	4.13%	0.31

El total de la varianza explicada por estos 7 factores fue 57.93%.

Tabla 05: Correlaciones Entre los Siete Nuevos Factores:

Nuevos Factores	Condiciones de Trabajo	Horarios	Oportunidades Sociales	Relaciones Académicas	Oportunidades Escolares	Salarios y Prestaciones
Horarios	0.45					
Oport. Sociales	0.42	0.27				
Relac. Academ.	0.50	0.26	0.43			
Oportun. Escolar.	0.43	0.25	0.24	0.27		
Salarios y Prest.	0.33	0.34	0.21	0.24	0.20	
Apoyo a Familia	-0.03	-0.02	0.04	-0.01	-0.11	0.02

Estas probabilidades fueron significativas al nivel $p < .001$

Tabla 06: Resumen de Correlaciones Entre Nuevos Factores MMSS con las Sub-Escalas MBI y NWI-R

Nuevos Factores MMSS	MBI-EE	MBI-DP	MBI-PA	Administración	Asig. Personal	Rel Academ.
				NWI-R	NWI-R	NWI-R
Condiciones de Trabajo	-0.46	-0.32	0.26	0.73	0.56	0.44
Horarios	-0.29	-0.21	0.17	0.32	0.31	0.23
Oportunidades Sociales	-0.29	-0.17	0.16	0.29	0.34	0.29
Relaciones Académicas	-0.30	-0.24	0.24	0.33	0.31	0.45
Oportunidades Escolares	-0.20	-0.15	0.11	0.29	0.25	0.24
Salarios y Prestaciones	-0.22	-0.14	0.12	0.21	0.23	0.19
Apoyo para la Familia	-0.02	0.02	0.00	-0.01	-0.02	-0.01

Todas las correlaciones tienen probabilidades $< .0001$. MMSS = McCloskey/Mueller Satisfaction Scale; MBI-EE = Emotional Exhaustion Sub-scale of Maslach Burnout Inventory; MBI-DP = Despersonalization Sub-scale of Maslach Burnout Inventory; MBI-PA = Personal Accomplishment Sub-scale of Maslach Burnout Inventory; NWI-R adm. = la sub-escala de habilidad y apoyo de la enfermera en jefe del Revised Nursing Work Index; NWI-R Asig. Personal = la sub-escala de lo adecuado de la asignación de recursos y personal; NWI-R Rel. Academ. = la sub-escala sobre las relaciones académicas entre enfermeras y médicos.

Referencias

- [1] McCloskey, J. (1974) Influence of rewards and incentives on staff nurse turnover rate. *Nursing Research*, 23(3), 239-247.
- [2] Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- [3] Burns, T. (1969). Human relations in management: Motivation and human relations. *American Journal of Medical Technology*, 35, 12-23.
- [4] Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113-117.
- [5] Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113-117.
- [6] Brodell, E. (1996). Nursing career satisfaction: The effects of autonomy, social integration, and flexible scheduling. *Prairie Rose*, 65(3), 4-6.
- [7] Flannery, J., & Van Gaasbeek, D. E. (1998). Factors of job satisfaction of the psychiatric clinical nurse specialist. *Nursing- Connections*, 11(4), 29-36.
- [8] Robertson, E. M., Higgins, L., Rozmus, C., & Robinson, J. P. (1999). Association between continuing education and job satisfaction of nurses employed in long-term care facilities. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 30(3), 108-113.
- [9] Cumbey, D. A., & Alexander, J. W. (1998). The relationship of Job satisfaction with organizational variables in public health nursing. *Journal of Nursing Administration*, 28(5), 39-46.
- [10] Lynch, S. A. (1994). Job satisfaction of home health nurses. *Home Healthcare Nurse*, 12, 21-28.
- [11] Crose, P. S. (1999). Job characteristics related to job satisfaction in rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing*, 24, 95-102.
- [12] Anderko, L., Robertson, J., & Lewis, P. (1999). Job satisfaction in a rural differentiated setting. *Nursing Connections*, 12(1), 49-58.
- [13] Wilkinson, C. S., & Hite, K. J. (2001). Nurse-physician collaborative relationship on nurses' self-perceived job satisfaction in ambulatory care. *Lippincott's Case Management*, 6(2), 68-78.
- [14] Roberts, B. J., Jones, C., & Lynn, M. (2004). Job satisfaction of new baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Administration*, 34(9), 428-435.
- [15] Tang, J. H. (2003). Evidence-based protocol: Nurse retention. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(3), 5-14.
- [16] Abu Ajamieh, A. R., Misener, T., Haddock, K. S., & Gleaton, J. U. (1996). Job satisfaction correlates among Palestinian nurses in the West Bank. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 422-432.
- [17] Roberts, B. J., Jones, C., & Lynn, M. (2004). Job satisfaction of new baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Administration*, 34(9), 428-435.

- [18] Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- [19] Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176-188.
- [20] Estabrooks, C. A., Tourangeau, A. E., Humphrey, C. K., Heskerh, K. L., Giovannerti, P., Thomson, D., et al. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing Health*, 25, 256-268.
- [21] McCloskey, J. C., & McCain, B. E. (1987). Satisfaction, commitment and professionalism of newly employed nurses. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 19(1), 20-24.
- [22] Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113-117.
- [23] Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- [24] Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- [25] Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- [26] Tourangeau, A. E., & McGilton, K. (2004). Measuring leadership practices of nurses using the Leadership Practices Inventory. *Nursing Research*, 53(3), 182-189.
- [27] Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- [28] Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- [29] Fletcher, C. E. (2001). Hospital RNs' job satisfactions and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration*, 31(6), 324-331.
- [30] Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- [31] Lu, K. Y., Lin, P. L., Wu, C. M., Hsieh, Y. L., & Chang, Y. Y. (2002). The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Professional Nursing*, 18(4), 214-219.
- [32] Shader, K., Broome, M. E., Broorne, C. D., West, M. E., & Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 32(4), 210-216.
- [33] Sourdif, J. (2004). Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nursing & Health Sciences*, 6, 59-68.
- [34] Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- [35] Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113-117.

[36] Streiner, D. L., Se Norman, G. R. (2003). Health measurement scales: A practical guide to their development and use (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

[37] Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113-117.

[38] Tourangeau, A. E., Se McGüton, K. (2004). Measuring leadership practices of nurses using the Leadership Practices Inventory. *Nursing Research*, 53(3), 182-189.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T8**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Predictores Tempranos de la Auto-eficacia como Progenitor

Bryanton J, Gagnon, AJ, Hatem M, Johnston C.

Predictors of Early Parenting Self-efficacy: Results of a Prospective Cohort Study

Nurs Res 2008; 57(4):252-9.

Predictores Tempranos de la Auto-eficacia como Progenitor.

Janet Bryanton, PhD, MN, RN, Associate Professor, School of Nursing, University of Prince Edward Island, Charlottetown, Canada.

Anita J. Gagnon, PhD, MPH, RN, Associate Professor, School of Nursing, McGill University, Montreal, Quebec, Canada.

Marie Hatem, PhD, MHSA, RN, Assistant Professor, Faculty of Medicine, University of Montreal, Quebec, Canada.

Celeste Johnson, PhD, MS, RN, Professor, School of Nursing, McGill University, Montreal, Quebec, Canada.

Antecedentes:

Existe evidencia limitada en la literatura con respecto a los predictores de la auto-eficacia como progenitor evaluados durante el período post-parto temprano.

Objetivos:

Determinar qué factores pueden predecir la auto-eficacia como progenitor dentro de las 12 a 48 horas, y al mes del alumbramiento.

Métodos:

652 mujeres fueron elegidas de las unidades post-parto de dos hospitales generales de la provincia Isla Prince Edward, del Canadá. La primera parte de los datos fueron obtenidos durante las 12 a 48 horas post-parto por medio de auto-reportes y revisión de registros. Con base en las puntuaciones positivas o negativas de las percepciones de las madres sobre sus alumbramientos, estos datos fueron agrupados en dos cohortes. Al mes de haber dado a luz, las madres fueron visitadas en sus hogares para obtener la segunda parte de los datos, también por medio de auto-reportes.

Resultados:

La regresión logística múltiple confirmó que la auto-eficacia como progenitor es directamente proporcional a la percepción positiva de la experiencia del alumbramiento, a una mayor auto-eficacia en general, y a una excelente relación con la pareja. La mayor auto-eficacia como progenitor al mes del alumbramiento fue pronosticada por antecedentes de multi-paridad, y esa auto-eficacia estuvo a su vez correlacionada con una excelente relación de pareja, y con la percepción maternal de la felicidad del bebé.

Discusión:

La percepción sobre el alumbramiento se asocia con la auto-eficacia como progenitor. Esto implica que las enfermeras tienen la oportunidad de ayudar a que el alumbramiento sea una experiencia positiva, y de esta forma, fomentar la auto-eficacia de las madres como progenitoras.

Palabras clave: percepciones del nacimiento, auto-eficacia como progenitor, predictor.

La auto-eficacia ha sido propuesta como uno de los determinantes de los comportamientos positivos como progenitor (Coleman & Karraker, 2003 [1]; Sanders & Woolley, 2005 [2]); sin embargo, no hay evidencias suficientes con respecto a cuáles son los predictores de esa auto-eficacia (Porter & Hsu, 2003 [3]; Reece, 1992 [4]). Al conocer los factores que pronostican la auto-eficacia como progenitor, las enfermeras se encuentran en una mejor posición para identificar a las madres que pudieran ser insuficientemente auto-eficaces, y entonces intervenir de forma oportuna. El propósito de este estudio es identificar cuáles son los factores predictores de la auto-eficacia como progenitor, a las 12 a 48 horas del alumbramiento y al mes del parto. Las preguntas de investigación fueron: a) ¿Cuáles son los predictores de la auto-eficacia como progenitor a las 12 a 48 horas del alumbramiento?, y b) divididas en sub-grupos de mujeres con percepciones positivas y negativas sobre el proceso de alumbramiento, ¿cuáles son los predictores de la auto-eficacia como progenitor al mes del parto?

Revisión de la literatura:

La auto-eficacia como progenitor puede ser definida como la creencia de un progenitor de que él o ella es capaz de organizar y ejecutar tareas relacionadas con la crianza de su hijo (Montigny & Lacharite, 2005 [5]). Los términos competencia percibida como progenitor, y confianza, han sido usados de forma intercambiable con el de auto-eficacia como progenitor. Mientras la confianza es un estado de certeza más general, la auto-eficacia como progenitor si es más específica con la situación. La competencia es evaluada por otros, mientras que la auto-eficacia es evaluada por el propio progenitor (de Montigny & Lacharite, 2005 [6]). De acuerdo con (Bandura, 1997 [7]), los progenitores no sólo requieren tener destrezas apropiadas como criadores, sino también deben creer en su habilidad para ponerlas en práctica. Aunque algunos progenitores son capaces de enfrentar los retos de la crianza, y obtener satisfacción de eso, a otros les falta persistencia. Cuando los progenitores son psicológicamente incapaces para llevar a cabo la crianza, los bebés tienen problemas en su desarrollo físico, socio-emocional y cognitivo (Coleman & Karraker, 1997 [8]); éstos mismos autores también sugieren que el constructo auto-eficacia puede ayudar a predecir mejor el comportamiento futuro del progenitor. Los progenitores eficaces trabajan diligentemente para proveerles experiencias positivas a sus hijos, para reducirles riesgos, para evitarles agentes estresantes, etcétera (Elder, 1995 [9]). Aquellos progenitores con mayor auto-eficacia son más capaces de controlar las diversas situaciones. Una madre que se siente eficaz como progenitora tiene más probabilidades de ser exitosa en establecer una relación cálida y sensitiva con su bebé, y por lo tanto de poder interpretar correctamente sus señales, y responderlas apropiadamente (Teti & Candelaria, 2002 [10]). La auto-eficacia maternal, la competencia, y la confianza, sin duda, son cruciales en la relación materno-infantil (Coleman & Karraker, 2000 [11]; Mercer & Ferketich, 1990, 1994 [12]; [13]; Reece & Harkless, 1998 [14]).

Una madre ineficaz estará indecisa e insensitiva con su bebé (Teti & Gelfand, 1991 [15]). La baja auto-eficacia como progenitor ha sido asociada con inseguridad y sensación de desamparo (Donovan & Leavitt, 1989 [16]; Donovan, Leavitt & Walsh, 1990 [17]; Tucker & Gross, 1997 [18]). Por su parte, (Mercer, 1986 [19]; Pridham, Lytton, Chang & Rutledge, 1991 [20]) reportaron que la edad maternal no era crucial para la auto-eficacia como progenitor, sin embargo, (Conrad, Gross, Fogg y Ruchala, 1992 [21]) reportaron una correlación positiva entre la edad y la confianza maternal, y (Coleman & Karraker, 2003 [22]; Tarkka, 2003 [23]) reportaron una correlación inversa entre edad y auto-eficacia como progenitor. Por otra parte, el alto nivel de educación en la madre se ha asociado con una mayor auto-eficacia como progenitor (Coleman & Karraker, 2000 [24]; Mercer, 1986 [25]), sin embargo, (Pridham & Chang, 1992 [26]; y Tarkka, 2003 [27]) no encontraron tal asociación. Un alto nivel socioeconómico también ha sido asociado con una mayor auto-eficacia como progenitor (Coleman & Karraker, 2000 [28]; Teti & Gelfand, 1991 [29]), pero (Tarkka, 2003 [30]) no encontró tal asociación. Parece que estar casada y tener el apoyo de la pareja casi siempre han sido asociados con un mayor nivel de auto-eficacia como progenitor (Mercer, 1986 [31]; Porter & Hsu, 2003 [32]). La multiparidad se ha asociado con mayor auto-eficacia y competencia en la crianza (Pridham et al., 1991 [33]; Secco, 2002 [34]), sin embargo, otros investigadores no reportaron diferencias basadas en la paridad (Conrad et al., 1992 [35]; Tarkka, 2003 [36]). El temperamento del infante también ha sido investigado encontrándose que, infantes más “dóciles” están asociados con mayores niveles de auto-eficacia en la crianza (Mercer, 1986 [37]; Porter & Hsu, 2003 [38]). Las madres de infantes con cólicos (Papousek & von Hofacker, 1998 [39]) y con temperamento difícil (Tarkka, 2003 [40]) han demostrado tener menor auto-eficacia como progenitor. Por su parte, (Porter y Hsu, 2003 [41]) encontraron que la auto-eficacia pre-natal estaba asociada positivamente con la auto-eficacia en la crianza al mes en las madres primerizas. Para resumir, existen varias publicaciones que describen la auto-eficacia como progenitor, pero la falta de congruencia entre ellas es evidente.

Marco de Trabajo Teórico:

El marco de trabajo teórico de este estudio fue integrado con diversas teorías. De acuerdo con (Bandura, 1955 [42]), la auto-eficacia es una situación identificada con la realización de logros, experiencias, persuasión social y verbal, y aspectos emocionales a través de las cuales se juzgan las capacidades de uno mismo. Por su parte, (Sherer et al., 1982 [43]) definió la auto-eficacia general como un constructo que incluye las experiencias de éxitos y fracasos del individuo en una gran variedad de situaciones, lo cual genera una serie de expectativas para cada nueva situación. (Woodruff y Cashman, 1993 [44]) hipotetizaron que la auto-eficacia surge a partir de eventos en la vida y de las creencias de una persona con respecto a su habilidad para algún aspecto particular.

Métodos:

Diseño:

Una muestra de 652 madres fue seleccionada, y 175 de ellas fueron asignadas a dos cohortes de acuerdo con sus percepciones sobre sus alumbramientos. Los datos fueron obtenidos a las 12 a 48 horas después del alumbramiento y luego al mes del parto. El reclutamiento dentro de los hospitales y la recolección de datos fueron llevados a cabo en las unidades post-parto de 2 hospitales generales de la Isla Prince Edward del Canadá. En uno de los hospitales, las mujeres daban a luz en un cuarto para nacimientos y luego eran transferidas a una unidad post-parto donde, junto con sus bebés, eran atendidas por

diferentes enfermeras. En el segundo hospital, las mujeres daban a luz en salas especializadas donde se recuperaban, tenían su estancia post-parto, y la madre y el bebé eran cuidados por la misma enfermera. La recolección de datos al mes de nacimiento fue llevada a cabo en los hogares de las madres.

Población y muestra:

Se consideraron a todas las mujeres que dieron a luz entre Octubre del 2004 y Diciembre del 2005. Se les incluía si habían tenido un alumbramiento normal o cesárea; si tenían más de 15 años de edad; si eran capaces de leer y escribir; y si daban su consentimiento por escrito para participar en el estudio. Se les excluía si tenían alguna enfermedad seria sin resolver; si habían sido sometidas a anestesia general; si iban a dejar la provincia de la Isla Prince Edward antes de un mes; si habían tenido bebés de menos de 37 semanas de gestación, o pesado menos de 2,500 gramos, o con alguna anomalía; si habían tenido lesiones previas, o si habían dejado a sus hijos en adopción (las situaciones en que los bebés no están bien establecidos pueden crear en las madres sentimientos de culpabilidad (Bennett & Slade, 1991 [45]); Teti, O'Connell, & Reiner, 1996 [46]), depresión, preocupaciones, y dificultad para expresar afecto (Bennett & Slade, 1991 [47]), lo que puede influir en la medición de su auto-eficacia como progenitor).

Obtención de los datos:

Los datos demográficos y de obstetricia fueron obtenidos a partir de la hoja de registros clínicos. La auto-eficacia como progenitor; las percepciones sobre el alumbramiento; la relación de pareja; el apoyo de pareja; y la auto-eficacia en general, fueron exploradas a través de auto-reportes. A las madres que estuvieron de acuerdo con participar en el estudio se les entregó el cuestionario para que lo llenaran y entregaran en la estación de enfermeras en un sobre cerrado. Las sub-muestras de mujeres con percepción positiva y con percepción negativa con respecto de sus alumbramientos fueron asignadas a cohortes y contactadas a las 3.5 semanas post-parto para arreglar una posterior visita en sus hogares. Al mes del alumbramiento se les pidió llenar otro cuestionario de auto-eficacia como progenitor.

Descripción de las Medidas:

La auto-eficacia como progenitor fue estimada mediante la escala "*Parent Expectation Survey*" (PES). Esta escala de 25 reactivos tipo Likert fue desarrollada por (Reece, 1992 [48]), y luego revisada por (Reece y Harkless, 1998 [49]) con la adición de 5 reactivos. (Bandura, 1977 [50]) sugirió que las creencias de eficacia deberían ser medidas con reactivos mostrando diferentes niveles de demandas de tareas que los padres clasifican de acuerdo con la fuerza de sus creencias en su habilidad para ejecutar alguna actividad específica; la PES satisface esos planteamientos, e incluye reactivos relativos a la auto-eficacia de las madres en sus habilidades para alimentar y procurar a sus bebés. Para cada reactivo, la madre puede responder desde el número 0 = definitivamente no puede hacer la actividad, hasta 10 = totalmente segura de que puede hacer la actividad. Para obtener la puntuación final, las calificaciones de cada uno de los reactivos son sumadas y divididas entre 25 obteniendo un resultado que queda entre 0 y 10. La validez de contenido fue establecida por 7 enfermeras preparadas a nivel doctorado, quienes concordaron en un 92% de sus opiniones. El cuestionario fue revisado por Bandura, y por 4 distinguidas enfermeras pediátricas y familiares

(Reece, 1992 [51]). La validez concurrente fue establecida por medio de la sub-escala de auto-evaluación del cuestionario "What Being the Parent of a Baby is Like" (Pridham & Chang, 1989 [52]). La confiabilidad, estimada por el método "test re-test", no fue calculada debido a los supuestos hipotéticos de que la auto-eficacia va cambiando a través del tiempo.

La percepción de la experiencia del alumbramiento fue estimada mediante el cuestionario "Measuring Attitudes About Labor and Delivery". Este cuestionario de 29 reactivos explora las actitudes con respecto al parto y al alumbramiento mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (Marut & Mercer, 1979 [53]). Mientras mayor es la puntuación, se considera que más positivamente es percibida la experiencia del alumbramiento. Las puntuaciones pueden ir desde 29 hasta 145. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala ha variado entre .76 a .87 (Cranley, Hedall, & Pegg, 1983 [54]; Fawcett, Pollio & Tully, 1992 [55]; Marut & Mercer, 1979 [56]). A las mujeres que dieron a luz por cesárea planeada se les aplicó el "Modified Questionnaire Measuring Attitudes About Labor and Delivery". Este instrumento ha sido usado en varios estudios, con confiabilidades alfa variando entre .84 y .91 (Cranley et al., 1993 [57]; Fawcett et al., 1992 [58]). En el estudio actual, la asignación a cohortes se basó en los puntos de corte de $< y >$ de 1 desviaciones estándar a partir del promedio del estudio piloto; lo que resultó ser: negativo < 87 , positivo > 112 .

La auto-eficacia general fue medida usando una sub-escala de la *Self-Efficacy Scale* (Sherer et al., 1982 [59]). Esta sub-escala de 17 reactivos estima el nivel de auto-eficacia general que no está asociada a situaciones o comportamientos específicos. La validez de constructo fue evaluada correlacionando puntuaciones con seis medidas de otras características de personalidad relacionadas con, pero sin ser sinónimos de, auto-eficacia (Sherer et al., 1982 [60]). Por su parte, (Sherer y Adams, 1983 [61]) re-evaluaron la validez de constructo con una muestra de 101 estudiantes, usando otras escalas de personalidad y refinaron el instrumento hasta una escala tipo Likert de 5 puntos. La validez de criterio fue establecida con una muestra de 150 veteranos. (Sherer et al., 1982 [62]) reportaron coeficientes alfa de .86. Las puntuaciones posibles van desde 17 hasta 85.

Análisis de datos:

Luego de la entrada y depuración de datos, estos se analizaron con el software SAS versión 9.1. Estadísticas descriptivas fueron calculadas para determinar la distribución de variables, encontrar registros extremos, y describir la muestra.

Pregunta de investigación número 1:

Esta pregunta fue identificada usando regresión logística múltiple con la muestra completa. Las variables independientes surgieron a partir del marco de trabajo teórico y se encuentran listadas en la tabla 1. La percepción del alumbramiento fue usada como variable continua ya que hubo percepciones positivas, negativas, y neutras. Estadísticos bi-variados (pruebas t y chi-cuadrada) fueron calculados para las variables independientes y de resultados para determinar las relaciones antes de la elaboración del diseño. Las variables con valores $p \leq .05$ fueron mantenidas en el diseño, mientras las demás eran extraídas una a la vez, empezando con la que tenía el valor p más alto. Cada vez que una variable era extraída, se evaluaban los cambios en los coeficientes beta. Las variables continuas fueron evaluadas en cuanto a linealidad usando el procedimiento logit.

Pregunta de investigación número 2:

Esta pregunta fue abordada usando regresión logística múltiple.

Resultados:

Flujo de participantes:

Todas las 1,442 mujeres quienes dieron a luz en un hospital durante el período de estudio fueron evaluadas con respecto a su elegibilidad, excepto 31 que fueron dadas de baja tempranamente. De las 1,411 restantes, 195 resultaron finalmente no elegibles. 46% de las elegibles rehusaron su participación. Las razones principales de esta negativa incluyeron que no estaban interesadas, que se encontraban muy ocupadas, que no les gustaban las respuestas, o que sus parejas no estaban de acuerdo con una visita domiciliaria. Las restantes 652 participaron en el estudio. 91 fueron asignadas al cohorte negativo, y a 11 de estas no se les pudo dar el seguimiento al mes del parto. 102 fueron asignadas al cohorte positivo, pero a 7 no se les pudo dar el seguimiento al mes del parto. Entre las razones para no continuar con el estudio se incluyeron: no sentirse bien, estar muy ocupadas, muy cansadas, o mudándose.

Descripción de la muestra:

Las edades de las 652 madres variaron entre los 16 y los 43 años, y el promedio fue de 28.4 años. Más de la mitad (56.4%) eran multíparas. 73.2% estaban casadas o en unión libre. 76.5% tenían buenos ingresos. 76.6% tenían licenciatura o estudios de post-grado. 73.3% tuvieron su bebé de forma natural. 31.9% habían asistido a clases prenatales. La sub-muestra de 175 no fue significativamente diferente cuando se le comparó con la muestra total en las principales variables demográficas y de obstetricia. Tampoco hubo diferencias con la sub-muestra de las 18 que no completaron el cuestionario al mes del alumbramiento.

Pregunta de investigación 1:

Auto-eficacia como progenitor luego del nacimiento: El diseño 1 presentado en la tabla 1 consistió de 8 variables. Los resultados indicaron que edad, ingresos, paridad, y estatus marital fueron las variables predictoras de la auto-eficacia como progenitor luego del alumbramiento. Percepción de la experiencia del alumbramiento, auto-eficacia general, y relación de pareja estuvieron correlacionadas significativamente con auto-eficacia como progenitor. Las multíparas tuvieron de 2 a 5 veces más probabilidades que las primíparas de puntuar alto en la auto-eficacia como progenitor (Odds Ratio = 3.35, intervalo de confianza = 2.18, 5.13). Las mujeres casadas tuvieron de 29% a 77% menos probabilidades de tener malas puntuaciones que las mujeres solteras (Odds ratio = 0.41, intervalo de confianza = .23, 0.71). Las mujeres que tuvieron puntuaciones altas en auto-eficacia general tuvieron de 1 a 2.6 veces más probabilidades de tener altas puntuaciones en auto-eficacia como

progenitor comparadas con aquellas quienes tuvieron bajas puntuaciones en auto-eficacia general (odds ratio = 1.72, intervalo de confianza = 1.13, 2.62). Aquellas quienes percibieron su relación de pareja como excelente tuvieron de 1 a 2.4 veces más probabilidades de tener auto-eficacia como progenitoras que sus contrapartes (odds ratio = 1.60, intervalo de confianza = 1.06, 2.41). Finalmente, por cada incremento de un punto en la percepción del proceso del alumbramiento, las mujeres tuvieron de 1 a 1.1 veces más probabilidades de tener puntuaciones altas en auto-eficacia como progenitoras (odds ratio = 1.04, intervalo de confianza = 1.02, 1.05).

Pregunta de investigación 2: Auto-eficacia como Progenitora al mes:

Los resultados indicaron que la edad y la cantidad de partos previos fueron predictores de la auto-eficacia como progenitor al mes. La percepción de la relación de pareja y la felicidad del infante se correlacionaron significativamente con auto-eficacia como progenitor cuando se controlaron las variables percepción de la experiencia del alumbramiento, estatus marital, educación, auto-eficacia general, ingresos, y apoyo de la pareja. Las multíparas tuvieron de 1 a 7 veces más probabilidades de tener altas puntuaciones en auto-eficacia como progenitoras que las primíparas (odds ratio = 2.67, intervalo de confianza = 1.01, 7.08). Las mujeres que percibieron felices a sus infantes tuvieron de 1.7 a casi 9 veces más probabilidades de tener altas puntuaciones en auto-eficacia como progenitor que sus contrapartes (odds ratio = 3.83, intervalo de confianza = 1.65, 8.87). Finalmente, las mujeres quienes percibieron sus relaciones de pareja como excelentes tuvieron de 1 a 11 veces más probabilidades de tener buenas puntuaciones en auto-eficacia como progenitor que aquellas cuyas relaciones de pareja no eran buenas (odds ratio = 3.50, intervalo de confianza = 1.10, 11.12).

Discusión:

Cuando se compararon los predictores y correlaciones de la auto-eficacia como progenitor después del nacimiento, y al mes de este, se encontraron tanto similitudes como diferencias. En ambos momentos de medición, la multi-paridad fue un fuerte predictor de la auto-eficacia como progenitor. A pesar de que la literatura es inconsistente con respecto de este predictor, este hallazgo también ha sido reportado por (Pridham et al., 1991 [63]; Secco, 2002 [64]). Este resultado también apoya el marco de trabajo teórico que sugiere que la auto-eficacia está aumentada por logros en los desempeños previos exitosos (Bandura, 1995 [65]). Como se hipotetizó, las mujeres quienes previamente habían llevado a cabo tareas exitosamente se sentían más auto-eficaces en llevar a cabo las tareas nuevamente. La asociación entre percepción de relación de pareja y la auto-eficacia como progenitor luego del nacimiento y al mes de este, también ha sido reportada (Porter & Hsu, 2003 [66]; Tarkka, 2003 [67]) y también es consistente con el marco de trabajo teórico. De acuerdo con (Bandura, 1995 [68]), la auto-eficacia está aumentada por la persuasión verbal o social. Si una mujer cree que sus relaciones con su pareja son buenas, ella pudiera tener más probabilidades de ser más auto-eficaz como progenitor.

La percepción maternal de la felicidad del bebé se correlacionó significativamente con la auto-eficacia como progenitor al mes del parto. Esta correlación ya había sido reportada anteriormente (Porter & Hsu, 2003 [69]; Tarkka, 2003 [70]). Por otra parte, si el infante tiene un mal temperamento, la madre pudiera sentirse menos eficaz como progenitora y viceversa; y paralelamente, una madre que tiene alta auto-eficacia como progenitor será más capaz de tratar con su infante y percibirlo más contento (Teti & Candelaria, 2002 [71]).

La evidencia provista por este estudio tiene implicaciones clínicas directas para el cuidado de Enfermería de las familias que están criando bebés. En el período post-parto temprano, las enfermeras pueden valorar a las mujeres con riesgos potenciales de auto-eficacia sub-óptima como progenitoras basándose en los predictores y correlacionados encontrados en este estudio.

Resumen y conclusiones:

Los hallazgos del estudio identifican varios predictores y correlacionados de auto-eficacia temprana como progenitor. La percepción del alumbramiento es modificable; y por lo tanto, las enfermeras tienen el potencial para crear una experiencia positiva y así aumentar las capacidades de auto-eficacia como progenitor en las mujeres.

Aceptado para publicación en febrero 2 de 2008.

Tabla 1: Diseños y Variables Principales.		
Variable	Auto-eficacia como progenitor al nacimiento	Auto-eficacia como progenitor al mes del parto
Edad maternal	SI	SI
Percepción de la experiencia del alumbramiento	SI	SI
Estado marital	SI	SI
Paridad	SI	SI
Educación	SI	SI
Auto-eficacia general	SI	SI
Ingresos	SI	SI
Relación de pareja al nacimiento	SI	SI
Relación de pareja al mes	NO	SI
Apoyo de pareja	NO	SI
Percepción maternal de la felicidad del bebe	NO	SI

Tabla 2: Diseños finales de Predictores de Auto-eficacia como Progenitor

Variable	Estimado b	Error Standard	Odds Ratio	p
Diseño 1: 12-48 horas despues del nacimiento (n = 651) (a)				
Edad maternal	-0.30	0.23	0.74	0.19
Experiencia del nacimiento	0.03	0.01	1.04	0.00
Estado marital	-0.90	0.28	0.41	0.00
Paridad	1.21	0.22	3.35	0.00
Auto-eficacia general	0.54	0.21	1.72	0.01
Ingresos	0.28	0.28	1.32	0.31
Relación de pareja	0.47	0.21	1.60	0.02
Intercepción	-3.19	0.80		
Diseño 2: al mes del parto (n = 162) (b)				
Edad maternal	-1.23	0.49	0.29	0.01
Experiencia del nacimiento	0.75	0.44	2.12	0.09
Estado marital	-0.04	0.59	0.96	0.95
Paridad	0.98	0.50	2.67	0.05
Educacion	0.05	0.61	1.05	0.93
Auto-eficacia general	0.05	0.46	1.05	0.91
Ingresos	-0.18	0.57	0.83	0.75
Relacion de pareja al mes	1.25	0.59	3.50	0.03
Apoyo de pareja	0.07	0.56	1.07	0.90
Percepcion maternal de la felicidad del bebe	1.34	0.43	3.83	0.00
Intercepción	-0.74	0.68		

(a) = una mujer no completo el cuestionario; (b) = la muestra fue menor debido a datos perdidos.

Referencias

- [1] Coleman, P. K., & Karraker, K. H., (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24, 126-148.
- [2] Sanders, M.R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development Supplement*, 31(1), 65-73.
- [3] Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54-64.
- [4] Reece, S.M. (1992). The Parent Expectations Survey: a measure of perceived self-efficacy. *Clinical Nursing Research*, 1(4), 336-346.
- [5] Montigny, F., & Lacharite, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387-396.
- [6] Montigny, F., & Lacharite, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387-396.
- [7] Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- [8] Coleman, P. K., Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.

- [9] Elder, G. H. (1995). Life trajectories in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *self-efficacy in changing societies* (pp. 46-68). New York: Cambridge University Press.
- [10] Teti, D.M., & Candelaria, M.A. (2002). Parenting competente. In M.H. Bornstein (Ed), *Handbook of parenting* (2nd ed. Pp. 149-180). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- [11] Coleman, P. K., Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13-24.
- [12] Mercer, R. T. & Ferketich, S. L. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 268-280.
- [13] Mercer, R. T. & Ferketich, S. L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and in-experienced mothers during infancy. *Nursing Research*, 43(6), 344-351.
- [14] Reece, S. M., Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress, and parental adaptation: Applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4, 198-215.
- [15] Teti, D.M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 918-929.
- [16] Donovan, W. L., & Leavitt, L. A. (1989). Maternal self-efficacy and infant attachment: Integrating physiology, perceptions, and behavior. *Child Development*, 60(2), 460-472.
- [17] Donovan, W. L., Leavitt, L.A. & Walsh, R. O. (1990). Maternal self-efficacy: Illusory control and its effect on susceptibility to learned
- [18] Tucker, S., & Gross, D. (1997). Behavioral parent training: An intervention strategy for guiding parents of young children. *Journal of Perinatal Education*, 6, 35-44.
- [19] Mercer, R.T. (1986). *First-time motherhood. Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- [20] Pridham, K. F., Lytton D., Chang, A. S., & Rutledge, D. (1991). Early post-partum transition. Progress in maternal identity and role attainment. *Research in nursing and health*, 14(1), 21-31.
- [21] Conrad, B., Gross, D., Fogg, L., & Ruchala, P. (1992). Maternal confidence, knowledge, and quality of mother-moddler interactions: A preliminary study. *Infant Mental Health Journal*, 13, 353-362.
- [22] Coleman, P. K., & Karraker, K. H., (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24, 126-148.
- [23] Tarkka, M.T. (2003). Predictors of maternal competence by first time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 223-240.
- [24] Coleman, P. K., Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13-24.

- [25] Mercer, R.T. (1986). *First-time motherhood. Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- [26] Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: Maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 204-216.
- [27] Tarkka, M.T. (2003). Predictors of maternal competence by first time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 223-240.
- [28] Coleman, P. K., Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13-24.
- [29] Teti, D.M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 918-929.
- [30] Tarkka, M.T. (2003). Predictors of maternal competence by first time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 223-240.
- [31] Mercer, R.T. (1986). *First-time motherhood. Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- [32] Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54-64.
- [33] Pridham, K. F., Lytton D., Chang, A. S., & Rutledge, D. (1991). Early post-partum transition. Progress in maternal identity and role attainment. *Research in nursing and health*, 14(1), 21-31.
- [34] Secco, L. (2002). The infant care questionnaire: Assessment of Reliability and Validity in a sample of healthy mothers. *Journal of Nursing Measurement*, 10(2), 97-110.
- [35] Conrad, B., Gross, D., Fogg, L., & Ruchala, P. (1992). Maternal confidence, knowledge, and quality of mother-moddler interactions: A preliminary study. *Infant Mental Health Journal*, 13, 353-362.
- [36] Tarkka, M.T. (2003). Predictors of maternal competence by first time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 223-240.
- [37] Mercer, R.T. (1986). *First-time motherhood. Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- [38] Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54-64.
- [39] Papousek, M., & von Hofacker, N. (1998). Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child: Care, Health and Development Supplement*, 24(5), 395-424.
- [40] Tarkka, M.T. (2003). Predictors of maternal competence by first time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 223-240.

- [41] Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54-64.
- [42] Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). New York: Cambridge University Press.
- [43] Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- [44] Woodruff, S.L., & Cashman, J.F. (1993). Task, domain, and general efficacy: a re-examination of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*, 72, 423-432.
- [45] Bennett, D.E., & Slade, P. (1991). Infants born at risk: Consequences for maternal post-partum adjustment. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 154-172.
- [46] Teti, D.M., O'Connell, M.A., & Reiner, C.D. (1996). Parenting sensitivity, parental depression and child health: the mediational role of parental self-efficacy. *Early Development and Parenting*, 5, 237-250.
- [47] Bennett, D.E., & Slade, P. (1991). Infants born at risk: Consequences for maternal post-partum adjustment. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 154-172.
- [48] Reece, S.M. (1992). The Parent Expectations Survey: a measure of perceived self-efficacy. *Clinical Nursing Research*, 1(4), 336-346.
- [49] Reece, S.M., & Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress, and parental adaptation: Applications to the are of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4, 198-215.
- [50] Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- [51] Reece, S.M. (1992). The Parent Expectations Survey: a measure of perceived self-efficacy. *Clinical Nursing Research*, 1(4), 336-346.
- [52] Pridham, K.F., & Chang, A.S. (1989). What being the parent of a new baby is like: revision of an instrument. *Research in Nursing and Health*, 12(5), 323-329.
- [52] McCarter-Spaulding & Kearney, M.H. (2001). Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 30(5), 515-522.
- [53] Marut, J.S., & Mercer, R.T. (1979). Comparison of Primiparas perception of vaginal and cesarean births. *Nursing research*, 28(5), 260-266.
- [54] Cranley, M.S. Hedhal, K.J., & Pegg, S.H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32(1), 10-15.
- [55] Fawcett, J., Pollio, N., & Tully, A. (1992). Women's perceptions of cesarean and vaginal deliveries: another look. *Research in Nursing & Health*, 15(6), 439-446.

- [56] Marut, J.S., & Mercer, R.T. (1979). Comparison of Primiparas perception of vaginal and cesarean births. *Nursing research*, 28(5), 260-266.
- [57] Cranley, M.S. Hedhal, K.J., & Pegg, S.H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32(1), 10-15.
- [58] Fawcett, J., Pollio, N., & Tully, A. (1992). Women's perceptions of cesarean and vaginal deliveries: another look. *Research in Nursing & Health*, 15(6), 439-446.
- [59] Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- [60] Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- [61] Sherer, M., & Adams, C. H. (1983). Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*, 53, 899-902.
- [62] Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- [63] Pridham, K. F., Lytton D., Chang, A. S., & Rutledge, D. (1991). Early post-partum transition. Progress in maternal identity and role attainment. *Research in nursing and health*, 14(1), 21-31.
- [64] Secco, L. (2002). The infant care questionnaire: Assessment of Reliability and Validity in a sample of healthy mothers. *Journal of Nursing Measurement*, 10(2), 97-110.
- [65] Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). New York: Cambridge University Press.
- [66] Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54-64.
- [67] Tarkka, M.T. (2003). Predictors of maternal competence by first time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 223-240.
- [68] Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). New York: Cambridge University Press.
- [69] Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54-64.
- [70] Tarkka, M.T. (2003). Predictors of maternal competence by first time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 223-240.
- [71] Teti, D.M., & Candelaria, M.A. (2002). Parenting competente. In M.H. Bornstein (Ed), *Handbook of parenting* (2nd ed. Pp. 149-180). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T9**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Identificación a Nivel Estatal de Eventos Adversos Usando Revisión Retrospectiva de Enfermeras: Métodos y Resultados

Silver MP, Hougland P, Elder S, Haug J, Pritchett T, Donnelly S, Link CL, Xu W.

Statewide Identification of Adverse Events Using Retrospective Nurse Review: Methods and Outcomes

J Nurs Meas. 2007; 15(3):220-32.

Identificación a Nivel Estatal de Eventos Adversos Usando Revisión Retrospectiva de Enfermeras: Métodos y Resultados.

Michael P. Silver, MPH

HealthInsight, SALT Lake City, UT

Paul Houghland, MD

Utah Department of Health, Salt Lake City, UT

Susan Elder, MA

Missouri Department of Health and Senior Services, Jefferson City, MO

Jan Haung, RN

HealthInsight, Salt Lake City, UT

Tracey Pritchett, LPN

Primaris, Columbi, MO

Steven Donnelly, PhD

HealthInsight, Salt Lake City, UT

Carolyn L. Link, MPA/JD

Department of Healthand Senior Services, Jefferson City, MO

Wu Xu, PhD

Utah Department of Health, Salt Lake City, UT

Este estudio fue conducido como parte de uno a nivel estatal sobre la validez de los datos con respecto a eventos adversos (EA) luego del alta hospitalaria. La confiabilidad sobre la identificación de los EA por parte de las enfermeras fue evaluada mediante comparación con la revisión médica. Las enfermeras revisaron 6,296 registros médicos seleccionados a partir de dos muestras. Todos eran pacientes generales en 41 hospitales de cuidado agudo en Utah, y pacientes quirúrgicos en 36 hospitales de Missouri. Un total de 1,035 registros fueron revisados independientemente por personal médico usando los mismos métodos. El acuerdo entre los hallazgos del personal de enfermería y médico en Utah y Missouri, a nivel caso, fue de

78.5% (238/303) y 68.2% (499/732), respectivamente. La revisión de los registros médicos por parte de las enfermeras para identificar EA representa una alternativa costo-efectiva a la revisión médica a gran escala y a los procesos de vigilancia y mejoría de los pacientes.

Palabras clave: seguridad de paciente; evento adverso; revisión de enfermería; registro médico.

Este artículo describe los métodos usados en la revisión retrospectiva por parte de las enfermeras de los registros médicos para identificar eventos adversos (EA) asociados con el cuidado hospitalario. Estos métodos fueron desarrollados y aplicados como parte de un estudio mayor llevado a cabo por un consorcio de investigación de los estados de Utah y Missouri para evaluar la validez de las bases de datos de las altas de los hospitales de todo el estado y para el monitoreo y la vigilancia de los eventos adversos. Utah, Missouri, y 37 otros estados (Testimony of the National Committee on Vital and Health Statistics, 2002 [1]) requieren que los hospitales presenten registros electrónicos de todas las altas de los pacientes usando los estándares UB92 ó UB04, incluyendo diagnósticos, procedimientos, causas externas y códigos de lesión con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9-CM). Ya que es posible identificar o inferir lesiones iatrogénicas de pacientes a partir de esos códigos (Hougland, Xu, Pickard, Masheter, & Williams, 2006 [2], Van Tuinen et al., 2005 [3]) estas bases de datos proveen una fuente potencialmente valiosa para la mejoría de la seguridad de los pacientes.

Antecedentes:

Marco de trabajo conceptual:

El enfoque principal de este estudio fue sobre los eventos adversos resultantes del cuidado provisto. Este estudio adoptó una definición implícita de evento adverso:

“Una lesión no deseada y no intencional resultante de una intervención médica (un acto de cuidado provisto por el hospital o por la omisión del cuidado necesario), más que como resultado del proceso de enfermedad inherente del paciente; y donde tal lesión ocurre durante una estancia hospitalaria y resulta en daño para el paciente.”

Tales eventos adversos pudieran estar relacionados con la práctica profesional, los productos del cuidado de la salud, procedimientos y sistemas.

Para el propósito de este estudio, el daño de paciente fue definido como:

“Muerte, prolongada estancia hospitalaria, o impedimento temporal o permanente a las funciones del cuerpo o estructura del paciente. La seriedad del daño debe reflejar cambios que, ya sea que resultaron o fueron necesarios por la intervención tales como: (1) un cambio en el monitoreo o la condición del paciente; (2) un cambio en la terapia; o (3) tratamiento o atención médica o quirúrgica.”

Procedimientos para el Desarrollo Instrumental:

Las formas de abstracción usadas para este estudio fueron basadas en aquellas previamente usadas por la revisión del personal o literatura médica (Hiatt et al., 1989 [4], Thomas et al., 2000 [5]) y subsecuentemente modificada para uso en administración de riesgo hospitalario (Woloshynow, Neale & Vincent 2003 [6]). Las formas usadas en este estudio guían a los revisionistas en la clasificación de hasta cinco eventos adversos potenciales de lesión.

Descripción, Administración, y Puntuación del Instrumento:

La lesión del paciente esta codificada de acuerdo a la gravedad y a los recursos para el tratamiento (Kivlahan, Sangter, Nelson, Buddenbaum, & Lobenstein, 2002 [7]). Solamente los eventos asociados con clasificaciones de lesión de por lo menos "observación incrementada" ó "un pequeño cambio en la condición" fueron considerados para revisión posterior como potenciales EA (ver apéndice A). Como en los estudios previos, los EA potenciales fueron clasificados de acuerdo a una escala de 6 puntos (Thomas et al., 1999 [8], Wilson et al., 1995 [9]), con los clasificadores forzados a elegir o la condición subyacente ó la administración del cuidado como la causa más probable del daño identificado. A las enfermeras que revisaron también se les permitió una opción "incapaz de determinar" (ver apéndice B). Los EA potenciales con clasificación de causa de por lo menos "manejo de cuidado más probable que enfermedad" (lo que incluía eventos con evidencia de moderada a fuerte de causa) fueron considerados EA confirmados. Al personal médico se le presentaron los reportes de EA que las enfermeras consideraron "incapaz de determinar". Los eventos que las enfermeras consideraron "enfermedad más probablemente que manejo del cuidado" también fueron presentados al personal médico. Las formas de abstracción fueron usadas para describir los EA confirmados y clasificarlos de acuerdo a la naturaleza de la lesión, tipo de fallas de proceso involucradas, y documentación disponible. La herramienta de reporte de revisión desarrollada para este estudio incluyó una sección adicional para evaluar que tan completos y certeros fueron los códigos médicos de los eventos identificados.

Las enfermeras verificadoras reclutadas para este estudio debían estar licenciadas por una Escuela de Enfermería acreditada, y debidamente registradas en el sistema de salud. Todas estas enfermeras tenían una experiencia de por lo menos tres años de abstracción (revisión) de registros con experiencia en codificación de acuerdo al ICD-9. A estas enfermeras se les proporcionó un curso de 40 horas de entrenamiento especializado enfocado en los indicadores de eventos adversos potenciales o "disparadores" incluyendo observaciones de enfermería, fármacos, valores de laboratorio fuera de lo normal, definiciones del estudio, abstracción (análisis) del registro, codificación ICD-9, herramientas de recolección y entrada de datos, así como 8 horas de prácticas de revisión. Las enfermeras coordinadoras en ambos estados vigilaron la calidad durante todo el proyecto a través de revisiones de las descripciones y clasificaciones de los EA identificados.

Métodos:

La participación hospitalaria en cada estado fue voluntaria. Los protocolos del estudio fueron aprobados por el Utah Department of Health's Institutional Review Board (IRB), el IRB del Missouri Department of Health and Senior Services y un IRB independiente. Utah incluyó todos sus 41 hospitales de cuidado agudo. En Missouri, 36 hospitales representando una muestra

de los 123 totales de cuidado agudo, participaron en el estudio (Van Tuinen et al., 2005 [10]). Más de 6,500 registros médicos fueron seleccionados para revisión a partir de las bases de datos de las altas hospitalarias correspondientes al año 2001 a través de muestreo aleatorio estratificado. En Missouri, el marco de muestreo incluyó solamente registros de grupos relacionados con diagnósticos quirúrgicos, mientras que en Utah el marco de muestreo incluyó todos los tipos de hospitalizaciones. El grueso de la revisión fue conducido dentro de los hospitales. En Utah, las formas de abstracción fueron por reporte escrito. En Missouri, las formas de abstracción estuvieron disponibles en formato de base de datos electrónica y provistas de una guía de instrucciones. La información fue verificada correspondientemente por cada uno de sus autores.

Mientras la metodología general de comparación de resultados de revisión de enfermeras con la del personal médico fue similar en los dos estados, las diferencias específicas incluyeron tamaño de la muestra y calificaciones del verificador. A partir de los registros con las respectivas revisiones del personal de enfermería, 303 fueron seleccionados para revisión por parte del personal médico en Utah y 732 en Missouri. El personal médico verificador reclutado para este estudio estaba correspondientemente licenciado por sus estados. A todos los médicos verificadores se les requirió especialidad. Todos los médicos firmaron confidencialidad y que no estaban involucrados en caso alguno. Los médicos verificadores recibieron una vista preliminar del estudio, las definiciones, e instrucciones en el uso de las formas de abstracción durante las sesiones de entrenamiento. Los registros fueron asignados para revisión médica de acuerdo con la razón principal de admisión del paciente. En Utah, casi todas las revisiones médicas fueron conducidas en las oficinas de dos de los autores, y uno de ellos siempre estaba disponible para responder preguntas. En Missouri, luego de las sesiones de entrenamiento, la revisión médica fue conducida fuera del sitio pero apoyada por "listserv" electrónico y teleconferencias semanales. Las formas, definiciones, y métodos usados por la revisión médica fueron idénticas a aquellas usadas por las enfermeras verificadoras, excepto que la codificación ICD-9-CM no fue revisada por los médicos. En Utah, la revisión médica inicial fue ciega a los resultados de la revisión de las enfermeras. Luego de la opinión médica se contrastaron los resultados. En Missouri, los verificadores médicos fueron presentados con los resultados de las enfermeras y se les pidió confirmar o disentir con respecto a los EA resultantes; a los médicos también se les dio la oportunidad de identificar hasta tres eventos adicionales no identificados previamente.

El análisis de confiabilidad de la inter-graduación enfermera/médico fue conducido en ambos usando la estadística kappa para contabilizar los acuerdos por azar (Fleiss, 1981 [11]). Los hallazgos de la revisión fueron considerados ser concordantes a nivel caso si ambos enfermera y médico indicaban la presencia de por lo menos un EA durante la hospitalización (sin importar si existían otros eventos adversos identificados dentro del caso que pudieran no coincidir) ó si ningún revisor identificaba un EA. Al nivel evento, los hallazgos de revisión fueron considerados ser concordantes si los EA individuales coincidían, o si ningún revisor identificaba ningún EA para tal caso. En Utah, los EA concordantes fueron determinados primariamente por revisores médicos. Debido a que los hallazgos de revisión de las enfermeras estaban disponibles al personal médico desde el principio, en Missouri, revisión adicional fue innecesaria.

Resultados:

La revisión de enfermería empezó en Julio de 2002 y fue completada en noviembre de 2002. La **tabla 1** describe estas características por estado. Los hallazgos generales se muestran en la **tabla 2**. Como la muestra de revisión fue elegida específicamente para sobre-representar hospitalizaciones con indicaciones de EA potenciales, estos hallazgos no son representativos de una elección al azar de las hospitalizaciones de estos estados.

En Utah, donde todos los tipos de hospitalizaciones fueron muestrados, 70% de los EA se les asignó una clasificación de daño de "C" o menor por la revisoras enfermeras. En Missouri, donde solamente los registros quirúrgicos fueron revisados, 51.8% de los EA fueron asignados con el nivel de daño C o menor. En otras palabras, el nivel típico de daño encontrado en los casos de cirugía fue algo mayor que para todos los tipos de hospitalizaciones. En Utah, las enfermeras revisoras, describieron el nivel de evidencia de manejo de cuidado como "virtualmente cierto" para el 52% de los EA confirmados, mientras que en Missouri solamente a 38.7% de los EA se les asignó este nivel de clasificación.

La comparación de discordancias entre los hallazgos por personal de enfermería y médico en la sub-muestra de casos seleccionados para la revisión médica esta en la **tabla 3**. En Utah, las enfermeras identificaron EA en 49.5 de los casos, mientras los médicos identificaron EA en 37.3% de los casos (32.7% de diferencia), mientras que en Missouri las enfermeras identificaron EA en 84% de casos y los médicos identificaron EA en 61.5% de casos (36.6% de diferencia). Las enfermeras en ambos estados también identificaron más EA que los médicos. A partir de la muestra de todos los pacientes, las revisoras enfermeras identificaron 39.2% más EA que los médicos; a partir de la muestra de pacientes quirúrgicos las enfermeras identificaron 50.3% más EA que los médicos.

La comparación entre las clasificaciones de niveles de daño entre revisores revelaron diferencias en las dos muestras. En Utah, los médicos fueron más del doble de probables en asignar un nivel alto de daño (E o F) a los eventos adversos que ellos identificaron. En Missouri, sin embargo, la asignación de los más altos niveles de daño fue similar entre enfermeras y médicos. Estas comparaciones también condujeron a algunos hallazgos algo diferentes. En Utah, las enfermeras fueron 49.0% más probables de usar la categoría más alta de causalidad ("virtualmente evidencia cierta") que los médicos; en Missouri, las enfermeras fueron solamente 22.2% más probables que los médicos en seleccionar la clasificación de causalidad más alta para los EA identificados.

Concordancia con la revisión médica:

La comparación de los hallazgos entre personal de enfermería y médico a nivel de caso para los EA se muestra en las **tablas 4 y 5**. Al nivel de caso, el acuerdo entre los tipos de revisores sobre un EA durante una hospitalización fue de 78.5% en toda la muestra ($\kappa = 0.570$) y 68.2% en la muestra de pacientes quirúrgicos ($\kappa = 0.246$). En alrededor de dos tercios de los casos donde la enfermera revisora identificaba por lo menos un EA durante la hospitalización (66.0% en Utah y 67.6% en Missouri), el médico revisor también identificó por lo menos un EA. Los hallazgos sobre acuerdo de revisores sobre casos donde la enfermera no notaba EA durante la hospitalización fueron algo diferentes en los dos estados. El acuerdo entre médicos y enfermeras sobre no EA basado en la revisión del registro médico fue de 90.8% para la muestra de todos los pacientes, en contraste con la muestra de pacientes quirúrgicos, donde el acuerdo fue de 70.9%

Al nivel de evento (**tablas 6 y 7**), el acuerdo general sobre EA individuales durante la hospitalización fue de 57.6% en Utah ($\kappa = 0.169$) y 53.7% en Missouri ($\kappa = 0.093$). La incidencia de EA individuales identificados por la enfermera revisora que fueron también identificados por los revisores del personal médico fue de 48.3% en Utah (127/263) y 50.7% en Missouri (584/1151), o aproximadamente la mitad de los eventos adversos identificados por la enfermera revisora. En contraste, un porcentaje algo mayor de EA identificados por el personal médico habían previamente sido identificados como EA en el curso de la revisión de las enfermeras (66.1% en Utah, 76.2% en Missouri).

Discusión:

Hay ciertamente retos asociados con la identificación de EA en la documentación de registros médicos. Los revisores se enfrentan ante la compleja tarea de separar aquellos resultados no deseados consecuencia de una enfermedad subyacente del paciente, de aquellos producidos por los procesos de tratamiento o por las fallas en tales procesos. Con unos cuantos criterios disponibles para guiarse en la identificación de EA, a los revisores se les requiere aplicar su juicio clínico al respecto. Estos juicios involucran expectativas del pronóstico probable, curso de tratamiento, recuperación, efectos de las terapias aplicadas, conocimiento de las opciones de tratamiento alternativas y sensibilidad a los factores específicos a cada paciente. Bajo tales circunstancias, los problemas de confiabilidad entre los juicios de los revisores pueden ser esperados. (Thomas, Studdert, y Brennen 2002 [12]) describen estadísticas de confiabilidad con $\kappa = 0.4$ en un estudio de juicios de médicos sobre eventos adversos, sin embargo recientemente (Baker et al., 2004 [13]) fueron capaces de alcanzar niveles más altos. El uso de enfermeras revisoras para este estudio por lo tanto resaltó la cuestión de validez de revisión. Esto es, si los hallazgos de una revisión por personal médico pueden ser aceptados como una evidencia de un EA, ¿qué se puede decir de los hallazgos de una revisión por una enfermera usando el mismo proceso? Este estudio sugiere que, a nivel de caso y usando una definición implícita de EA, los hallazgos de enfermeras revisoras entrenadas, probablemente no serían contradichos por una revisión médica independiente. A nivel evento, sin embargo, la confianza en la concordancia entre los hallazgos de la enfermera y el personal médico disminuye sustancialmente.

Además de examinar las diferencias entre las revisiones de enfermeras y médicos, las diferencias en poblaciones de pacientes y las estrategias de muestreo permiten comparaciones interesantes entre los dos estados representados en este estudio. Una de esas diferencias tenía que ver con que tan seguras estaban las enfermeras revisoras en sus valoraciones de EA confirmados. Las enfermeras revisoras en Utah tendieron a identificar el manejo del cuidado como la causa “virtualmente cierta” del EA confirmado (52% en Utah, 38.7% en Missouri). Este hallazgo sugiere que para hospitalizaciones relacionadas con cirugía, la condición o enfermedad del paciente pueden ser factores fuertes en la valoración de la causa y por lo tanto disminuye la certeza de que el daño identificado fue debido únicamente a manejo de cuidado. Un ejemplo específico para ilustrar esto sería el caso de un paciente sufriendo una infección por lesión de esternón luego de una cirugía de bypass. Hay factores de riesgo bien documentados (incluyendo diabetes y obesidad) que colocan a un paciente en un riesgo mayor de infección luego de una cirugía cardíaca (Kim et al., 2003 [14]; Kubal, Srinivasan, Greyson, Fabri, & Chalmers, 2005 [15], Lu, Grayson, Jha, Srinivasan, & Fabri, 2003 [16], Tang, Maganti, Weisel, & Borger, 2004 [17]). Las enfermeras revisoras tendrían que tener en consideración estos factores de riesgo al formarse sus juicios de que si los eventos adversos fueron debido a manejo de cuidado o al proceso de enfermedad del paciente.

Más de 20 estados requieren el reporte de cuidado de salud sobre los eventos de seguridad del paciente y establecen sus programas de seguridad (Rosenthal & Booth, 2003 [18]). Estas nuevas iniciativas incrementan la necesidad de los hospitales y las agencias públicas de identificar eventos adversos de una manera costo-efectiva. Usualmente, las enfermeras representan la fuerza de trabajo inmediata responsable de las mejoras de la seguridad de los pacientes en los hospitales. Por lo tanto, los métodos de revisión de la enfermera reportados aquí pudieran proveer un nuevo acercamiento para identificar tales necesidades.

La revisión completa ha sido comparada con otros sistemas de detección de EA. En la revisión se detectó 45% más eventos adversos relacionados con fármacos que con disparadores generados por un sistema de reconocimiento computarizado (Jha et al., 1998 [19]). Además, la revisión y la vigilancia automatizada tendieron a señalar diferentes tipos de eventos adversos relacionados con fármacos. Sin embargo, la carga financiera y logística asociada con la revisión completa, especialmente cuando se considera el rutinario uso de revisores médicos, la hace inconsistente para la detección de eventos adversos relacionados con fármacos en las facilidades de cuidado de salud. Por otra parte, los equipos de los sistemas de tecnología de información sobre salud integrada, y el uso de vigilancia computarizada permanecen fuera del alcance de muchos hospitales.

La revisión con una herramienta estandarizada como usada en este estudio ofrece una opción atractiva, ya que tiene menos cargas que la revisión y puede ser hecha sin ningún requerimiento tecnológico. Ya que la herramienta de revisión también tiene áreas específicas para diferentes tipos de eventos adversos, los usuarios pueden personalizar la herramienta para hacer el mejor uso de sus recursos y las áreas específicas de interés. Esto también nos recuerda que la discordancia en la revisión de resultados, además de ser esperada entre diferentes revisores y tipos de revisión, probablemente variará dependiendo de la naturaleza de los eventos adversos.

Finalmente, una observación interesante de notarse fue que mientras la prevenibilidad no fue un elemento nuclear en este estudio, los revisores en algunos casos tenían dificultad separando la valoración de si un evento adverso había o no ocurrido a partir de si pudo o no haber sido prevenido. Esta tendió a ser más prevalente en el grupo de revisores médicos. Aún luego de la descripción de los métodos de estudio, la revisión de las gráficas de muestra y los “mantras” repetidos que “daño más causalidad es igual a evento adverso”, algunos revisores tendieron a no ver los eventos satisfaciendo la definición de estudio de evento.

Este asunto, el cual realmente en el fondo se dirige a si los esfuerzos por la seguridad del paciente debiesen enfocarse sobre el daño o deberían más bien enfocarse sobre los errores médicos (Layde et al., 2002; McNutt, Abrams, & Arons, 2002 [20]), es ciertamente uno muy importante para la seguridad del paciente pero es de interés en este contexto considerar que también los procesos de revisión pueden ser estandarizados. Sin importar que herramienta sea usada o los antecedentes del revisor, es vital recordar que la experiencia y las actitudes que los revisores ponen en la mesa pueden influir en la validez de constructo cuando se comparan los hallazgos. Mientras estas tendencias nunca pueden ser eliminadas, ellas sirven para reforzar la necesidad de igual estandarización, ambos en la creación de criterios explícitos en una revisión de criterios adversos y en el entrenamiento del uso de la herramienta como sea posible.

Mientras pudieran existir diferencias de opinión sobre cómo es mejor abordar, claramente hay mucho trabajo que hacer para mejorar la detección de EA. Dirigir los recursos necesarios para esta tarea en un medioambiente de cuidado de salud ya tenso es cualquier cosa excepto fácil. El reporte del Instituto de Medicina de 2004 Patient Safety: Achieving a New Standard for Care reitera la necesidad de sistemas de detección de eventos adversos múltiples diciendo “En conclusión, para los Eventos Adversos relacionados con fármacos, y probablemente para otros tipos de eventos adversos, los tres acercamientos para la detección de eventos revisados: vigilancia automatizada, revisión de gráficas, y reporte voluntario, se complementan uno al otro”. Nuestros hallazgos indican que usando enfermeras revisoras con una herramienta de revisión estructurada provee resultados aceptables comparados con la más tradicional revisión médica.

Nota:

1. Luego de la conclusión de su revisión, a los médicos se les presentó un resumen breve de los resultados de la revisión de enfermería y se les pidió indicar si los eventos que ellos habían identificado concordaban con los eventos identificados por la enfermera revisora.

Tabla 1: Características del Estudio.		
Característica	Utah (todos)	Missouri (quirúrgicos)
Hospital	41	36
Enfermeras revisoras	6	6
Casos seleccionados	3689	2852
Revisiones completadas	3529 (95.7%)	2767 (97.0%)
Revisiones por enfermera		
Promedio	504	461
Mínimo	328	264
Máximo	746	786
Tiempo de revisión por caso		
Minutos, promedio + DS	15.0 + o - 8.7	22.04 + o - 16.09

Tabla 2: Hallazgos Generales: Revisión de Enfermeras.		
Hallazgo	Utah	Missouri
Casos revisados	3529	2767
Cualquier evento adverso	24.9% (880)	43.6%(1207)
Eventos adverso totales identificados	1330	2249
Clasificación de daño de EA		
B: un cambio menor en la condición	8.9%(118)	4.0%(90)
C: cambio en la terapia	61.4%(817)	47.8%(1076)
D: transferencia a nivel de cuidado superior	25.4%(338)	41.8%(926)
E: impedimento físico residual	3.2%(42)	5.0%(113)
F: muerte	1.1%(15)	2.0%(44)
Clasificación de causalidad de EA		
4: manejo de cuidado mas que la enfermedad	20.0%(226)	18.8%(442)
5: evidencia moderada o fuerte de que fue el manejo de cuidado	28.0%(372)	42.5%(956)
6: Evidencia virtualmente cierta de que fue el manejo de cuidado	52.0%(692)	38.7%(871)
Eventos clasificados como "incapaz de determinar" por la enfermera		
Porcentaje de todos los casos	3.3%(117)	0.9%(25)
Eventos totales	136	36

**Tabla 3: Muestra de Revisión del Personal Médico:
Hallazgos Generales por tipo de Revisor.**

Hallazgo	Utah 303 revisores méd. Revisores		Missouri revisores méd. Revisores	
	Enfermeras	Médicos	Enfermeras	Médicos
Casos con cualquier EA	49.5% (150)	37.3% (113)	84.0% (615)	61.5% (450)
Total de EA identificados	263	189	1151	766
Clasificación de daño				
B: cambio menor en condición	6.1% (16)	11.1% (21)	4.1% (47)	10.3% (79)
C: cambio en la terapia	63.5% (167)	48.1% (91)	50.4% (580)	50.3% (385)
D: transferencia a nivel de cuidado superior	25.5% (67)	29.6% (56)	37.4% (430)	30.6% (234)
E: impedimento físico residual	3.4% (9)	8.5% (16)	5.5% (63)	5.7% (44)
F: Muerte	1.5% (4)	2.6% (5)	2.7% (31)	3.1% (24)
Clasificación de causalidad de EA				
4: manejo de cuidado mas que enfermedad	20.2% (53)	27.5% (52)	35.8% (412)	39.6% (303)
5: evidencia moderada a fuerte de manejo de cuidado	25.5% (67)	36.0% (68)	36.8% (423)	38.0% (291)
6: evidencia virtualmente cierta de manejo de cuidado	54.4% (143)	36.5% (69)	27.5% (316)	22.5% (172)
Eventos clasificados como "incapaz de determinar" por la enfermera				
Porcentaje de todos los casos	11.7% (35)	no aplica	2.2% (25)	no aplica
Total de eventos	41		36	

Tabla 4. Comparación de Resultados de Revisión de Personal de Enfermería y Médico: Nivel de Caso para EA en Utah.				
		EA Presente	No EA	Total
Enfermera revisora	EA Presente	99	51	150
	No EA	14	139	153
	Total	113	190	303

Tabla 5. Comparación de Resultados de Revisión de Personal de Enfermería y Médico: Nivel de Caso para EA en Missouri.				
		EA Presente	No EA	Total
Enfermera revisora	EA Presente	416	199	615
	No EA	34	83	117
	Total	450	282	732

Tabla 6. Comparación de Resultados de Revisión de Personal de Enfermería y Médico: Nivel de Evento para EA en Utah.				
		EA Presente	No EA	Total
Enfermera revisora	EA Presente	127	136	263
	No EA	65	146	211
	Total	192	282	474

Tabla 7. Comparación de Resultados de Revisión de Personal de Enfermería y Médico: Nivel de Evento para EA en Missouri.				
		EA Presente	No EA	Total
Enfermera revisora	EA Presente	584	567	1151
	No EA	182	283	465
	Total	766	850	1616

Apéndice A- Escala de daño:

- A:** Sin cambio clínico / lesión no aparente (No se ordenó examen diagnóstico o de laboratorio adicional).
- B:** Cambio menor en la condición, se ordenó examen diagnóstico o de laboratorio (Observación incrementada requerida por efectos colaterales).
- C:** Cambio de los signos vitales (medicamentos adicionales, diagnósticos, o tratamientos requeridos, cambio en terapia, disminución de nivel de conciencia, varios exámenes más requeridos.)
- D:** Cambios cardiacos que requirieron intervención, fractura adquirida en el hospital, sangrado que requería intervención, transferencia a una unidad de cuidado mayor, valores de laboratorio en valores críticos, procedimiento quirúrgico no planeado debido a complicación, duración de la estancia incrementada.
- E:** Impedimento físico residual, colocación en respirador, falla cardiaca.
- F:** Muerte.

La escala de daño es ascendente de la A a la F. Los eventos tenían que ser clasificados por lo menos a nivel B para satisfacer el umbral de la definición de EA..

Apéndice B: Escala de causa de manejo de cuidado.

1. Virtualmente evidencia cierta de que la causa fue la enfermedad.
2. Evidencia moderada o fuerte de que la causa fue la enfermedad.
3. Enfermedad es más probable que sea la causa que el manejo de cuidado.
4. Manejo de cuidado es más probable que sea la causa que la enfermedad.
5. Evidencia moderada o fuerte de que la causa fue el manejo de cuidado.
6. Evidencia virtualmente cierta de que el manejo de cuidado fue la causa.

Referencias:

- [1] Testimony to the National Committee on Vital and Health Statistics Subcommittee on Standards and Security by Denise Love, Executive Director of National Association of Health Data Organizations. (2002) Retrieved August 5, 2005, from <http://www.ncvhs.hhs.gov/020829p2.htm>
- [2] Houglan, P., Xu, W., Pickard, S., Masheter, C., & Williams, S.D. (2006). **Performance of ICD-9-CM codes s an adverse drug event surveillance system.** *Medical Care*, 44(7), 629-636.
- [3] Van Tuinen, M., Elder, S., Link, C., Li, S., Song J. H., & Pritchett, T. (2005). **Surveillance of surgery-related adverse events in Missouri using ICD-9-CM codes.** In *Advances in patient safety: From research to implementation* (pp. 245-257), Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- [4] Hiatt, H.H., Barnes, B.A., Brennan, T.A., Laird, N.M., Lawthers, A.G., Leape, L. L., et al., (1989). **A study of medical injury and medical malpractice.** *New England Journal of Medicine*, 321, 480-484.
- [5] Thomas, E.J., Studdert, D.M., Burstin, H. R., Orav, E.J., Zeena, T., Williams, E.J., et al., (2000). **Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado.** *Medical Care*, 38, 261-271.
- [6] Woloshynowych, M., Neale, G., & Vincent, C, C. (2003). **Case record review of adverse events: A new approach.** *Quality and Safety in Health Care*, 12, 411-413.
- [7] Kivlahan, C., Sangster, W., Nelson, K., Buddenbaum, J., & Lobenstein, K. (2002). **Developing a comprehensive adverse event reporting system in an academic health center.** *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(11), 583-594.
- [8] Thomas, E. J., Studdert, D. M., Newhouse, J. P., Zbar, B. I., Howard, K. M., Williams, E.J., et al., (1999). **Costs of medical injuries in Utah and Colorado.** *Inquiry*, 36, 255-264.
- [9] Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L. & Hamilton, J. D. (1995). **The Quality in Australian Health Care study.** *The Medical Journal of Australia*, 163, 458-471.
- [10] Van Tuinen, M., Elder, S., Link, C., Li, S., Song J. H., & Pritchett, T. (2005). **Surveillance of surgery-related adverse events in Missouri using ICD-9-CM codes.** In *Advances in patient safety: From research to implementation* (pp. 245-257), Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

- [11] Fleiss, J. L., (1981). **Statistical methods for rates and proportions** (2nd ed.) New York: John Wiley & Sons.
- [12] **Thomas, E. J., Studdert, D. M. & Brennan, T. A., (2002). The reliability of medical record review for estimating adverse event rates.** *Annals of Internal Medicine*, 136, 812-816.
- [13] Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., et al., (2004). **The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada.** *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- [14] Kim, J., Hammar, N., Jakobson, K., Luepker, R. V., McGovern, P.G., & Ivert, T. (2003). **Obesity and the risk of early and late mortality after coronary artery bypass graft surgery.** *American Heart Journal*, 146(3), 555-560.
- [15] Kubal, C., Srinivasan, A.K., Grayson, A.D., Fabri, B.M., & Chalmers, J.A. (2005). **Effect of risk-adjusted diabetes on mortality and morbidity after coronary artery bypass surgery.** *Annals of Thoracic Surgery*, 79, 1570-1576.
- [16] Lu, J.C., Grayson, A.D., Jha, P., Srinivasan, A.K., & Fabri, B.M. (2003). **Risk factors for sternal wound infection and mid-term survival following coronary artery bypass surgery.** *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 23, 943-949.
- [17] Tang, G.H., Maganti. M., Weisel, R.D., & Borger, M.A. (2004). **Prevention and management of deep sternal wound infection.** *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 16, 62-69.
- [18] Rosenthal, J., & Booth, M. (2003) **Defining reportable adverse events – A guide for states tracking medical errors.** Portland, ME: National Academy for State Health Policy. Retrieved August 5, 2005, <http://www.nashp.org>
- [19] Jha, A.K., Kuperman, G.J., Teich, J.M., Leape, L., Shea, B., Rittenberg, E., et al. (1998). **Identifying adverse drug events: Development of a computer-based monitor and comparison with chart review and stimulated voluntary report.** *Journal of the American Medical Informatics Association*, 5, 305-314.
- [20] Layde, P.M., Cortes, L. M., Teret, S.P., Brasel, K.J., Kuhn, E.M., J.A., et al., (2002). **Patient safety should focus on medical injuries.** *Journal of the American Medical Association*, 287, 1993-1997.



ENEEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T10

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Niveles Educativos de las Enfermeras Hospitalarias y la Mortalidad en Pacientes Quirúrgicos

Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH.

Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality

JAMA. 2003;290(12):1617-1623

Niveles Educativos de las Enfermeras Hospitalarias y la Mortalidad en Pacientes Quirúrgicos.

Linda H. Aiken, PhD, RN; Sean P. Clarke, PhD, RN; Robyn B. Cheung, PhD, RN; Douglas M. Sloane, PhD; Jeffrey H. Silber, MD, PhD

Abstract:

Contexto:

Hay evidencia que sugiere que los niveles de asignación de personal de enfermería afectan la calidad del cuidado que se provee en los hospitales, sin embargo, poco es lo que se conoce con respecto a cómo el nivel educativo de las enfermeras hospitalarias se asocia con los resultados de paciente.

Objetivo:

Examinar si la proporción de enfermeras registradas hospitalarias educadas a nivel licenciatura o superior se asocia con el nivel de riesgo de mortalidad ajustado y de fallas de rescate (muertes en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias).

Diseño, Establecimiento, y Población:

Se llevaron a cabo análisis cross-seccionales con datos de resultados de 232,342 pacientes que habían sido sometidos a cirugías diversas en 168 hospitales generales de Pennsylvania, entre Abril 1 de 1998 y Noviembre 30 de 1999. A estos datos se les integró información sobre educación, asignación de personal, y otros datos de enfermería.

Resultados:

Se encontró que un incremento de 10% en la población de enfermeras con licenciatura se asoció con una disminución de 5% en la probabilidad, tanto de muerte, como de fallas de rescate dentro de los 30 días post-admisión (odds ratio 0.95, intervalo de confianza de 95% 0.91-0.99).

Conclusión:

Los hospitales que mantuvieron mayores proporciones de enfermeras educadas a nivel licenciatura o superior, reportaron tasas de mortalidad y fallas de rescate en pacientes quirúrgicos más bajas que los hospitales que mantuvieron menores proporciones de enfermeras educadas a nivel licenciatura o superior.

Palabras clave: : estatus educacional, mortalidad, enfermeras, asignación de personal, calidad del cuidado, carga de trabajo.

La insuficiente asignación de personal de enfermería está referida, tanto por personal médico como por el público en general, como una de las mayores amenazas para la seguridad de los pacientes hospitalarios norteamericanos [1]. Nosotros llevamos a cabo un estudio con hospitales de Pennsylvania y encontramos que: (1) cada paciente adicional en la carga de trabajo promedio de las enfermeras registradas había incrementado cerca de 7% el riesgo de muerte de pacientes luego de los procedimientos quirúrgicos comunes; y (2) que el riesgo de muerte había sido más de 30% mayor en aquellos hospitales donde las cargas de trabajo promedio de las enfermeras eran de 8 o más pacientes por turno en comparación con los hospitales donde cada enfermera cuidaba 4 o menos pacientes por turno [2]. Estos hallazgos son atemorizantes dada la tendencia de la escasez de enfermeras, y por consiguiente, esto genera preocupación con respecto al futuro - situación que nos obliga a investigar qué otras características de la fuerza laboral, además del ratio de pacientes por enfermera, son necesarias para lograr buenos resultados de pacientes - [3].

Por su posición para iniciar las acciones necesarias, las enfermeras constituyen el principal sistema de vigilancia en la detección de complicaciones y problemas durante el cuidado [4]. Por lo tanto, su juicio clínico – así como la precisión en su asignación - son asuntos críticos para lograr una vigilancia efectiva, y por lo tanto buenos resultados de pacientes [5-10].

En los Estados Unidos, las enfermeras reciben su educación a través de tres formas:

- 1) programas de diploma de 3 años llevados a cabo en hospitales;
- 2) programas de enfermería de grado asociado llevados a cabo en pequeños colegios (nivel técnico);
- 3) programas de licenciatura llevados a cabo en universidades.

En el año de 1950, 92% de las enfermeras registradas se habían graduado a través de programas de diploma hospitalario [11]. Para el año 2001, sólo el 3% se estaba graduando de esa forma, mientras el 61% lo hizo por medio de programas de grado asociado, y el 36% a través de universidades [12]. Sorprendentemente, poco es lo que se conoce sobre los beneficios, si es que los hay, con respecto del substancial crecimiento de enfermeras con grados de licenciatura - especialmente ante la creencia de que la experiencia de las enfermeras es más importante que su nivel de educación -. A pesar de la diversidad de programas educacionales para preparar enfermeras, así como de la presupuesta conexión entre la educación y el juicio clínico, poco es lo que se conoce con respecto al impacto que la educación tiene sobre los resultados de pacientes [13]. Los reportes han sugerido que las enfermeras preparadas a nivel licenciatura tienen mayor probabilidad de demostrar los

comportamientos profesionales importantes para la seguridad del paciente; sin embargo, parece que estos hallazgos no han sido conclusivos [14-17].

Los 168 hospitales de Pennsylvania incluidos en nuestro estudio reportaron diferencias substanciales en sus proporciones de enfermeras con grado de licenciatura o mayor [2]. Esta variabilidad nos llevó a considerar explorar la asociación entre la mezcla educacional del personal de enfermería y los resultados de pacientes; específicamente, si los hospitales con mayores proporciones de enfermeras de cuidado directo con grados de licenciatura o superior reportaban menores tasas de mortalidad y de fallas de rescate (muertes de pacientes por complicaciones serias) que los hospitales con menores de tales proporciones. En otras palabras, si los antecedentes educacionales de las enfermeras – además del factor asignación de personal – eran predictores de la calidad del cuidado.

Con estudios como este es posible explorar los potenciales beneficios que una fuerza de trabajo de enfermería altamente educada puede aportar.

Métodos:

Analizamos datos derivados de los reportes de altas hospitalarias que fueron complementados con algunos datos de las características hospitalarias y sus enfermeras [2]. El comité de revisión institucional de la Universidad de Pennsylvania aprobó el protocolo del estudio.

La muestra se formó con 168 (80%) de los 210 hospitales de cuidado agudo para adultos operando en Pennsylvania en 1999 que: (1) habían reportado sus altas quirúrgicas al *Pennsylvania Health Care Cost Containment Council*; (2) tenían datos sobre sus características estructurales en 2 bases de datos administrativas externas (la *American Hospital Association [AHA] anual survey* [18], y la *Pennsylvania Department of Health Hospital Questionnaire* [19]); y (3) en los que por lo menos 10 enfermeras respondieron a nuestro cuestionario, y cuya actividad previa era suficiente para proveer estimaciones confiables. Veintiséis hospitales fueron excluidos debido a datos perdidos, y otros diez por qué no tuvieron el número suficiente de enfermeras para responder al cuestionario.

Una muestra aleatoria de enfermeras registradas residiendo en Pennsylvania recibieron los cuestionarios en sus hogares durante la primavera de 1999. Las encuestas fueron completadas por 10,184 de ellas. La tasa de respuesta fue de 52% – similar a las de otras encuestas voluntarias y anónimas sobre profesionales de la salud [20]. Las características demográficas de nuestras respondientes también fueron similares a aquellas de las enfermeras hospitalarias de Pennsylvania quienes formaron parte de la *National Sample Survey of Registered Nurses* [21]. Por ejemplo, las medias de las edades de las enfermeras en nuestra muestra y en la *National Sample Survey of Registered Nurses* fueron 40 y 41 años respectivamente. En cuanto a las enfermeras trabajando tiempo completo, los porcentajes fueron 66% y 69% respectivamente. Y sobre las enfermeras con licenciatura en enfermería, los porcentajes fueron 30% y 31% respectivamente.

A las enfermeras se les pidió indicar si su mayor grado era un diploma hospitalario de 3 años, un grado asociado (nivel técnico), o un grado de licenciatura, maestría u otro superior. El 4.3% respondió “otro” por lo que se codificó como desconocido y el resto de sus respuestas no fueron incluidas en las medidas de calificaciones educacionales. Después se verificó que esta decisión no influyó en los resultados. Debido a que no hubo evidencia de que las proporciones relativas de enfermeras con

diplomas ó nivel técnico habían afectado los resultados de pacientes estudiados, ambas categorías fueron integradas en una sola. La mezcla educacional del personal hospitalario final fue caracterizada simplemente en términos del porcentaje de enfermeras con grado de licenciatura o superior.

La carga de trabajo fue calculada como la media del número de pacientes asignados a las enfermeras de personal quienes reportaron haber cuidado entre uno y veinte pacientes durante el turno anterior. Usamos la media del número de años de actividad laboral como medida de la experiencia.

Tres características hospitalarias fueron usadas como variables de control: tamaño, estatus de enseñanza – con o sin programas de residencia y otros-, y estatus de tecnología - con o sin instalaciones para llevar a cabo cirugías de corazón y/o trasplantes de órganos -. Los datos fueron obtenidos de la *1999 AHA annual survey*, y de la *1999 Pennsylvania Department of Health Hospital Survey*. Se usaron tres categorías de tamaño de hospital: con menos o igual a 100 camas; con 101 a 250 camas; y con más de 250 camas.

Pacientes y Resultados de Pacientes:

Los informes de las 232,342 altas de pacientes, cuyas edades se encontraron entre los 20 y 85 años, y quienes se sometieron a diversos procedimientos quirúrgicos entre Abril 1 de 1998 y Noviembre 30 de 1999 en los citados 168 hospitales no federales de Pennsylvania, fueron obtenidos del *Pennsylvania Health Care Cost Containment Council* [2].

Examinamos la asociación entre las características educacionales de las enfermeras y el número de muertes dentro de los 30 días post-admisión. Las complicaciones de pacientes fueron clasificadas considerando los códigos de la *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*, así como la evidencia empírica [22-24].

Incluimos variables para indicar el tipo de cirugía y la presencia de condiciones crónicas pre-existentes, esto de acuerdo a la clasificación *ICD-9-CM*, así como a diversos términos de interacción elegidos sobre la base de su potencial para predecir mortalidad y fallas de rescate. Para generar los modelos de riesgo ajustado seguimos un acercamiento similar al de Silber y colegas [22-26]; el estadístico c resultó ser 0.89 para el modelo de riesgo ajustado de paciente, y 0.89 para el modelo de fallas de rescate. También estimamos y controlamos el efecto de la presencia de cirujanos certificados en riesgo de mortalidad y fallas de rescate [27].

Análisis de Datos:

Se calcularon estadísticas descriptivas (medias, DS, y porcentajes), así como pruebas de significancia (χ^2 y F) para comparar los hospitales con respecto de la mezcla educacional, experiencia, y asignación de su personal de enfermería, así como de las características de sus pacientes. Se usaron modelos de regresión logística para estimar los efectos de un incremento de 10% en la proporción de enfermeras con licenciatura o superior sobre la mortalidad y fallas de rescate, y de la influencia de la asignación de personal, la experiencia de enfermería, y la certificación de los cirujanos. Las asociaciones entre mezcla educacional, asignación de personal, experiencia, certificación de los cirujanos, y resultados de pacientes fueron calculadas antes

y después de controlar las características de pacientes (demográficas, naturaleza de la admisión, comorbilidades, términos de interacción relevantes, etcétera) así también como las características hospitalarias (número de camas, estatus de enseñanza, y estatus de tecnología).

Aplicamos los procedimientos Huber-White para ajustar los errores estándares de los parámetros. Los estimados de estandarización directa derivados del modelo final son presentados para indicar el tamaño del efecto de la mezcla educacional del personal de enfermería independientemente pero en conjunto con los niveles de asignación de personal de enfermería

Resultados:

Características de Hospitales y Pacientes:

En la tabla 1 se muestra información sobre algunas características de los 168 hospitales de nuestra muestra. Cerca de 19% de los hospitales tenían más de 250 camas, 36% eran hospitales con actividades de enseñanza, y 28% tenían instalaciones de alta tecnología. Considerando todos los hospitales, las enfermeras tuvieron una media de 14.2 (DS 2.7) años de experiencia y una media de 5.7 (DS 1.1) pacientes cuidados en su turno anterior. La proporción de enfermeras con grado de licenciatura o mayor fue desde 0% hasta 70% entre los diversos hospitales. En los hospitales con mayores proporciones de enfermeras preparadas a nivel licenciatura o maestría se reportaron menores cargas de trabajo.

Tabla 1: Características Hospitalarias por Composición Educacional de su Personal de Enfermería:

Característica Hospitalaria	Todos los Hosp. (N = 168)	Porcentaje de Enfermeras con Licenciatura o Superior					Valor P de la Tendencia (a)
		<20% (n = 34)	20%-29% (n = 53)	30%-39% (n = 36)	40%-49% (n = 26)	>50% (n = 19)	
Grande [>250 camas] No. (%)	32 (19.1)	1 (2.9)	3 (5.7)	9 (25.0)	8 (30.8)	11 (57.9)	<.001
Con enseñanza No. (%)	61 (36.3)	5 (14.7)	14 (26.4)	15 (41.7)	12 (46.2)	15 (78.9)	<.001
Con alta tecnología No. (%)	47 (28.0)	2 (5.9)	10 (18.9)	12 (33.3)	10 (38.5)	13 (68.4)	<.001
Exper. Enferm. Media. (DE)	14.2 (2.7)	14.9 (3.6)	14.2 (2.1)	14.0 (2.3)	14.3 (2.6)	12.5 (3.1)	0.19
Radio patient./enferm. Media (DE)	5.7 (1.1)	6.5 (1.1)	5.7 (1.0)	5.5 (1.1)	5.5 (1.0)	5.2 (1.1)	<.001

(a) Los valores P fueron derivados de pruebas Chi Cuadrada y F.

En la tabla 2 se muestran algunas características de los pacientes de la muestra y cómo éstas variaron entre los hospitales con diferentes mezclas educacionales de sus enfermeras. 43.7% eran hombres con una media de 59.3 años de edad (DS=16.9). De los 232,342 pacientes, 53,813 (23.2%) experimentaron una complicación mayor no presente durante la admisión, 4,535 (2.0%) murieron dentro de los siguientes 30 días post-admisión, y la tasa de mortalidad entre pacientes con complicaciones (fallas de rescate) fue 8.4%. Las 2 mayores categorías de pacientes con procedimientos quirúrgicos fueron las ortopédicas (51.2%) y la del tracto digestivo y hepatobiliar (36.4%). Las comorbilidades de pacientes más comunes fueron hipertensión (34.4%) y diabetes (13.5%). Algunas características de pacientes, incluyendo si el cirujano estaba certificado, variaron entre los diversos grupos de hospitales.

Tabla 2: Características de los Pacientes Quirúrgicos por Composición Educativa del Personal de Enfermería (a)

Característica de Pacientes	Todos los Hosp. (N = 168)	Porcentaje de Enfermeras con Licenciatura o Superior				
		<20% (n = 34)	20%-29% (n = 53)	30%-39% (n = 36)	40%-49% (n = 26)	>50% (n = 19)
Total de Pacientes No. (%)	232,342	24,766 (10.7)	54,366 (23.4)	58,329 (25.1)	47,955 (20.6)	46,926 (20.2)
Edad, media (DE)	59.3 (16.9)	61.3 (16.9)	60.8 (16.7)	58.9 (17.1)	59.0 (16.9)	57.3 (16.8)
Hombres No. (%)	101,624 (43.7)	10,350 (41.8)	23,298 (42.9)	25,369 (43.5)	20,891 (43.6)	21,716 (43.3)
Admisión Emergencia No. (%)	63,355 (27.3)	4,691 (18.9)	15,495 (28.5)	16,535 (28.3)	13,583 (28.3)	13,051 (27.8)
Muerte en 30 días post.adm. No. (%)	4,535 (2.0)	582 (2.3)	1170 (2.2)	1057 (1.8)	911 (1.9)	815 (1.7)
Pacientes con complicación No. (%)	53,813 (23.2)	5,731 (22.9)	12,439 (22.9)	13,278 (22.8)	10,551 (22.0)	11,814 (25.2)
Muerte por falla rescate No. (%)	4,535 (8.4)	582 (10.2)	1,170 (9.4)	1,057 (8.0)	911 (8.6)	815 (6.9)
Cirugía vascular No. (%)	11,194 (4.8)	1,006 (4.1)	2,275 (4.2)	2,610 (4.5)	2,307 (4.8)	2,996 (6.4)
Cirugía Sist. Digest. No. (%)	54,919 (23.6)	6,728 (12.3)	13,159 (24.0)	13,377 (24.4)	10,898 (22.7)	10,757 (22.9)
Cirugía Hepato-biliar No. (%)	29,660 (12.8)	4,050 (13.7)	6,609 (12.7)	8,138 (14.0)	5,651 (11.8)	4,912 (10.5)
Cirugía Musculo-esquelet. No. (%)	118,945 (51.2)	11,124 (44.9)	28,515 (52.5)	30,256 (51.9)	25,019 (52.2)	24,031 (51.2)
Cirugía Piel y Gland. Mamar. No. (%)	12,771 (5.5)	1,390 (5.6)	2,634 (4.8)	3,156 (5.4)	3,015 (6.3)	2,576 (5.5)
Cirug. Endocrino Metab. No. (%)	4,853 (2.1)	468 (1.9)	874 (1.6)	792 (1.4)	1,065 (2.2)	1,654 (3.5)
Comorb. Hipertensión No. (%)	79,827 (34.4)	8,524 (34.4)	19,243 (35.4)	18,604 (31.9)	16,726 (34.9)	16,730 (35.7)
Comorb. Diabetes No. (%)	31,385 (13.5)	3,705 (11.8)	8,001 (14.7)	7,207 (12.4)	6,294 (13.1)	6,178 (13.2)
Comorb. Diab. Insul. Dep. No. (%)	3,607 (1.6)	420 (1.7)	785 (1.4)	949 (1.6)	700 (1.5)	753 (1.6)
Comorb. Cancer No. (%)	28,558 (12.3)	3,050 (12.3)	6,438 (11.8)	6,425 (11.0)	6,121 (12.8)	6,524 (13.9)
Comorb. Enf. Pulm. Cron. No. (%)	19,819 (8.5)	2,566 (10.4)	5,251 (9.7)	4,670 (8.0)	4,063 (8.5)	3,269 (7.0)
Comorb. Falla Card. Cong. No. (%)	11,795 (5.1)	1,445 (5.8)	2,899 (5.3)	2,688 (4.6)	2,313 (4.8)	2,450 (5.2)
Comorb. Arritmia No. (%)	3,965 (1.7)	444 (1.8)	973 (1.8)	886 (1.5)	856 (1.8)	806 (1.7)
Comorb. Estenosis Aort. No. (%)	2,248 (1.0)	235 (0.9)	498 (0.9)	574 (1.0)	479 (1.0)	462 (1.0)
Cirujano Certificado No. (%)	170,063 (73.2)	16,324 (65.9)	37,580 (69.1)	45,178 (77.5)	37,053 (77.3)	33,928 (72.3)

Todas las características difirieron significativamente entre grupos de hospitales al nivel P < .001, de acuerdo a la prueba F.

En la tabla 3 se muestran los odds ratios (ORs) de los efectos de la educación, asignación de personal, experiencia, y la presencia de un cirujano certificado. Interesantemente encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la proporción de enfermeras con grados de licenciatura o maestría y los riesgos de mortalidad y fallas de rescate, tanto antes, como después de controlar otras características de pacientes.

Tabla 3: Odds Ratios estimando los efectos de las variables enfermera y médico sobre mortalidad y fallas de rescate

Resultado y Efecto	Estimado Separadamente y sin Ajustar	Valor P	Estimado Conjuntamente y Ajustado	Valor P
	Odds Ratio (95% IC)		Odds Ratio (95% IC)	
Mortalidad				
Educ. Enferm.	0.94 (0.89-0.99)	0.02	0.95 (0.91-0.99)	0.008
Asign. Pers. Enferm.	1.14 (1.08-1.19)	< .001	1.06 (1.01-1.10)	0.02
Exper. Enferm.	1.03 (1.01-1.06)	0.009	1.00 (0.98-1.02)	0.86
Cirujano Certif.	0.51 (0.41-0.63)	<.001	0.85 (0.73-0.99)	0.03
Falla de Rescate				
Educ. Enferm.	0.92 (0.89-0.96)	<.001	0.95 (0.91-0.99)	0.02
Asign. Pers. Enferm.	1.11 (1.06-1.16)	< .001	1.05 (1.01-1.10)	0.03
Exper. Enferm.	1.03 (1.01-1.06)	0.009	1.01 (0.98-1.03)	0.52
Cirujano Certif.	0.61 (0.50-0.74)	<.001	0.80 (0.68-0.94)	0.007

Con cada incremento de 10% en la proporción de enfermeras con licenciatura o grado superior el riesgo de mortalidad y fallas de rescate disminuyó 5%. La asignación de personal, experiencia, y presencia de un cirujano certificado tuvieron asociaciones significativas con la mortalidad antes de controlar la mezcla educacional de las enfermeras registradas.

La variable años de experiencia de las enfermeras no fue encontrada como un predictor significativo de la mortalidad o fallas de rescate en los análisis. Ninguno de los términos de interacción creados al combinar estas 4 variables alcanzó significancia estadística, sugiriendo que la educación de enfermería, la asignación de personal, y la certificación del cirujano operan independientemente el uno del otro en cuanto a la predicción de la mortalidad y fallas de rescate. Estos resultados sugieren que incrementar el porcentaje de enfermeras con licenciatura o superior, con seguridad, generaría disminuciones sustanciales en las tasas de mortalidad y de complicaciones. De acuerdo con los modelos de predicción, si la proporción de enfermeras con licenciatura en todos los hospitales fuera de 60% en vez de 20%, se esperarían 3.6 menos muertes por 100 pacientes y 14.2 menos muertes por 1000 pacientes con complicaciones (tabla 4). En tabla 4 también se muestra que el efecto de un incremento de 20% en el porcentaje de enfermeras licenciadas equivaldría casi al efecto de una reducción de 2 pacientes en la media de la carga de trabajo. En general las tasas de mortalidad y de fallas de rescate serían menores si las proporciones de enfermeras por pacientes fueran mayores, y si esta fuerza laboral estuviera compuesta con más enfermeras con licenciatura o mayor.

Tabla 4: Tasas de mortalidad y fallas de rescate estimadas por 1000 pacientes X nivel de educación y asign. Pers.

	Pacientes por Enfermera			
	8	6	4	Total
Educación, % con licenciatura	Mortalidad			
20	23.8	21.6	19.7	21.1
40	21.7	19.8	18	19.2
60	19.8	18	16.4	17.5
Total	22	20	18.2	19.5
	Fallas de Rescate			
20	100.2	92.6	85.4	90.4
40	92.2	85	78.4	83.1
60	84.7	78	71.8	76.2
Total	93.4	86.2	79.5	84.3

Este estudio provee una evidencia empírica de que el empleo de enfermeras con grados de licenciatura o mayor está asociado con mejores resultados de pacientes. Nuestros hallazgos sugieren que los pacientes quirúrgicos cuidados en hospitales con mayores proporciones de enfermeras con grados de licenciatura o superior tuvieron una sustancial ventaja de supervivencia sobre aquellos que fueron tratados en hospitales con menos enfermeras con licenciatura o superior. Paralelamente, los pacientes quirúrgicos experimentando complicaciones serias durante la hospitalización tuvieron mayor probabilidad de sobrevivir en los hospitales con mayores proporciones de enfermeras con educación a nivel licenciatura.

Cuando las proporciones de enfermeras registradas con diplomas hospitalarios y grados asociados como sus mejores credenciales fueron examinadas por separado, esta diferencia no fue un factor determinante en los resultados de pacientes. Es decir, no se encontraron diferencias significativas cuando se consideraron las enfermeras con diploma y las enfermeras con nivel técnico por separado. Por su parte, los mejores resultados asociados con mayores proporciones de enfermeras con licenciatura o superior fueron independientes de los mayores niveles de asignación de personal. Por consiguiente, tanto los ratios de pacientes por enfermeras más bajos, así como un mayor número de enfermeras registradas educadas a nivel licenciatura, parecen estar conjunta y/o independientemente asociados con menores tasas de mortalidad y de fallas de rescate en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos comunes.

En nuestra muestra de 168 hospitales de Pennsylvania en los cuales la proporción de enfermeras con grados de licenciatura y medias de ratios de paciente a enfermera variaron ampliamente, 2% (4535/232,342) de los pacientes quirúrgicos murieron dentro de los 30 días post-admisión. Nuestros resultados sugieren que si la proporción de enfermeras con licenciatura o mayor hubiera sido 60%, y si el ratio de pacientes a enfermeras hubiera sido 4:1, posiblemente 750 de estos pacientes pudieron haberse salvado; y si la proporción de enfermeras con licenciatura hubiera sido 20% y la asignación de personal 8:1, 995 pacientes más pudieron haber muerto. Aunque esta diferencia de más de 1700 muertes en dos escenarios educacionales y de asignación de personal es aproximada, también representa un estimado conservador de los porcentajes de muertes potencialmente prevenibles atribuibles a la educación de las enfermeras y a los niveles de asignación de personal.

Una limitación de nuestro estudio fue la tasa de respuesta de 52%; sin embargo, examinando las respondientes de Pennsylvania de la National Sample Survey of Registered Nurses conducida en 2000 [21], no encontramos evidencia de diferencias pronunciadas entre nuestras respondientes y las de la otra encuesta en términos de satisfacción laboral o características demográficas, incluyendo educación; sin embargo, para tener mayor precisión es necesario llevar a cabo estudios longitudinales [29].

La investigación sugiere que las enfermeras ejecutivas en los hospitales con programas de enseñanza prefieren tener una fuerza de trabajo con aproximadamente 70% de enfermeras preparadas a nivel licenciatura - estas ejecutivas estiman que el nivel actual es de 51% - [31].

Los ingresos a los programas de licenciatura en enfermería declinaron casi 10% de 1995 a 2000, sin embargo, en los últimos años parece que ha habido un repunte [21, 32]. Cerca del 22% de las enfermeras obtuvieron su licenciatura luego de haber cursado el nivel técnico. Por otra parte, la proporción de enfermeras hospitalarias que buscaron más estudios declinó de 14% en 1984 a 9% en 2000. También disminuyó la proporción de enfermeras hospitalarias que recibieron apoyo de sus empleadores con sus colegiaturas (de 66% en 1992 a 53% en 2000 [21, 33]). Considerando lo anterior, para enfrentar la demanda de enfermeras preparadas a nivel licenciatura se requiere de apoyos renovados y de incentivos de parte de los empleadores para fomentar que las enfermeras busquen una educación a nivel licenciatura y superior.

En la actual escasez de enfermeras (así como en las anteriores) la discusión de las políticas públicas se ha centrado exclusivamente en cómo incrementar la provisión de enfermeras [34-36]. Nuestra documentación sobre los significativamente mejores resultados de pacientes en hospitales con mayores proporciones de enfermeras educadas a nivel licenciatura subraya la importancia de poner un mayor énfasis sobre la planeación de la composición educacional de esta fuerza laboral. Nuestros resultados sugieren que los esfuerzos de los empleadores para reclutar y retener enfermeras preparadas a nivel licenciatura, sin duda podrían conducir a una mejoría substancial en la calidad del cuidado.

Author Information Author Affiliations: Center for Health Outcomes and Policy Research, School of Nursing (Drs Aiken, Clarke, Cheung, and Sloane), Leonard Davis Institute of Health Economics (Drs Aiken, Clarke, and Silber), Department of Sociology (Dr Aiken), Population Studies Center (Drs Aiken, Clarke, and Sloane), and Departments of Pediatrics and Anesthesia, School of Medicine (Dr Silber), University of Pennsylvania, Philadelphia; and Center for Outcomes Research, Children's Hospital of Philadelphia (Dr Silber).

Corresponding Author and Reprints: Linda H. Aiken, PhD, RN, Center for Health Outcomes and Policy Research, University of Pennsylvania, 420 Guardian Dr, Philadelphia, PA 19104-6096 (e-mail: laiken@nursing.upenn.edu).

Acquisition of data: Aiken, Clarke, Sloane, Silber.

Analysis and interpretation of data: Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, Silber.

Drafting of the manuscript: Aiken, Clarke, Cheung, Sloane.

Critical revision of the manuscript for important intellectual content: Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, Silber.

Statistical expertise: Clarke, Cheung, Sloane, Silber.

Obtained funding: Aiken, Sloane, Silber.

Administrative, technical, or material support: Aiken, Clarke, Cheung.

Study supervision: Aiken, Clarke.

Funding/Support: This study was supported by grant R01NR04513 (Dr Aiken) from the National Institute of Nursing Research, the National Institutes of Health and the Agency for Healthcare Research and Quality, and by a Robert Wood Johnson Foundation Health Policy Investigator Award.

Notas y Referencias:

1. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med.* 2002; 347: 1933-1940. pmid: 12477944 CrossRef Medline
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002; 288: 1987-1993. pmid: 12387650 Free Full Text
3. Buerhaus PI, Staiger DO, Auerbach DI. Implications of an aging registered nurse workforce. *JAMA.* 2000; 283: 2948-2954. pmid: 10865272 Free Full Text
4. Clarke SP, Aiken LH. Failure to rescue. *Am J Nurs.* 2003; 103: 42-47. pmid: 12544057 Medline

5. American Nurses Association. Nurse Staffing and Patient Outcomes: In the Inpatient Hospital Setting. Washington, DC: American Nurses Association; 2000.
6. Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nurs Res.* 1998; 47: 43-50. pmid: 9478183 CrossRef Medline
7. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care.* 2003; 41: 142-152. pmid: 12544551 CrossRef Medline
8. Hartz AJ, Krakauer H, Kuhn EM, et al. Hospital characteristics and mortality rates. *N Engl J Med.* 1989; 321:1720-1725. pmid: 2594031 Medline
9. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image J Nurs Sch.* 1998; 30: 315-321. pmid: 9866290 Medline
10. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 2002; 346: 1715-1722. pmid: 12037152 CrossRef Medline
11. Source Book-Nursing Personnel. Hyattsville, Md: US Dept of Health and Human Services; 1981.
12. National Council of State Boards of Nursing. Annual report 2001. Available at: http://www.ncsbn.org/public/about/res/AnnRpt_FY01.pdf. Accessed May 2, 2003.
13. Hickam DH, Severance S, Feldstein A, et al. The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. Evidence Report/Technology Assessment 74. AHRQ publication 03-E031.
14. Minnick AF, Roberts MJ, Young WB, et al. What influences patients' reports of three aspects of hospital services? *Med Care.* 1997; 35: 399-409. pmid: 9107207 CrossRef Medline
15. Young WB, Lehrer EL, White WD. The effect of education on the practice of nursing. *Image J Nurs Sch.* 1991; 23: 105-108. pmid: 2060948 Medline 1
16. Johnson JH. Differences in the performances of baccalaureate, associate degree, and diploma nurses: a meta-analysis. *Res Nurs Health.* 1988; 11: 183-197. pmid: 3399699 Medline
17. Blegen MA, Vaughn T, Goode CJ. Nurse experience and education: effect on quality of care. *J Nurs Adm.* 2001; 31:33-39. pmid: 11198839 Medline
18. American Hospital Association. Hospital Statistics 1999 Edition. Chicago, Ill: Health Forum; 1999.
19. Hospital Questionnaire: Reporting Period July 1, 1998-June 30, 1999. Harrisburg: Pennsylvania Dept of Health, Division of Statistics; July 1999.
20. Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol.* 1997; 50: 1129-1136. CrossRef Medline

21. The Registered Nurse Population: Findings From the National Sample Survey of Registered Nurses. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; March 2000.
22. Silber JH, Rosenbaum PR, Trudeau ME, et al. Multivariate matching and bias reduction in the surgical outcomes study. *Med Care.* 2001; 39: 1048-1064. pmid: 11567168 CrossRef Medline
23. Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, et al. Anesthesiologist direction and patient outcomes. *Anesthesiology.* 2000; 93: 152-163. pmid: 10861159 CrossRef Medline
24. Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, et al. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology.* 2002; 96: 1044-1052. pmid: 11981141 CrossRef Medline
25. Silber JH, Rosenbaum PR, Schwartz JS, Ross RN, Williams SV. Evaluation of the complication rate as a measure of quality of care in coronary artery bypass graft surgery. *JAMA.* 1995; 274:317-323. pmid:7609261Free Full Text
26. Silber JH, Rosenbaum PR. A spurious correlation between hospital mortality and complication rates: the importance of severity adjustment. *Med Care.* 1997; 35(10 suppl): 0S77-0S92. pmid: 9339779 CrossRef Medline
27. American Board of Medical Specialties. The Official ABMS Directory of Board Certified Medical Specialists. 32nd ed. New Providence, NJ: Marquis Who's Who; 2000.
28. Bishop YMM, Fienberg SE, Holland PW. *Discrete Multivariate Analysis: Theory and Practice.* Cambridge, Mass: MIT Press; 1975.
29. Iezzoni LI. *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes.* 2nd ed. Chicago, Ill: Health Administration Press; 1997.
30. Rosenbaum PR, Rubin DB. Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score. *Am Stat.* 1985; 39: 33-38. CrossRef
31. Goode CJ, Pinkerton S, McCausland MP, et al. Documenting chief nursing officers' preference for BSN-prepared nurses. *J Nurs Adm.* 2001; 31:55-59. pmid: 11271678 CrossRef Medline
32. American Association of Colleges of Nursing. Though enrollments rise at US nursing colleges and universities, increase is insufficient to meet the demand for new nurses. December 2002. Available at: <http://www.aacn.nche.edu/media/newsreleases/enr102.htm>. Accessed May 2, 2003.
33. The Registered Nurse Population: Findings from the National Sample Survey of Registered Nurses, March 1992 Washington, DC: US Dept of Health and Human Services; 1992. USDHHS 55/4872.
34. Seventh Report to the President and Congress on the Status of Health Personnel in the United States. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; 1990.
35. National Advisory Council on Nurse Education and Practice. Report to the Secretary of the Department of Health and Human Services on the Basic Registered Nurse Workforce. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, Division of Nursing; October 1996.
36. *Recreating Health Professional Practice for a New Century: The Fourth Report of the Pew Health Professions Commission.* San Francisco, Calif: Pew Health Professions Commission; 1998.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T11

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Percepciones de los Empleadores sobre el Conocimiento, la Competencia, y el Profesionalismo de las Graduadas de la Licenciatura de Enfermería con Programas Basados en la Solución de Problemas

Williams B, Day RA.

Employer Perceptions of Knowledge, Competency, and Professionalism of Baccalaureate Nursing Graduates from a Problem-Based Program. *Int J Nurs Educ Scholarsh* [serie en internet] 2009 [consultado 7 agosto 2012];6(1):Article36 [14 págs] Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/ijnes.2009.6.1/ijnes.2009.6.1.1646/ijnes.2009.6.1.1646.xml>

Percepciones de los Empleadores sobre el Conocimiento, la Competencia, y el Profesionalismo de las Graduadas de la Licenciatura de Enfermería con Programas Basados en la Solución de Problemas:

Bev Williams: beverly.williams@ualberta.ca

Rene A. Day: rene.day@ualberta.ca

Los autores agradecen a Caroline Porr, Research Assistant, por sus contribuciones a esta investigación.

Copyright c

2009 Berkeley Electronic Press. All rights reserved.

Abstract:

La evaluación de las graduadas de enfermería por parte de los diversos empleadores es uno de los componentes críticos en la evaluación de los programas profesionales educativos, y representa un punto de vista que no siempre es reportado en la literatura. En este sentido, se ha propuesto que un Aprendizaje Basado en la Solución de Problemas (ABSP) aumenta la adquisición de conocimientos, la competencia clínica, y el comportamiento profesional de las graduadas. En este paradigma, las estudiantes asumen el rol de enfermeras registradas mientras reproducen escenarios de la práctica real en sus salones de clase.

El propósito de este estudio fue explorar las percepciones de algunos empleadores con respecto al conocimiento, la competencia, y el profesionalismo de diversas graduadas de enfermería de programas de Aprendizaje Basado en la Solución de Problemas (ABSP). Una muestra de empleadores de enfermeras (N=53) participaron en 10 discusiones de tipo enfoque de grupo, y cuatro temas principales fueron derivados a partir de sus descripciones sobre sus experiencias con graduadas de programas ABSP: "todavía áspero en las orillas", "queremos que tengan éxito", "una nueva generación de practicantes", y "potencial para liderar la profesión en el futuro".

Palabras clave: aprendizaje basado en la solución de problemas, percepciones de los empleadores.

Para poder proveer cuidados de calidad, las graduadas de enfermería deben tener suficientes conocimientos, ser competentes, profesionales, y capaces de hacer juicios clínicos sólidos. El objetivo de los programas de educación profesional de enfermería debe ser el mejoramiento de la práctica; y por lo tanto, estos programas deben incluir planes comprensivos de evaluación (Ryan & Hodson, 1992). Por consiguiente, y aunque raramente reportadas en la literatura, las percepciones de los empleadores con respecto de las graduadas de enfermería son componentes críticos en esta evaluación (Barrett, Arklie & Smillie, 1996; Howard, Hubelbank, & Moore, 1989; Lowry et al. 2000; Ryan & Hodson; Stetson & Romeo, 1996)

El Aprendizaje Basado en la Solución de Problemas (ABSP) está siendo cada vez más utilizado como paradigma de la educación de enfermería (McLoughlin & Darvill, 2007; Rideout & Carpio, 2001; Rowan, McCourt, Bick, & Beak, 2007) y al respecto, Williams & Day, 2007, consideran que esta estrategia de enseñanza aumenta la adquisición de conocimientos, la competencia clínica, y el comportamiento profesional, al hacer que las estudiantes asuman el rol de enfermeras mientras recrean diversos escenarios en sus salones de clase. En este sentido, se espera que las graduadas de programas ABSP desarrollen bases teóricas sólidas, competencia clínica y profesionalismo; sin embargo, no existen suficientes investigaciones que exploren estos resultados desde la perspectiva del empleador. El propósito de este estudio es generar información al respecto a partir de las percepciones de los empleadores sobre las graduadas de enfermería de programas ABSP.

Revisión de la Literatura:

Los sistemas de cuidado de la salud y las graduadas universitarias de enfermería continuarán enfrentando una era de cambios mundiales sin precedentes (Tompkins, 2001). Al respecto, Valanis, 2000 identificó las siguientes cualidades en una enfermera competente del siglo 21: reflexiona críticamente sobre la práctica, es auto-dirigida, está activamente involucrada en el continuo aprendizaje, fomenta en sus colegas que se integren en el continuo aprendizaje, fomenta en los pacientes que se integren activamente en su auto-cuidado, administra y promueve la salud a través de la colaboración interdisciplinaria, asegura que el cuidado sea de calidad y costo-efectivo, y ejerce el liderazgo y desarrolla políticas desde los niveles locales hasta los internacionales. Por lo anterior, es consecuente concluir que los programas de educación de enfermería deben proveer los medios para que las futuras graduadas desarrollen estas destrezas y habilidades.

Sin duda, las teorías con respecto a cómo la gente aprende han ido evolucionado. Los primeros investigadores reportaron que se trata de un comportamiento observable que indica si el estudiante ha adquirido o no un conocimiento (Skinner, 1974). Posteriormente, los psicólogos cognitivos conceptualizaron el aprendizaje como un proceso interno y consideraron que la profundidad depende de la estructura de conocimiento existente en el estudiante, de qué tan bien éste procesa la información, y de cuánta energía es dedicada durante el proceso (Craik & Tulvig, 1975). Luego, los teóricos constructivistas enunciaron que los estudiantes contextualizan activamente la información de acuerdo con su propia realidad, y a través de la observación, procesamiento, interpretación e integración (Duffy & Cunningham, 1996).

En general, las estudiantes de programas ABSP adquieren conocimientos y destrezas de enfermería a través de encuentros con auténticas situaciones de la práctica profesional como estímulo y foco de su actividad de aprendizaje (Barrows, 1998; Boud & Feletti, 1998; Williams, 2004). En un pequeño grupo de 9-12, guiado por un tutor académico, las estudiantes recrean las complejidades de las situaciones de la práctica a través de 4 fases. En la fase 1, un grupo de estudiantes de enfermería, junto con su tutor académico, discuten una situación de la práctica (frecuentemente presentada como un escenario escrito). Las estudiantes son entusiasmadas a explorar la situación enfocándose sobre la salud, las fortalezas del paciente, y su rol como enfermeras. Ellas comienzan identificando lo que conocen de acuerdo a sus experiencias previas, lo que no conocen, y lo que necesitan conocer para interactuar como enfermeras en esa situación. Las estudiantes formulan explicaciones, clarifican el entendimiento a través de la negociación, critican los comentarios de las compañeras, establecen metas de aprendizaje, y crean un plan de acción para lograr esas metas. Durante fase 2, las estudiantes activan sus planes para llevar a cabo los objetivos de aprendizaje dedicándose a estudiar de forma auto-dirigida o en parejas. Ellas determinan cómo adquirirán el conocimiento y las destrezas que han identificado y cuáles recursos usarán para lograr los objetivos. En la fase 3, las estudiantes continúan explorando la situación, compartiendo lo que han aprendido e integrando la nueva información dentro del contexto, mientras son estimuladas a enlazar los nuevos conceptos con los anteriores. Durante esta fase, las estudiantes resumen lo que han

aprendido y discuten cómo su conocimiento y destrezas pudieran ser usados en futuras situaciones de la práctica de enfermería. En esta fase se busca que las estudiantes se sientan con confianza para interactuar en esas diversas situaciones. Durante la fase 4, las estudiantes critican los recursos y métodos de investigación utilizados por ellas mismas y por sus compañeras, y cada una tiene la oportunidad de asumir el rol de líder del grupo por un período de tiempo designado (Williams & Day, 2007).

Hay algunos datos sobre la evaluación de estudiantes de programas ABSP que sugieren que este tipo de programas es efectivo para alcanzar resultados relacionados con el conocimiento, la práctica y el profesionalismo (Chikotas, 2009). Sin embargo, no existe evidencia publicada relacionada con la percepción de los empleadores sobre estos programas de licenciatura en enfermería. Por lo tanto, es esencial que las percepciones de los empleadores sean exploradas y descritas.

Descripción del Programa:

El contexto para este estudio es un programa de licenciatura en enfermería de 4 años en Canadá occidental. Todos los cursos teóricos y clínicos que se ofrecen a través de los 4 años de este programa reflejan en mayor o menor grado un acercamiento educativo de tipo ABSP. Durante los cursos de teoría, pequeños grupos de 12-15 estudiantes se reúnen con su tutor académico tres horas, dos veces por semana, y durante seis semanas. Los cursos clínicos también duran seis semanas, y las conferencias post-clínicas igualmente reflejan paradigmas ABSP.

Propósito del Estudio:

El propósito de este estudio descriptivo fue determinar si el programa ABSP era efectivo para formar enfermeras competentes, profesionales, y con suficientes conocimientos. Las siguientes cuestiones fueron investigadas durante las entrevistas con los empleadores:

01: ¿Cómo describiría el conocimiento, competencia, y comportamiento profesional de las graduadas de enfermería de programas ABSP?

02: ¿Qué fortalezas piensa usted que manifiestan las graduadas de enfermería de programas ABSP?

03: ¿Qué áreas del conocimiento, competencia clínica, y comportamiento profesional considera usted que las graduadas de enfermería de programas ABSP necesitan desarrollar más?

Metodología:

Diseño:

Un estudio cualitativo y descriptivo de las percepciones de los empleadores sobre las nuevas graduadas fue llevado a cabo para responder a las preguntas de investigación. La aprobación ética para el estudio fue obtenida del *Health Ethics Board* de la universidad.

Tradicionalmente, los datos de las percepciones de los empleadores sobre las nuevas graduadas han sido obtenidos a través de encuestas; sin embargo, la tasa de devolución de cuestionarios, frecuentemente ha sido muy baja (Lowry et al, 2000). En este sentido, Howard, Hubelbank, and Moore, (1989) fueron los primeros en sugerir el uso de grupos de enfoque con empleadores para evaluar a las graduadas de licenciatura en enfermería, y por su parte, Stetson and Romeo (1996) sugirieron también incluir entrevistas telefónicas.

Procedimientos:

Reclutamiento de participantes: A los académicos miembros del Comité de Evaluación, se les pidió identificar a 6 empleadores que hubieren trabajado con graduadas ABSP. Una carta de invitación fue enviada a estos empleadores aproximadamente una semana antes de la entrevista de grupo de enfoque. En la carta, se les pidió que consideraran a dos o tres graduadas de enfermería que hubieren contratado durante los pasados tres años.

Obtención de datos: Diez entrevistas de grupo de enfoque fueron programadas para determinar la percepción de los empleadores con respecto al nivel de conocimiento, competencia clínica, y profesionalismo de las graduadas de enfermería ABSP. Entre los participantes (n=53) se incluyeron administradoras de unidades hospitalarias, administradoras de salud pública y casas-hogar, y administradoras en general. La localización y número de grupos de empleadores se presentan en la tabla 1.

Tabla 1: Empleadores, Localización, y Número de Grupos de Enfoque:

Empleadores	Ciudad Grande	Ciudad Pequeña	Área Rural
Hospital	3	1	1
Comunidad	2	1	1
Hospital y Comunidad			1

Una educadora de enfermería experimentada, fue contratada como asistente de investigación para moderar las entrevistas de grupo de enfoque y participar en el análisis de datos. Al principio de las entrevistas, los participantes firmaron un acuerdo de confidencialidad. Se siguió un protocolo de presentación y las preguntas no variaron significativamente entre los grupos. Al final de cada entrevista, la asistente de investigación y los investigadores se reunieron para discutir las entrevistas y los posibles cambios. Al verificar los puntos clave de los participantes al final de cada entrevista se estableció la validez de la información. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Análisis de datos:

Un investigador y la asistente de investigación llevaron a cabo una revisión independiente de las entrevistas grabadas usando una combinación de codificación amplia y fina (Kidd & Parshall, 2000). Esta forma de codificación aumentó la habilidad de los analistas para discriminar entre los niveles de la misma categoría y los diferentes puntos de desacuerdo. Las categorías fueron subsecuentemente re-codificadas para identificar más atributos y detectar cualquier patrón en los datos. A partir de esta recodificación se identificaron los diversos temas. La consistencia interna fue aumentada mediante la presencia de la asistente de investigación. La validez de contenido y de constructo fueron apoyadas mediante la identificación de puntos de vista similares de los geográficamente dispersos grupos de enfoque.

Hallazgos:

Los participantes fueron libres para cuestionarse entre si antes de llegar a un acuerdo. Los empleadores comentaron que el actual ambiente de la práctica presenta muchos retos para las nuevas graduadas, y que hay menos recursos de personal, y por lo tanto menos apoyo para las nuevas graduadas, y que esto sucedía en todos los establecimientos de la práctica. En este contexto, cuatro temas generales principales fueron derivados a partir de las descripciones de los empleadores de sus experiencias con las graduadas de programas ABSP:

- 01: "Todavía áspero en las orillas"
- 02: "Queremos que ellas tengan éxito"
- 03: "Una nueva generación de practicantes"
- 04: "Potencial para liderar la profesión en el futuro".

01: "Todavía áspero en las orillas"

Los empleadores indicaron que las graduadas de programas ABSP tenían "mejores fundamentos" en cuanto a la teoría [que previas graduadas] y que también eran "más competentes." Aunque reconocieron que las graduadas de programas ABSP empiezan la práctica con una sólida base teórica, también sugirieron que aún estaban "ásperas en las orillas", y consideraron que no contaban con todas las destrezas. Sin embargo, los empleadores también indicaron que cuando las graduadas de programas ABSP encontraron nuevos retos, usualmente conocían la teoría al respecto y sólo requirieron supervisión para enfrentar las situaciones. Algunos empleadores describieron a las graduadas de programas ABSP como inicialmente "enfocadas

hacia la tarea” pero que luego de seis meses, aprendieron a “enfocarse en el paciente”. Sin embargo, otros empleadores no estuvieron de acuerdo.

Los empleadores también comentaron sobre el nivel de confianza de las graduadas ABSP indicando que “ellas se gradúan con cierto grado de confianza.” Mientras hubo algunos aspectos de la práctica de enfermería que ellas conocían bien, había otros que no conocían, pero que “no estaban temerosas de preguntar al respecto.” Las graduadas de programas ABSP fueron descritas por algunos empleadores como capaces de establecer prioridades y administrar su tiempo. “Ellas pueden decir: necesito que hagas esto o lo otro”, “ellas pueden establecer prioridades.” Otros empleadores indicaron que “la administración del tiempo es frecuentemente un asunto crítico” y que las graduadas de programas ABSP requerían más experiencia para manejar bien su tiempo.

Los empleadores indicaron que, en general, a las graduadas de programas ABSP les tomo entre 3 a 12 meses llegar a ser competentes. Ellos sugirieron que esto no era diferente antes de que los programas ABSP fueran implementados. Sin embargo, algunos empleadores consideraron que las graduadas de programas ABSP parecían “superar la fase de novatas más rápidamente.”

02: “Queremos que ellas tengan éxito”

Algunos empleadores se preguntaron si las actuales expectativas sobre las recién graduadas eran realistas. Algunos esperaban que las nuevas graduadas estuvieran a nuestro nivel inmediatamente, olvidando que este proceso toma algún tiempo. Los empleadores también estuvieron preocupados de que no “parecían tener las mismas capacidades de protegerlas por un tiempo” o que “ellos realmente tenían que cargar con toda la responsabilidad por ese tiempo.” Estos empleadores reportaron que tenían un rol crucial para asegurar que las nuevas graduadas tuvieran un ambiente sólido y con buenas instalaciones, e indicaron que sentían una obligación de apoyar su aprendizaje. Si esto sucedía - los empleadores sugirieron - que era más probable que las graduadas permanecieran en la profesión.

03: “Una nueva generación de practicantes”

Los empleadores identificaron comportamientos que podrían ser atribuidos a “una nueva generación de enfermeras”. Mientras la mayoría de las graduadas de programas ABSP fueron consideradas profesionales en su comportamiento, los empleadores titubearon para explicar algunos de los comportamientos no profesionales que vieron durante las entrevistas laborales, y ocasionalmente durante la práctica. Algunos empleadores pensaron que lo que veían era un fenómeno generacional por que lo mismo sucedía con los médicos quienes se comportaban como si dijeran “tu eres el que tienes suerte de tenerme.” Otros pensaron que quizá tales comportamientos estaban asociados con la incertidumbre de “no conocer el sistema y de cómo trabaja.” Otros empleadores pensaron que las graduadas de programas ABSP eran muy rápidas para asociarse con los sindicatos y que por lo tanto tenían mentalidad de sindicato “si no me gustan las horas renuncio, me presentaré casual, hay muchos trabajos..” Estos empleadores indicaron que sentían que algunas graduadas de programas ABSP veían la enfermería como una chamba y no como un compromiso, y que además esas practicantes tenían la mayor tasa de ausentismo. Por otra parte, los empleadores indicaron que ellos valuaban su valentía, “yo de hecho les aplaudo por seguir su forma de ser y no sujetarse a lo

que nosotros hicimos” y “ellas no tienen problema en decirle a un colega que están en desacuerdo”. “Yo nunca habría hecho eso como un recién graduado.”

Los empleadores reconocieron que la mayoría de las nuevas graduadas demostraron ciertas fortalezas que ellos atribuyeron a los programas ABSP. Como dijo un empleador, “me gusta la forma en que piensan – cómo resuelven el problema. Las veo analizando críticamente con más confianza y más soltura.” Otro empleador sugirió que las graduadas de programas ABSP estaban mucho más conscientes de su profesionalismo: “ellas están al tanto de los estándares de la práctica de enfermería y del código de ética.” Los empleadores sugirieron que aún en las nuevas graduadas “su rol como promotoras es evidente.” Ellos también indicaron que las graduadas de programas ABSP hablaban más con los pacientes y que negociaban con ellos. Estas graduadas fueron descritas como “confortables interactuando con los individuos y las familias, y capaces de llevar a cabo planes de admisión y alta.” Una gran fortaleza de las graduadas de programas ABSP fue su voluntad de continuar aprendiendo. Los empleadores sugirieron que estas graduadas sabían lo que no conocían y tenían la iniciativa de buscar información, y tomar la responsabilidad.

04: “Potencial para liderar la profesión en el futuro”

Los empleadores indicaron que las graduadas de programas ABSP representan muchas características que aumentan su potencial para efectivamente liderar la enfermería hacia el futuro. Las graduadas de programas ABSP “se preguntan por qué las cosas son como son, buscan en el Internet, me hablan de las últimas investigaciones.” De acuerdo con estos empleadores, las graduadas de programas ABSP no toman las cosas como en el pasado. Ellas se cuestionan ¿por qué? ¿de donde obtuviste tal información? ¿Cuál es la investigación al respecto? Ellas buscan la mejor práctica. Los empleadores también comentaron que “ellas tienen más voluntad de tomar responsabilidad dentro del grupo. Ellas buscan la experiencia de liderazgo” y que “ellas están abiertas para llevar a cabo los cambios.” Los empleadores indicaron que “el compromiso con el aprendizaje de por vida parece ser más fuerte en las graduadas de programas ABSP.” Ellos sugirieron que estas nuevas graduadas son auto-dirigidas en su acercamiento hacia el aprendizaje.

Los empleadores identificaron algunas fortalezas de liderazgo adicionales en las graduadas de programas ABSP. Comentaron que estas graduadas son fuertes promotoras de sus pacientes, y que tienen la confianza para tener una comunicación integral con sus colegas, y que pueden comunicar las prioridades del cuidado de sus pacientes. Las graduadas de programas ABSP también demostraron mayores destrezas de investigación que sus contrapartes de programas tradicionales.

Discusión:

De acuerdo a los comentarios de los empleadores durante las entrevistas de grupos de enfoque, es claro que la mayoría de las graduadas de programas ABSP demuestran las cualidades esenciales de una enfermera competente del siglo 21 (Valanis, 2000). La mayoría de los comentarios de los empleadores se relacionaron con la competencia clínica y la práctica profesional, y los empleadores consideraron a las graduadas de programas ABSP como mejor fundamentadas en la teoría, y con más conocimientos para aplicar en las diferentes situaciones de la práctica, que sus contrapartes de programas tradicionales. Estos hallazgos fueron consistentes con los de Lowry, Timmins and Underwood (2000) and Barrett, Arklie, and Smillie (1996).

A pesar de que las graduadas de programas ABSP fueron consideradas clínicamente competentes, hubo algo de preocupación con respecto de que ellas tienden a enfocarse sobre las tareas, al menos en un principio, pero que este comportamiento pareció disiparse luego de 6 meses de práctica; un hallazgo congruente con el de Barrett, Arklie, and Smillie (1996). También hubo algo de preocupación con respecto de que las graduadas de programas ABSP no habían practicado clínicamente como estudiantes lo suficiente. Sin embargo, los empleadores reconocieron que estas graduadas conocían la teoría subyacente a tales destrezas. Lowry et al, 2000 reportaron hallazgos similares; y Ryan and Hodson (1992) reportaron que los empleadores percibieron a las graduadas funcionando a mejores niveles que los esperados. La administración del tiempo fue identificada como un área de preocupación y esto también fue reportado por Lowry et al. Quizá ésta sea una de las áreas que necesiten mejorarse.

Los empleadores en el actual estudio, así como los de Barrett, Arklie and Smillie's (1996), comentaron sobre la excelente habilidad de pensamiento crítico de las graduadas. Estos empleadores, al igual que los incluidos en los estudios de Barrett et al.'s and Ryan and Hodson's (1992), enfatizaron la gran calidad de destrezas de equipo que las graduadas demostraron. Como aquellos en los estudios de Stetson and Romeo's (1996), estos empleadores observaron que si las graduadas de programas ABSP necesitaban información específica, ellas podían encontrarla rápidamente. Estas graduadas también fueron percibidas como mejor preparadas para apoyar su cuidado mediante el uso de la evidencia producto de la investigación.

Muchos comentarios se refirieron al comportamiento profesional. A pesar de que hubo algunas preocupaciones, los empleadores en general reconocieron que las graduadas de programas ABSP mostraron comportamientos congruentes con la "generación del milenio." Algunos empleadores sugirieron que la mayor determinación era una evidencia de un lazo más fuerte con la unión, más que con la profesión, pero otros consideraron que esto era un signo de madurez profesional temprana. Como aquellos en los estudios de Lowry, Timms y Underwood (2000), y Barrett, Arklie and Smillie's (1996), estos empleadores quedaron impresionados ante la forma en que las graduadas de programas ABSP auto-dirigían su aprendizaje.

Conclusión:

Este estudio provee información con respecto de las fortalezas, y también de las áreas susceptibles a mejoría de un programa de 4 años de licenciatura en enfermería con características ABSP. El estudio también provee información relativa a la eficacia de aplicar entrevistas de grupos de enfoque para obtener datos sobre las percepciones de los empleadores. Los participantes clarificaron sus propios puntos de vista y los contrastaron con los de sus colegas.

Este estudio es uno de los primeros en su clase en el que se reportan algunas percepciones de empleadores sobre las graduadas de programas ABSP. La mayor parte de la retroalimentación de los empleadores indicó que éstos se sentían satisfechos con el nivel de conocimiento de las graduadas. No obstante que algunas graduadas necesitaban repasar algunas destrezas básicas del cuidado, ellas fueron consideradas competentes en general. Con pocas excepciones, las graduadas fueron descritas como profesionales en su comportamiento, y algunas se distinguieron por su capacidad de liderazgo. Claramente usar programas ABSP como paradigma educativo en la licenciatura de enfermería es congruente con el objetivo de lograr graduadas competentes, profesionales, y con los conocimientos necesarios.

Notas y Referencias:

- Barrett, C., Arklie, M., & Smillie, C. (1996). Evaluating the graduates of the Dalhousie University School of Nursing baccalaureate programme: A quantitative responsive model. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1070-1076.
- Barrows, H. (1998). The essentials of problem based learning. *Journal of Dental Education*, 62, 630-633.
- Boud, D., & Feletti, G. (1998). *The challenge of problem based learning*. London: Kogan Press, London.
- Chikotas, N. (2009). Problem based learning and clinical practice: A nurse practitioners' perspective. *Nursing Education in Practice*, doi:10.1016/j.nepr.2009.01.010
- Craik, F., & Tulvig, E. (1975). Depth of processing and the retention of words in episodic memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11, 671-684.
- Duffy, T., & Cunningham, D. (1996). Constructivism: Implications for the design and delivery of instruction. In: Jonassen, D., (Ed.), *Handbook of research for educational communications and technology* (pp.170-198). New York: Simon & Schuster Macmillan.
- Howard, E., Hubelbank, J., & Moore, P. (1989). Employer perceptions of graduates: Use of the focus group. *Nurse Educator*, 14, 38-41.
- Kidd, P., & Parshall, M. (2000). Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Nursing Research*, 10, 293-308.
- Lowry, J., Timms, J., & Underwood, D. (2000). From school to work: Employer perceptions of nursing skills. *Journal for Staff Development*, 16, 80-85.
- McLoughlin, M., & Darvill, A. (2007). Peeling back the layers of learning: A classroom model for problem based learning. *Nurse Education Today*, 27, 271-277.
- Rideout, E., & Carpio, B. (2001). The problem based learning model of nursing education. In E. Rideout (Ed.), *Transforming nursing education through problem based learning* (pp. 21-51). Toronto: Jones & Bartlett
- Rowan, C. J., McCourt, C., Bick, D., & Beake, S. (2007). Problem based learning in midwifery – the teachers perspective. *Nurse Education Today*, 27, 131-138.
- Ryan, M., & Hodson, K. (1992). Employer perceptions of nurse Graduates: A critical program assessment element. *Journal of Nursing Education*, 31, 198-202.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Stetson, B., & Romeo, R. (1996). Using the telephone interview for evaluation of baccalaureate nursing programs. *Journal of Nursing Education*, 35, 272- 274.
- Tompkins, C. (2001). Nursing education for the twenty-first century. In E. Rideout (Ed.), *Transforming nursing education through problem based learning* (pp. 1-21). Toronto: Jones & Barlett.
- Valanis, B. (2000). Professional nursing practice in an HMO: The future is now. *Journal of Nursing Education*, 39, 13-20.

Williams, B., & Day, R. (2007). Context based learning. In L. Young & B. Paterson (Eds.). *Teaching Nursing* (pp. 221-242). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Williams, B. (2004). Self direction in a problem based learning program. *Nurse Education Today*, 24, 277-285.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T12

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Obesidad Pediátrica y Diabetes Tipo 2

Dea TL.

Pediatric obesity & type 2 diabetes.

MCN Am J Matern Child Nurs. 2011; 36(1);42-8.

Obesidad Pediátrica y Diabetes Tipo 2

Tara L. Dea, CRNP, PNP-BC; The American Journal of Maternal/Child Nursing; January/February 2011; Volume 36 Number 1; Pages 42-48

Abstract:

Este artículo está enfocado sobre: (a) la obesidad y otros factores de riesgo que precipitan el desarrollo de la diabetes pediátrica tipo 2; (b) la diferencia entre diabetes pediátrica tipo 1 y 2; y (c) el tratamiento de la diabetes pediátrica tipo 2.

La obesidad tiene fuertes impactos sobre la salud de los niños y adolescentes, incluyendo el riesgo de que desarrollen resistencia a la insulina y eventualmente diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Actualmente, esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas. Por esta razón, es urgente llevar a cabo estudios longitudinales.

El tratamiento de la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes está dirigido hacia la modificación del estilo de vida, el manejo del peso, el incremento de la actividad física, y la medicación oral o con insulina. Debido a que los niños con diabetes tipo 2 están en riesgo de desarrollar diversas comorbilidades, estos pacientes deben ser constantemente monitoreados.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Obesidad, Pediatría, Terapéutica.

No es ficción, la obesidad infantil y la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) han alcanzado proporciones epidémicas en Norte América, Europa, Asia, África, y Australia (Gungor, Hannon, Libman, Bacha, & Arsianian, 2005). La prevalencia de niños de entre 6 y 11 años con sobrepeso casi se triplicó de 1980 a 2004, con un 37.2% mostrando un índice de masa corporal (IMC) > 85%, y un 18.8% un IMC > 95%. Aun más, esta prevalencia aumentó más del triple en adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, con un 34.3% mostrando un IMC > 85% y un 17.4% un IMC > 95% (Wang & Beydoun, 2007).

Diversos factores, incluyendo la mayor disponibilidad de comidas con mucho mayor concentración calórica, el desarrollo de entretenimientos caseros sedentarios (computadoras, video-juegos, televisión), y la fácil transportación (lo que implica ejercitarse menos para ir a los destinos) han influido en el origen y desarrollo de este problema (Rosenbloom, Silverstein, Amemiya, & Klingensmith, 2009). La obesidad tiene fuertes impactos sobre la salud del niño (Bindler, 2007) pero además genera una importante carga económica sobre el sistema de cuidado de la salud (Wang & Dietz, 2002). En la tabla 1 se listan algunas de las posibles consecuencias de la obesidad infantil (American Diabetes Association [ADA], 2000).

Tabla 1: Algunas posibles consecuencias de la obesidad - y diabetes mellitus T2 en los niños:

Aterioesclerosis
Enfermedades Sanguíneas
Depresión
Dislipidemia
Reflujo Gastroesofágico
Resistencia a la Insulina
Hipertrofia Ventricular Izquierda
Baja Auto-estima
Síndrome Metabólico
Enfermedad Hepática no Alcohólica
Apnea Obstructiva
Síndrome Policístico Ovárico
Etcétera...

En 1998, los costos anuales del cuidado de la salud relacionados con la obesidad de niños y adolescentes de 6 a 17 años fueron estimados en \$127 millones (Wang & Dietz, 2002).

Durante los pasados 20 años, la prevalencia de DMT2 entre pacientes pediátricos (>10 años) recién diagnosticados se incrementó significativamente, de entre 2% y 4% en 1992, a entre 8% y 45% en 2000 (ADA, 2000; Rosenbloom et al., 1999). El desarrollo de la DMT2 en niños no está bien comprendida debido a que se trata de un problema relativamente reciente (Hale & Weinzimer, 2005); sin embargo, mientras más temprana sea la edad del establecimiento de la enfermedad, mayor será la probabilidad de que se presenten diversas comorbilidades (enfermedades cardiovasculares, retinopatías, neuropatías, nefropatías, etc.) (Fagot-Campagna et al., 2000).

Factores de Riesgo de DMT2 en niños:

La DMT2 infantil es un desorden metabólico complejo influido por diversos factores personales, sociales, de comportamiento, ambientales, etcétera, que incluyen la historia familiar, la predisposición genética, un bajo peso de nacimiento, diabetes gestacional, etnia, riesgo de sobrepeso, sobrepeso, pubertad, y estatus socioeconómico (DeFronzo, 2009; Berry, Urban, & Grey, 2006A). Más del 75% de los niños con DMT2 tienen un pariente en primer o segundo grado con diabetes mellitus (ADA, 2000). La DMT2 pediátrica ocurre en todas las razas pero tiene mayor prevalencia en las poblaciones infantiles no blancas y con realidades socio-demográficas adversas, por ejemplo: menores ingresos, menores niveles de educación, carencia de seguros, etcétera (Rosenbloom et al., 2009). Aproximadamente el 85% de los pacientes están clasificados con sobrepeso al momento de su diagnóstico de DMT2 (ADA). Por otra parte, la edad pico de establecimiento de la DMT2 en los jóvenes (13.5 años) coincide con la edad usual de la pubertad media (Rosenbloom et al., 2009) - quizá la resistencia a la insulina asociada con la pubertad pudiera contribuir con el paso del sobrepeso hacia la DMT2 (Kaufman, 2005) -.

Patofisiología de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un conjunto de desordenes metabólicos caracterizados por la hiperglicemia (ADA, 2009A). El equilibrio en la concentración de glucosa depende del balance entre la secreción de insulina de las células pancreáticas beta, y la sensibilidad de las células musculares, hepáticas, y adiposas a la acción de esta hormona (Gungor et al., 2005).

En la DMT1, ocurre un proceso autoinmune en el cual las células pancreáticas beta responsables de la producción de insulina son destruidas por los propios sistemas de defensa del organismo, lo que genera hiperglicemia como resultado de la deficiencia absoluta de insulina (ADA, 2009A; Hale & Weinzimer, 2005). La DMT2, usualmente asociada con el sobrepeso, es provocada principalmente por el desarrollo de resistencia a la insulina y la consecuente insuficiencia de las células pancreáticas beta (Berry et al., 2006A; Kaufman, 2005; Rosenbloom et al., 1999; Bindler, 2007). Gradualmente, las cada vez mayores demandas por la hormona terminan por destruir completamente estas células (Gungor et al., 2005).

Monitoreo:

Se usa el índice de masa corporal (IMC) para estimar el nivel de sobrepeso y obesidad (Bindler, 2007). El IMC es considerado un marcador confiable de grasa corporal en la mayoría de los niños y adolescentes (American Academy of Pediatrics [AAP], 2003). Se recomienda monitorear a los niños de forma anual y de acuerdo con su altura, peso, edad, y género (AAP, 2003; Bindler, 2007). La AAP y los CDC clasifican el sobrepeso como un IMC entre los percentiles 85 y 95, y la obesidad como un IMC mayor o igual al percentil 95 (AAP, 2003). La ADA y la AAP recomiendan monitorear los niveles de glucosa de los niños “en riesgo” de desarrollar DMT2 comenzando desde los 10 años (ADA, 2009A, 2009B). El examen preferido es el llamado Glucosa en Plasma en Ayunos (GPA) (Kaufman, 2005). En este sentido, se define riesgo de desarrollar DMT2 como un IMC mayor o igual que el percentil 85, y por lo menos dos de los factores de riesgo asociados listados en la tabla 2 (AAP, 2003).

Factores que aumentan el riesgo de desarrollar DMT2:

- Familiar en primer o segundo grado con historial de DMT2
- Ser de raza no blanca
- Diabetes gestacional
- Hipertensión
- Dislipidemia
- Acanthosis nigricans
- Síndrome ovárico policístico
- Enzimas hepáticas elevadas
- Stress crónico

Diagnóstico de Diabetes Pediátrica Tipo 2:

Se basa principalmente sobre las pruebas HbA1c (A1c) [\geq 6.5%], GPA [$>$ 126 mg/dl], y la llamada glucosa aleatoria [$>$ 200 mg/dl] (ADA, 2010A, 2010B). Una prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) con 75 gramos orales puede ser llevada a cabo cuando la GPA de un paciente es normal pero se sospecha que tiene diabetes. El valor de diagnóstico de esta prueba es 200 mg/dl. La PTG es más sensitiva y específica que la GPA pero no siempre tan accesible en la práctica (ADA, 2010A).

Cuando los valores de las pruebas GPA y PTG están por arriba de lo normal pero por debajo de los valores de diagnóstico de diabetes, el paciente es considerado como pre-diabético. La pre-diabetes es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ADA, 2009A).

Presentación de la Diabetes Pediátrica:

Tradicionalmente, la DMT1 pediátrica ha sido asociada con la presencia de la clásica triada de síntomas poliuria, polidipsia, y polifagia; además de la posible pérdida de peso, fatiga, e infecciones por *Candida* (Hale & Weinzimer, 2005). El diagnóstico es definitivo cuando se identifican los anti-cuerpos séricos anti-ácido glutámico decarboxilasa 65, antígeno 512 de células de islotes, y/o específicos a la insulina (Rosenbloom et al., 2009). Es necesario considerar seriamente el riesgo que estos pacientes tienen de sufrir cetoacidosis diabética (Berry, Urban, & Grey, 2006B). Por su parte, el diagnóstico de DMT2 en niños puede ser más complicado, ya que no todos los niños con sobrepeso e hiperglicemia “sufren”, al menos en ese momento, de DMT2 (ADA, 2000; Rosenbloom et al., 2009).

Opciones de Tratamiento para la Diabetes Pediátrica Tipo 2:

Para tratar la DMT2 pediátrica deben seguirse estrategias multifacéticas que incluyan la educación, la modificación de estilos de vida, el control glicémico, y el monitoreo de comorbilidades (Berry et al, 2006B; Hale & Weinzimer, 2005; Kaufman, 2005; Rosenbloom et al, 2009).

Educación:

La educación sobre la diabetes comienza desde el diagnóstico, y continua con cada encuentro con el paciente y su familia (Rosenbloom et al, 2009). Los pacientes deben recibir la información necesaria sobre la patofisiología de la diabetes, las destrezas de auto-manejo (monitoreo de glucosa, emergencias, etcétera), las modificaciones en el estilo de vida (alimentación saludable y actividad física), y la medicación correspondiente (oral o con insulina) (Berry et al, 2006B).

Modificación de Estilos de Vida:

La actividad física y la nutrición adecuada son indispensables en el tratamiento de la DMT2 pediátrica. Los objetivos son la pérdida y/o estabilización de peso del paciente, y la reducción de las actitudes sedentarias (Rosenbloom et al, 2009). Pequeños cambios en estos sentidos pueden generar mejorías significativas en la salud del paciente; por ejemplo, la reducción del 7% del peso corporal ha sido asociada con importantes mejorías en el metabolismo de la glucosa (Berry et al, 2006B).

No existen guías únicas con respecto de los límites de actividad física para los niños que sufren DMT2 (Berry et al, 2006B; Hale & Weinzimer, 2005; Rosenbloom et al, 2009). Sin embargo, la American Heart Association (AHA) ha recomendado de 30 a 60 minutos diarios de actividad física (30 aeróbica) (Hale & Weinzimer, 2005). Además del enfoque sobre la importancia de la actividad física, la misma atención debe dirigirse hacia la reducción del tiempo dedicado a las actividades sedentarias (Rosenbloom et al, 2009). Estas actividades (ver televisión, jugar video-juegos, tiempo en la computadora, etc.) deben limitarse a no más de 2 horas diarias (AAP, 2001) ya que el sedentarismo contribuye notablemente con el incremento del peso corporal (Kaufman, 2005; Vandewater, Bickham, & Lee, 2005).

Terapia de Nutrición:

La terapia de nutrición es la actividad más importante para lograr la pérdida o estabilización del peso, y para normalizar los niveles de glucosa y lípidos (Hale & Weinimer, 2005). La actividad física, por si misma, no es suficiente para perder o estabilizar el peso (Berry et al, 2006B). Lo único que funciona es combinar la actividad física con la alimentación saludable (Berry et al, 2006B).

A pesar de que no hay guías únicas con respecto de la dieta ideal para los niños que sufren DMT2, los mayores beneficios se obtienen cuando las comidas con altos contenidos calóricos son evitadas por completo (Hale & Weinimer, 2005). Sin embargo, las dietas demasiado estrictas también deben ser evitadas (Rosenbloom et al, 2009). Los pacientes y sus familias deben ser referidos con dietistas registrados para diseñar estrategias específicas que promuevan la pérdida y estabilización del peso (Berry et al, 2006B). Normalmente se recomienda la eliminación de bebidas azucaradas, la limitación de alimentos densos en grasa y calorías, el consumo diario de 5 porciones de fruta; vegetales; y granos enteros, y la limitación de las comidas fuera del hogar (Rosenbloom et al, 2009). Además, comer en compañía de toda la familia fomenta consumir alimentos más saludables y en menores cantidades (Berry et al, 2006B; Hale & Weinzimer, 2005; Rosenbloom et al, 2009).

El clínico debe estar al tanto de las barreras que el paciente y su familia pudieran enfrentar. Por ejemplo, Nord, Andrews, y Carlson (citados en Feinberg, Kavanaugh, Young, & Prudent, 2008) reportaron que en el 15.6% de los hogares con niños se experimentaba inseguridad con respecto de las comidas, lo cual está asociado con mayores IMC (Feinberg et al, 2008). Simultáneamente, algunas familias carecen de acceso a grandes supermercados, y consumen sólo lo que está cercanamente disponible (Galasso, Amend, Melkus, & Nelson, 2005). Por estas, y otras razones, es importante que la enfermera y el dietista se reúnan con los pacientes y sus familias para enfrentar estas barreras e inseguridades, y elegir las mejores comidas disponibles.

Control Glicémico:

Los niños con DMT2 asintomáticos, o apenas sintomáticos, deben tratarse, inicialmente, sólo con modificaciones en su estilo de vida. Si las metas (HbA1c < 7% y GPA < 126) no son alcanzadas, entonces la terapia farmacológica con agentes orales y/o insulina debe iniciarse (Hale & Weinzimer, 2005). Entre los objetivos de esta terapia están la disminución de la resistencia a la insulina y el incremento de la disponibilidad de la hormona (Rosenbloom et al, 2009).

Agentes Orales:

El Metformin (Fortamet; Glucophage; Glucophage XR; Glumetza; Riomet) es el agente oral preferido para tratar niños mayores de 10 años y adolescentes que sufren DMT2 (Kaufman, 2005). El Metformin sensibiliza las células a la acción de la insulina y disminuye la liberación de glucosa hepática (Berry et al, 2006B). Además se ha reportado que el uso de Metformin ha sido efectivo para disminuir los niveles de triglicéridos y estabilizar el peso, así como para reducir los niveles de HbA1c (Berry et al 2006B; Hale & Weinzimer, 2005; Rosenbloom et al, 2009). Entre los efectos adversos comunes del Metformin se encuentran indigestión (empacho), flatulencia, y vómitos (Berry et al, 2006B; Hale & Weinzimer, 2005; Rosenbloom et al, 2009). En casos raros se han presentado acidosis lácticas (Hale & Weinzimer, 2005). El uso de Metformin está contraindicado en pacientes con enfermedad hepática o renal, y en mujeres embarazadas (Berry et al, 2006B).

Insulina:

Los pacientes con severas deficiencias de insulina, hiperglicemia, y elevados niveles de HbA1c, deben ser tratados con insulina (Hale & Weinzimer, 2005; Nathan et al, 2009); sin embargo, este tratamiento no debe iniciarse en pacientes con DMT2 a menos que la modificación del estilo de vida y el uso de agentes orales no hayan demostrado efectividad para re-establecer el equilibrio (Rosenbloom et al, 2009). En estos casos, la terapia con insulina es benéfica para el manejo de la DMT2 pediátrica porque es eficiente en el control de la hiperglicemia y los niveles de lípidos (HDL) (Kaufman, 2005; Nathan et al, 2009). Debido a la resistencia a la insulina que presentan, los pacientes con DMT2 pueden requerir mayores dosis de esta hormona (Nathan et al, 2009). La principal desventaja de usar insulina en pacientes con DMT2 es el riesgo de shock hipoglicémico (Nathan et al, 2009).

Identificando Comorbilidades:

Hipertensión, dislipidemia, y albuminuria son algunas de las comorbilidades vistas en niños y adolescentes que sufren DMT2 (Berry et al, 2006B, Hale & Weinzimer, 2005; Rosenbloom et al, 2009). La ADA recomienda el monitoreo anual de presión sanguínea, lípidos en ayuno, microalbúmina, integridad ocular, y cualquier otra posible comorbilidad (ADA, 2000; 2010A, 2010B).

Cuidado Rutinario de Niños con DMT2:

Los niños con DMT2 también deben ser entrenados para auto-monitorear sus niveles de glucosa en sangre (Berry et al, 2006B). La frecuencia de auto-monitoreo variará de acuerdo con la intensidad del tratamiento y las necesidades específicas de control glicémico. Los valores objetivo son GPA < 110 mg/dL, y glucosa post-prandial a 2 horas < 140 mg/dL (Hale & Weinzimer, 2005). La ADA y otros profesionales recomiendan citas médicas, por lo menos cuatrimestrales, para los pacientes con DMT2 (ADA, 2010A, 2010B; Kaufman, 2005). Durante estas citas es indispensable monitorear peso, presión sanguínea, niveles de A1c, adherencia a todos los esquemas del cuidado, etcétera (Berry et al, 2006B).

Rol de la enfermería:

La diversidad de actividades que la profesión de enfermería tiene le permite la práctica clínica en muchas áreas incluyendo el cuidado directo, la educación, la administración y seguimiento de casos, etcétera. Esta flexibilidad hace que las enfermeras sean importantes recursos de cuidado para los niños con DMT2 y sus familias. En este sentido, una de las tareas más importantes de las enfermeras es identificar con la mayor antelación posible los individuos con mayor riesgo de desarrollar DMT2, evaluar rutinariamente sus valores del IMC, y proporcionarles educación y referencias sobre los estilos de vida adecuados. Algunos recursos en línea se encuentran en:

http://www.aap.org/obesity/clinical_resources.html

<http://www.bam.gov/>

<http://www.mypyramid.gov/>.

Conclusión:

La diabetes pediátrica no es sólo DMT1. Los proveedores de salud pediátrica también deben estar preparados para tratar y cuidar pacientes con DMT2. La DMT2 puede tener un mejor curso cuando se diagnostica oportunamente. Con la terapia adecuada, los niños y adolescentes diagnosticados tempranamente pueden alcanzar niveles de insulina cercanos a los normales. La compleja naturaleza de la DMT2 infantil presenta muchos retos para la estructuración de terapias médicas, farmacológicas, y de comportamiento. Por lo tanto, es necesario seguir llevando a cabo más investigaciones.

Notas y Referencias:

American Academy of Pediatrics. (2001). Children, adolescents and television. *Pediatrics*, 107, 423-426. doi:10.1542/peds.107.2.423

American Academy of Pediatrics. (2003). Policy statement: Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*, 112(2), 424-430. doi:10.1542/peds.112.2.424

American Diabetes Association. (2000). Type 2 Diabetes in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 105, Issue 3, p 671. doi:10.1542/peds.105.3.671

American Diabetes Association. (2009a). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 32 (Suppl. 1), S62-S67. doi:10.2337/dc09-S062

American Diabetes Association. (2009b). Standards of medical care in diabetes- 2009. *Diabetes Care* Volume 32 (Suppl. 1), S13-S60. doi:10.2337/dc09-S013

American Diabetes Association. (2010a). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 33 (Suppl. 1), S62-S69. doi:10.2337/dc10-S062

American Diabetes Association. (2010b). Standards of medical care in diabetes- 2009. *Diabetes Care* Volume 33 (Suppl. 1), S11-S61. doi:10.2337/dc10-S011

Berry, D., Urban, A., & Grey, M. (2006a). Understanding the development and prevention of type 2 diabetes in youth (part 1). *Journal of Pediatric Health Care*, 20(1), 3-10. doi:10.1016/j.pedhc.2005.08.009

Berry, D., Urban, A., & Grey, M. (2006b). Management of Type 2 Diabetes in youth (part 2). *Journal of Pediatric Health Care*, 20(2), 88-97. doi:10.1016/j.pedhc.2005.08.010

Bindler, R. M. (2007). A cascade of events-obesity, metabolic syndrome, and type 2 diabetes mellitus in youth. *Nursing Clinics of North America*, 42, 29-42. doi:10.1016/j.cnur.2006.11.001

DeFronzo, R. (2009). From the triumvirate to the ominous octet: A new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes*, 58, 773-795. doi:10.2337/db09-9028

Fagot-Campagna, A., Pettit, D. J., Engelgau, M. M., Burrows, N. R., Geiss, L. S., Valdez, R., ..., Narayan, K. M. (2000). Type 2 diabetes among North American children and adolescents: An epidemiologic review and public health perspective. *The Journal of Pediatrics*, 136(5), 664-672. doi:10.1067/mpd.2000.105141

Feinberg, E., Kavanagh, P. L., Young, R. L., & Prudent, N. (2008). Food insecurity and compensatory feeding practices among urban black families. *Pediatrics*, 122(4), e854-e860. doi:10.1542/peds.2008-0831

Galasso, P., Amend, A., Melkus, G. D., & Nelson, G. T. (2005). Barriers to medical nutrition therapy in black women with type 2 diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 31(5), 719-725. doi:10.1177/0145721705280941

Gungor, N., Hannon, T., Libman, I., Bacha, F., & Arslanian, S. (2005). Type 2 diabetes mellitus in youth: the complete picture to date. *Pediatric Clinics of North America*, 52, 1579-1609. doi:10.1016/j.pcl.2005.07.009

Hale, D., & Weinzimer, S. (2005). Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. In T. Moshang & L. Bell (Eds.). *Pediatric endocrinology: The requisites in pediatrics* (pp. 19-35). Philadelphia, PA: Elsevier Mosby.

Kaufman, F. R. (2005). Type 2 diabetes in children and youth. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 35, 659-676. doi:10.1016/j.ecl.2005.04.010

Nathan, D. M., Buse, J. B., Davidson, M. B., Ferrannini, E., Holman, R. R., Sherwin, R., ..., European Association for the Study of Diabetes. (2009). Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. *Diabetes Care*, 32(1), 1-11. doi:10.2337/dc08-9025

Pinhas-Hamiel, O., & Zeitler, P. (2007). Clinical presentation and treatment of type 2 diabetes in children. *Pediatric Diabetes*, 8(9), 16-27. doi:10.1111/j.1399-5448.2007.00330.x

Rosenbloom, A., Silverstein, J., Amemiya, S., Zeitler, P., & Klingensmith, G. (2009). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 10(Suppl. 12), 17-32. doi:10.1111/j.1399-5448.2009.00584.x

Rosenbloom, A. L., Young, R. S., Joe, J. R., & Winter, W. E. (1999). Emerging epidemic of type 2 diabetes in youth. *Diabetes Care*, 22(2), 345-354. doi:10.2337/diacare.22.2.345

Vandewater, E. A., Bickham, D. S., & Lee, J. H. (2005). Time well spent? Relating television use to children's free-time activities. *Pediatrics*, 117, e181-e191. doi:10.1542/peds.2005-0812

Wang, G., & Dietz, W. H. (2002). Economic burden of obesity in youths aged 6 to 17 years: 1979-1999. *Pediatrics*, 109(5), e81-1. doi:10.1542/peds.109.5.e81

Wang, Y., & Beydoun, M. A. (2007). The obesity epidemic in the United States-gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: A systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiologic Reviews*, 29, 6-28. doi:10.1093/epirev/mxm007



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T13

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Jerarquía de Necesidades de Maslow y Éxito Académico de las Estudiantes de Enfermería

Freitas FA, Leonard LJ.

Maslow's hierarchy of needs and student academic success

Teaching and Learning in Nursing 2011; 6(1): 9-13

Jerarquía de Necesidades de Maslow y Éxito Académico de las Estudiantes de Enfermería:

Frances Anne Freitas, PhD, RNC, CNE

Lora J. Leonard, MSN, RN

Teaching and Learning in Nursing Volume 6, Issue 1 , Pages 9-13, January 2011

Abstract:

En este estudio se intentan identificar algunos factores contribuyentes con el éxito de los estudiantes en la carrera de enfermería. Se examinaron diversas asociaciones entre la satisfacción de necesidades y el éxito académico estudiantil. Los estudiantes señalaron que la satisfacción de sus necesidades fisiológicas y psicosociales era importante pero que esto no siempre era posible.

Palabras clave: Maslow, estudiantes, éxito.

01: Introducción:

Por siglos, se ha especulado sobre cómo los seres humanos funcionan, tienen éxito, o fallan en sus actividades en la vida. Ejemplos de esto lo constituyen las investigaciones de (Cannon, 1929, Coleman et al, 1966, Henderson et al, 2009, Holmes and Rahe, 1967, Maslow, 1954, Selye, 1946, Vidotto et al, 2010) sobre el funcionamiento de los humanos ante condiciones de estrés y crisis en diferentes ambientes educativos. Consecuentemente, el fracaso en un programa de enfermería es una preocupación, tanto para estudiantes como para académicos y personal de la institución educativa. No hay duda que existen diversos factores que pueden afectar el éxito de los estudiantes en la carrera de enfermería. Por ejemplo, según (Jenkins, 2009), la proficiencia en ciencias y la habilidad para enlazar los conceptos teóricos con la práctica de enfermería son cruciales para que los estudiantes tengan éxito en la carrera y provean cuidados competentes. Por su parte, (Deamley and Mathew, 2007) sugirieron que aunque “el éxito conduce al éxito” – situación que impulsa ciclos de motivación, reflexión, conexión, confianza y auto-estima entre los estudiantes - también existen factores que no son necesariamente académicos - por ejemplo la ansiedad ante la presentación de exámenes, las responsabilidades familiares, la condición de salud, el estrés psico-social, la estabilidad económica, etcétera - que afectan profundamente el desempeño de los estudiantes de enfermería. (Adams and Gilman, 2002, Jenkins, 2009, Maskey, 2009, Maslow, 1954, Sweet, 2009) consideran todas estas diversas situaciones como una mezcla de barreras y facilitadores. Por lo tanto, al identificar estos factores, los académicos, administradores, y estudiantes pueden diseñar e implementar planes para impulsar a los estudiantes a tener éxito en sus respectivos programas de enfermería. Usando la jerarquía de necesidades de Maslow como marco de trabajo, se exploraron algunos de estos posibles factores.

02: Revisión de la literatura:

Observando el desarrollo de estudiantes, Abraham Maslow (1954) propuso una jerarquía de necesidades de cinco niveles. De acuerdo con Maslow, las necesidades más fundamentales de una persona, son por mucho ropa, vestido, y techo. Estas son necesidades fisiológicas o de supervivencia, y a menos de que estén satisfechas, la persona no puede avanzar hacia el logro de mayores niveles de desarrollo y satisfacción; por ejemplo seguridad, amor, pertenencia y auto-estima (Hamel, Leclerc, & Lefrancois, 2003). El desarrollo va desde la satisfacción de las necesidades de sobrevivencia hasta la satisfacción de las necesidades sociales - en las cuales la persona se preocupa por su legado, la raza humana, de cómo hacer del mundo un mejor lugar para sus habitantes, etcétera. Es decir, se trata de un proceso de auto-actualización (Hamel et al., 2003). En el estudiante de enfermería, esta auto-actualización puede evidenciarse a través de comportamientos críticamente reflexivos que permitan pronosticar su provisión de un buen cuidado (Deamley & Mathew, 2007). De acuerdo con Maslow, esta auto-actualización solo puede lograrse una vez que las necesidades subyacentes han sido satisfechas.

03: Propósito:

Este estudio fue diseñado para tratar de identificar factores que pudieran estar asociados con el éxito de los estudiantes en la carrera de enfermería.

Considerando que a veces los estudiantes que son académicamente capaces de tener éxito no lo alcanzan, y que otros estudiantes avanzan pero sólo a través de grandes esfuerzos y sacrificios, este estudio se dirigió hacia la exploración de la importancia de las necesidades de los estudiantes así como de su habilidad para satisfacerlas. Se obtuvieron diversos datos relativos a los atributos que algunos académicos han identificado como importantes para que los estudiantes alcancen el éxito en la carrera de enfermería.

Las siguientes fueron las preguntas de investigación:

01: ¿Cuál es la asociación entre las necesidades de los estudiantes, y su habilidad para tener éxito en un programa de grado asociado de enfermería?

02: ¿Cuál es la asociación entre la habilidad de los estudiantes para satisfacer sus necesidades, y su éxito académico?

03: ¿Cuál es la asociación entre las características demográficas de los estudiantes, y su éxito académico?

04: ¿Cuál es la asociación entre los atributos percibidos de los estudiantes, y su éxito académico?

05: ¿Cuál es la asociación entre la cantidad de tiempo dedicado al trabajo, y el éxito académico de los estudiantes?

04: Métodos:

Para la obtención de datos se aplicó un cuestionario. Los participantes fueron estudiantes de nivel de ingreso en un programa de grado asociado en enfermería en una universidad estatal. Los estudiantes que ingresan a este programa ya han completado un mínimo de requerimientos de algebra, biología, y química, y tienen un promedio mínimo de 2.7/4.0.

La encuesta usada para este estudio fue elaborada a partir de la revisión de la literatura y de la experiencia de diversos académicos con sus estudiantes de enfermería (Cannon, 1929, Dillman, 2000, Maslow, 1954, Maslow, 1968, Selye, 1946, Selve & Bajjesz, 1959). Las preguntas fueron diseñadas considerando la jerarquía de necesidades de Maslow, así como otras necesidades

básicas específicas y atributos de los estudiantes identificados como importantes para lograr el éxito en la carrera. El cuestionario incluyó dos secciones con los mismos 15 reactivos: una para estimar la importancia dada y la otra para estimar la habilidad percibida. Se usó una escala de tipo Likert con cuatro opciones: 4 = muy importante, 3 = moderadamente importante, 2 = ligeramente importante, y 1 = no importante. En la tabla 1 se listan estos reactivos.

Tabla 1: Reactivos de la encuesta

- 01:** La habilidad para proveer comida, vestido, y techo para usted y sus seres queridos.
- 02:** La oportunidad de ser financieramente independiente.
- 03:** La habilidad de evitar ser dependiente de otros.
- 04:** La habilidad de asegurar un ambiente seguro para usted y sus seres queridos.
- 05:** La habilidad para proveer seguro de salud para usted y sus seres queridos.
- 06:** La oportunidad de explorar nuevos conocimientos.
- 07:** La oportunidad de interactuar y colaborar con otros.
- 08:** La oportunidad de cuidar a otros.
- 09:** La oportunidad de construir relaciones.
- 10:** La habilidad de alcanzar un sentido de logro.
- 11:** La oportunidad de lograr la auto-satisfacción.
- 12:** La oportunidad de lograr satisfacción personal.
- 13:** La oportunidad de contribuir con la sociedad.
- 14:** La habilidad de ayudar a otros.
- 15:** La capacidad de inspirar a los miembros de la sociedad.

El cuestionario fue administrado a estudiantes de nivel de ingreso durante un seminario sobre estrategias para presentar exámenes. En la encuesta, se les preguntó con respecto a la importancia que atribuían a sus diversas necesidades, así como a su habilidad para satisfacerlas. Entre los atributos considerados se incluyeron: auto-conciencia, apoyos sociales, organización, administración del tiempo, aplicación del conocimiento, responsabilidad, acreditabilidad, pensamiento analítico, apertura de pensamiento, visión global, profesionalismo, confiabilidad, motivación, auto-dirección, retroalimentación, comunicación constructiva, y actitudes positivas (Deamley and Mathew, 2007, Eicin et al, 2006, McCann and Baker, 2001, McDowell et al., 2008, Pati, 2009, Pavish and Ceronski, 2009, Sand, 2003, South, 2007). Los resultados estuvieron disponibles para los 205 estudiantes, y 190 de ellos completaron adecuadamente sus cuestionarios.

Un análisis factorial de componentes principales fue llevado a cabo sobre los 15 reactivos de importancia y los 15 reactivos de habilidad. Las gráficas de estos análisis arrojaron una estructura de dos factores: necesidades físicas y necesidades psicosociales. En las necesidades físicas se incluyeron las fisiológicas y las de seguridad (Maslow, 1954, Maslow, 1968). En las necesidades psicosociales se incluyeron amor, pertenencia, auto-estima, y auto-actualización (Maslow, 1954, Maslow, 1968).

05: Resultados:

86.8% eran mujeres. Setenta y uno por ciento tenían empleos y 84.1% tenían becas escolares. 45% requería de algún tipo de servicio de cuidado infantil. 88.2% habían repetido por lo menos una clase de matemática o ciencias. No se encontraron asociaciones significativas entre los promedios de los estudiantes de nivel de ingreso y la importancia de las necesidades o su habilidad para satisfacerlas. Tampoco se encontraron asociaciones significativas entre el promedio y los datos demográficos – todo esto pudo deberse a que los estudiantes tenían que satisfacer un promedio mínimo para poder entrar al programa. Se encontró una asociación débil significativa entre los atributos y la importancia y habilidad de los estudiantes para satisfacer sus necesidades. No se encontraron asociaciones significativas entre los atributos y el promedio. En la tabla 2 se muestran algunas de las correlaciones identificadas.

Tabla 2: Asociaciones entre variables:

	Importancia psicosocial	Habilidad psicosocial	Atributos	Habilidad física	Importancia física
Importancia psicosocial	1.00	0.25	0.39	0.12	0.37
Habilidad psicosocial	0.25	1.00	0.44	0.35	0.07
Atributos	0.39	0.44	1.00	0.29	0.22
Habilidad física	0.12	0.35	0.29	1.00	-0.05
Importancia física	0.37	0.07	0.22	-0.05	1.00
Edad	0.10	0.09	0.15	0.19	0.01
Promedio calificaciones	0.03	0.06	-0.12	0.05	-0.04
Genero	0.22	0.10	0.14	0.00	0.20
Becas	0.06	0.02	-0.05	0.07	-0.07
Trabajo	-0.04	-0.01	-0.02	-0.09	-0.01
Tiempo en el trabajo	-0.11	-0.18	-0.15	-0.30	-0.06
Horas de trabajo	-0.01	0.12	0.18	0.32	0.00
Cuidado a niños	0.03	0.10	-0.01	-0.06	0.03

alpha \leq .05

Los promedios de la importancia de estas necesidades para los estudiantes que laboraban fuera de la escuela fueron de 3.43 a 3.7, sugiriendo que las necesidades fisiológicas y psicológicas fueron calificadas como moderada y altamente importantes; sin embargo no se encontró correlación entre los atributos de los estudiantes y su éxito académico. Los respondientes con mayor edad reportaron mayor habilidad para satisfacer sus necesidades ($t = .192$, $P < .01$). Las mujeres reportaron mayor importancia a las necesidades psicosociales y físicas en comparación con los hombres ($r = -.181$, $P < .05$; y $-.300$, $P < .01$). Mientras más horas trabajaban, mayor fue la habilidad física percibida de los estudiantes para satisfacer sus necesidades ($r = .320$, $P < .01$).

06: Discusión:

Aunque no se encontraron asociaciones fuertes entre los diversos constructos explorados en este estudio, es imperativo que estudiantes, académicos y personal institucional identifiquen y reconozcan los recursos necesarios que puedan satisfacer las necesidades de los estudiantes para completar con éxito su carrera de enfermería. En este estudio se corroboró que la satisfacción de las necesidades básicas es pre-requisito para cualquier desarrollo o satisfacción ulterior. Específicamente, quizá las necesidades psicosociales pudieran ser abordadas a través de la interacción con comunidades de aprendizaje, grupos de estudio, grupos de apoyo de enfermeras, asociaciones de enfermeras, etcétera. Sería interesante profundizar la exploración con respecto al impacto de la ansiedad por la presentación de exámenes, las responsabilidades familiares, el estatus de salud, el estrés psicosocial, la inestabilidad económica, etcétera.

Una vez que las necesidades que ponen en riesgo al estudiante han sido identificadas, éstas pueden ser enfrentadas por ejemplo a través de la organización de discusiones, la creación de los satisfactores necesarios, y la promoción de servicios de apoyo. La detección temprana de comportamientos desviados es crucial para la retención y continuidad de los estudiantes en los programas. Los estudiantes no siempre conocen cómo tener acceso a los recursos; así que es necesario crear las políticas correspondientes. Por ejemplo, la información sobre becas y servicios de apoyo debe estar disponible y fácilmente accesible para todos los estudiantes desde el comienzo del programa. Si estos existen, los recursos comunitarios de comida, vestido, y techo deben estar ampliamente disponibles para todos los estudiantes que los requieran. Una lista de servicios de emergencia incluyendo los relativos a la salud mental, tales como centros de rehabilitación por drogas y refugios para víctimas de violación y/o violencia doméstica, también debe estar disponible. A pesar de que se trata de estudiantes adultos, los académicos, administradores, y el personal en general tienen la responsabilidad de tratar de ayudar a los estudiantes en su desarrollo y aprendizaje.

La enfermería está estratégicamente colocada para impactar sobre la salud y el bienestar de la comunidad, y esto debe empezar con sus propios estudiantes (The American Nurse, 2010). Es tiempo de cambiar nuestro mundo, un estudiante, un programa, una profesión a la vez.

Notas y Referencias:

Adams J, Gilman B. Students take the professor home. *Nursing Education Perspectives*. 2002;23(6):282–285
The American Nurse . RNs most trusted profession yet again. *The American Nurse*. 2010;January/February 2010 <http://www.nursingworld.org/>

Cannon WB. *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage: An account of recent research into the function of emotional excitement*. 2nd ed.. New York: D. Appleton Company; 1929;

Coleman J, Campbell E, Hobson C, Mc Partland J, Mood A, et al. *Equality of educational opportunity*. Washington: U.S. Office of Education; 1966;

Dearnley C, Matthew B. Factors that contribute to undergraduate student success. *Teaching in Higher Education*. 2007;12(3):377–391

Dillman D. *Mail and Internet surveys: The tailored design method*. New York: John Wiley; 2000;

Elcin M, Odabasi O, Gokler B, Sayek I, Akova M, Kiper N. Developing and evaluating professionalism. *Medical Teacher*. 2006;28(1):36–39

- Hamel S, Leclerc G, Lefrancois R. A psychological outlook on the concept of transcendent actualization. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2003;13(1):3–15
- Henderson A, Twentyman M, Eaton E, Creedy D, Stapleton P, Lloyd B. Creating supportive clinical learning environments: An intervention study. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;19:177–182
- Holmes TH, Rahe RH. The social adjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967;11:213–218
- Jenkins P. A case for review of anatomy and physiology. *Teaching and learning in nursing*. 2009;4(2):42–46
- Maskey C. Cognitive coaching has an exciting place in nursing education. *Teaching and learning in nursing*. 2009;4(2):63–65
- Maslow AH. *Toward a psychology of being*. 2nd ed.. New York: D. Van Nostrand Company; 1968;
- Maslow AH. *Motivation and personality*. 3rd ed.. New York: Longman; 1954;
- McCann T, Baker H. Mutual relating: Developing interpersonal relationships in the community. In: *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing, Ltd; 2001;p. 530–537
- McDowell J, Coates V, Davis R, Brown F, Dromgoole P, Lowes L, et al. Decision-making: Initiating insulin therapy for adults with diabetes. In: *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing, Ltd; 2008;p. 35–44
- Pati A. Part of a community. *Nursing Management*. 2009;16(1):36
- Pavlish C, Ceronky L. Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2009;13(4):404–412
- Sand A. Nurses' personalities, nursing-related qualities and work satisfaction: A 10-year perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12:177–187
- Selye H. The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*. 1946;6:117–130
- Selye H, Bajiesz E. Conditioning by corticosteroids for the production of cardiac lesions with noradrenaline. *Acta Endocrinologica*. 1959;30:183–187
- South B. Combining mandala and the Johari window: An exercise in self-awareness. *Teaching and Learning in Nursing*. 2007;2:8–11
- Sweet SL. Critical thinking and knowledge application utilizing a multifaceted group project incorporating diverse learning styles. *Teaching and Learning in Nursing*. 2009;4(2):34–36
- Vidotto G, Ferrario SR, Bond T, Zotti AM. Family Strain Questionnaire–Short Form for nurses and general practitioners. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:275–283



ENEEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T14

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Prescripción para Alcanzar el Éxito en un Programa de Grado de Enfermería

Rogers TL.

Prescription for Success in an Associate Degree Nursing Program

J Nurs Educ. 2010; 30(6): 499-508

Prescripción para alcanzar el Éxito en un Programa de Grado de Enfermería:

Tanya Lyn Rogers, MS, APRN, BC

Journal of Nursing Education • Vol. 49, No. 2, 2010

Abstract:

Ante el demandante ambiente del cuidado de la salud, y la creciente escasez nacional de enfermeras, es necesario que las instituciones educativas de enfermería preparen más y mejores enfermeras con grados de licenciatura. El propósito de este estudio cualitativo fue explorar factores que pudieran contribuir con el éxito de los estudiantes en sus programas educativos así como en su examen NCLEX-RN. Se entrevistaron seis pasantes y tres académicos. Los temas emergentes fueron categorizados como:

- 01:** relacionados con el estudiante;
- 02:** colaborativos; y
- 03:** relacionados con el currículo de la carrera.

En estas categorías se incluyeron asuntos relativos a los sistemas de apoyo, la motivación, la experiencia en el cuidado de la salud, las destrezas de pensamiento crítico, la priorización de roles y responsabilidades, los buenos hábitos de estudio, el grado de involucramiento académico, etcétera.

Se presentaron algunas recomendaciones para la práctica.

Los programas de enfermería enfrentan diversos retos dentro del complejo ambiente del cuidado de la salud. Muchas de estas instituciones han incrementado su matrícula de nuevos estudiantes para tratar de enfrentar la escasez nacional de enfermeras. No obstante lo anterior, el incremento en el número de estudiantes admitidos no ha solucionado este problema. Para aumentar la capacidad de la fuerza de trabajo, los estudiantes deben completar el nivel de licenciatura. Diversas instituciones acreditadoras han reconocido esta necesidad (National League for Nursing Accreditation Commission, 2006). De hecho, cuando las instituciones educativas de enfermería han incrementado su matrícula de estudiantes, frecuentemente sus tasas de deserción también se han incrementado (Symes, Tart, & Travis, 2005). En estos casos además se han reportado reducciones en sus tasas de retención laboral (Carr, 2008). Análogamente, los programas que se han enfocado hacia el mejoramiento de las puntuaciones obtenidas en el NCLEX-RN también han corrido el riesgo de aumentar sus tasas de deserción estudiantil. El reto es identificar de qué forma es posible incrementar, tanto las tasas de retención estudiantil así como las de aprobación del NCLEX-RN. El propósito de este estudio cualitativo fue explorar factores que pudieran contribuir para que los estudiantes de enfermería completen su programa de licenciatura con buenos resultados en el NCLEX-RN. Las preguntas de investigación fueron:

- 01:** ¿Qué contribuye para que los estudiantes de enfermería completen un programa de licenciatura con buenos resultados en el NCLEX-RN?

02: ¿Cuáles son las experiencias de los estudiantes de enfermería exitosos?

Revisión de la Literatura:

La identificación de factores que contribuyen al éxito en la carrera de enfermería ha sido compleja debido, entre otros, a la diversidad: de los estudiantes, de los programas de estudio, y de los métodos de investigación. No obstante que esta diversidad ha dificultado llegar a conclusiones sólidas, replicar los estudios, y pronosticar resultados, tal y como explicaron (Bissett, 1995; Davenport, 2007; Gallagher, Bomba, & Crane, 2001; Waterhouse & Beeman, 2003), algunos de nuestros hallazgos fueron consistentes con otros reportados en otras investigaciones.

Método:

Este estudio fue llevado a cabo en una universidad estatal en un área rural que ofrece diversos programas de enfermería incluyendo la licenciatura. La población estudiantil es predominantemente blanca y con una proporción de 5 mujeres por cada hombre. Esta población es diversa en términos de estatus socio-económico, edad, y experiencias de la vida. La escuela de enfermería admite alrededor de 96 nuevos estudiantes cada año. La tasa de retención es de aproximadamente el 80%, y la tasa de aprobación estudiantil en el NCLEX-RN en la primera ocasión es de aproximadamente el 89%.

Participantes:

Se eligieron alumnos que ya habían aprobado el NCLEX-RN, y académicos que contaban con más de 10 años de experiencia. Se usaron seudónimos para asegurar su anonimato.

Obtención de datos:

Se revisaron diversos documentos universitarios, así como los sitios Web del National Council of State Board of Nursing, Pearson Vue School of Nursing, y el 2008 NCLEX-RN Examination Candidate Bulletin, publicado por el National Council of State Board of Nursing. Luego de la aprobación del comité de revisión institucional, así como del consentimiento informado de los participantes, los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas semi-estructuradas, abiertas y cara a cara. Estas sesiones fueron grabadas. Algunos ejemplos de las preguntas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1: Muestra del tipo de preguntas:

Preguntas típicas para los estudiantes:

01: ¿Cómo fue su experiencia de ser un estudiante de licenciatura en enfermería? ¿Fácil? ¿Difícil? ¿Por qué?

02: ¿Hubo algún punto en el que usted necesitó modificar su camino hacia sus metas? ¿Si éste fue el caso, qué fue lo que usted modificó?

03: Desde su perspectiva ¿qué fue lo que contribuyó para su éxito dentro del programa de enfermería?

04: ¿Qué considera usted que contribuyó para su éxito en el examen NCLEX-RN?

05: Algunos de sus compañeros no fueron tan exitosos ¿qué fue lo que usted hizo de forma diferente?

Preguntas típicas para académicos:

01: Desde su perspectiva ¿qué es lo que contribuye al éxito de los estudiantes para completar un programa de licenciatura en enfermería?

02: ¿Qué cree usted que contribuye para el éxito de los estudiantes en el examen NCLEX-RN?

03: Algunos estudiantes son más exitosos que otros ¿en qué formas considera usted que las experiencias de los estudiantes exitosos son diferentes a las de los estudiantes no exitosos?

04: ¿De qué formas han diferido sus experiencias con los estudiantes, tanto exitosos como no exitosos?

Análisis de Datos:

Los datos fueron analizados, codificados y categorizados. Los temas emergentes se clasificaron de acuerdo con las respuestas de los participantes.

Resultados:

Tanto académicos como estudiantes tuvieron opiniones similares con respecto de los factores que contribuyen para lograr el éxito. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que ningún factor, de forma individual, garantiza el éxito, y que diferentes combinaciones de factores tienen diferentes impactos sobre los estudiantes.

En la tabla 2 se muestra la clasificación de componentes de los posibles factores:

Tabla 2. Temas Recurrentes entre los Participantes.

Temas:	Académicos			Estudiantes					
	Amanda	Brooke	Cathy	Diane	Ellen	Felicia	Grace	Holly	Isaac
Relacionados con Estudiantes:									
Motivación	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Destrezas de pensamiento crítico	S		S	S		S	S	S	S
Destrezas para presentar exámenes	S		S				S	S	S
Participación activa	S		S		S			S	
Crecimiento y madurez	S		S	S	S				
Destrezas de organización	S		S	S		S	S	S	
Experiencia en el cuidado	S	S		S	S	S		S	S
Priorización en roles y responsabilidades			S	S	S	S	S	S	
Hábitos de estudio			S	S	S	S	S	S	S
Descanso y nutrición			S	S	S		S		
Habilidad para manejar estrés extremo			S	S		S	S		
Colaborativos									
Comunicación	S	S	S	S	S	S	S	S	
Sistemas de apoyo	S		S	S	S	S	S	S	
Involucramiento académico	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Relativos al currículo									
Métodos de enseñanza	S		S			S			
Exámenes del programa	S		S	S				S	S
Preguntas de práctica				S	S	S	S	S	S
Talleres y cursos de NCLEX-RN					S	S	S	S	S

Temas relacionados con los estudiantes:

Entre los temas centrados en el estudiante se incluyeron: motivación; habilidades académicas en el pensamiento crítico, la presentación de exámenes y el estudio ; organización; priorización de roles y responsabilidades; habilidad para manejar los eventos de la vida - incluyendo el estrés extremo; y experiencias en el cuidado de la salud.

Todos los estudiantes entrevistados señalaron que era importante obtener buenas calificaciones. Ellen, una estudiante, señaló: “El programa es más fácil si te gusta”, mientras Grace, otra estudiante, comentó: “mi conciencia me dice que dé lo mejor de mí”. Cuando se preguntó por qué algunos estudiantes no eran lo suficientemente exitosos, Ellen dijo “a esos estudiantes les tiene que gustar la enfermería.”

Cuando se preguntó sobre la importancia de solucionar los problemas, Diane, comentó que la dificultad estaba en “cambiar de una base de conocimientos a una base de pensamiento crítico.” Por su parte, Ellen señaló que, a pesar de que le había ido bien hasta ese momento, ella no sabía cómo pensar de una forma crítica. Estas opiniones sugieren que es necesario generar programas de enfermería que ayuden a los estudiantes a desarrollar destrezas de pensamiento. El análisis también sugirió la importancia de las habilidades para presentar exámenes. Por ejemplo, Isaac, un estudiante, dijo “todo se reduce a ser capaz de presentar exámenes” mientras Grace señaló que la habilidad para presentar exámenes es un rasgo que “algunos estudiantes simplemente no tienen.” Por su parte, Amanda, una profesora, dijo “los estudiantes pueden ser excelentes pero no tener la capacidad para presentar exámenes.” Tanto estudiantes como académicos señalaron la importancia de las destrezas para manejar el estrés, las circunstancias complejas, los roles múltiples, y las diversas responsabilidades. El énfasis que se puso sobre el bienestar personal, específicamente sobre el descanso y la nutrición, fue un hallazgo inesperado. En este sentido, es un hecho que aunque las necesidades fisiológicas son esenciales, los estudiantes de enfermería frecuentemente tratan de funcionar en muy malas condiciones. Al respecto, Ellen indicó que antes de que empezara a comer bien y a dormir más, ella estaba practicando muy por debajo de su potencial.

Temas relacionados con la Colaboración:

De acuerdo con los participantes, los estudiantes exitosos colaboran entre sí y se apoyan sobre la religión, la familia y los amigos. Un aspecto enfatizado fue la importancia de la comunicación efectiva con los académicos así como el nivel de involucramiento de éstos en las actividades de los estudiantes. Por ejemplo, Amanda expresó “los estudiantes *tienen* que participar y hacer preguntas.” Por su parte, Cathy dijo: “los estudiantes necesitan gente con quién hablar.” Y Ellen comentó “Yo fui muchas veces a la oficina de mi profesor y eso fue lo que más me sirvió.”

Temas relacionados con el Currículo Educativo:

Tanto el marco de trabajo así como la implementación del currículum de enfermería fueron referidos como importantes. Amanda habló de la ineffectividad de la clase presencial como método de enseñanza único. Tanto estudiantes como académicos reportaron que los métodos de enseñanza innovativos, así como los exámenes de curso cuidadosamente diseñados, facilitaban el éxito para completar el programa de licenciatura y aprobar el NCLEX-RN. Los estudiantes enfatizaron la importancia de contar con una amplia preparación antes de presentar el NCLEX-RN.

Limitaciones:

En esta investigación sólo se eligieron pasantes exitosos.

Recomendaciones:

Considerando que las opiniones reportadas en este estudio fueron consistentes con otras señaladas en la literatura de enfermería, los académicos deben esforzarse para asesorar a los estudiantes y fomentar relaciones profesionales de confianza. Esta retroalimentación positiva promueve que los estudiantes aumenten su motivación y alcancen sus metas. Davenport, 2007; McLaughlin, 2008; Sayles & Shelton, 2005; Sayles, Shelton, & Powell, 2003, señalan lo mismo. Pero además de esta intercolaboración con los académicos, los estudiantes también deben ser impulsados para formar redes, establecer sistemas de apoyo, y movilizar sus recursos, opinión que comparten (Bissett, 1995; Davenport, 2007; Keane, Di Mattio, & Gaudet, 2002; Leufer, 2007; McLaughlin, 2008; Symes et al., 2005). Los estudiantes deben aprender a balancear la socialización con los objetivos académicos, tal y como (Carr, 2008; Keane et al., 2002) sugieren. Aunque los participantes no señalaron que los logros académicos antes del ingreso a la carrera de enfermería eran determinantes para alcanzar el éxito, quizá políticas de admisión que consideren los logros académicos previos con el resto de los datos pudieran predecir mejor el éxito de los estudiantes. (Bissett, 1995) tiene la misma opinión.

Los programas de enfermería también deben enfatizar la promoción de la salud de *sus estudiantes* tal y como (Gardner, Deloney, & Grando, 2007; Sayles & Shelton, 2005) sugieren. En este sentido, un académico y cuatro graduados subrayaron la importancia del descanso y la nutrición para poder alcanzar el éxito. Los estudiantes deben atender *bien* sus necesidades fisiológicas, opinión que es compartida por (Davenport, 2007; Keane et al., 2002).

Por su parte, los académicos deben considerar diversas formas para mejorar el aprendizaje en clase. En este estudio, tanto profesores como estudiantes reconocieron que un ambiente enfocado hacia la típica lección presencial no estimula el desarrollo del pensamiento crítico. (Gardner et al., 2007; Keane et al., 2002; Leufer, 2007; McLaughlin, 2008; Sayles & Shelton, 2005) sugieren lo mismo.

Considerando los razonamientos anteriores, es necesario investigar más con respecto de la predictibilidad del éxito de los estudiantes en los programas de enfermería. Los hallazgos resultantes deben ser usados para mejorar los currículos de la carrera. Sería valioso comparar los hallazgos de nuestro estudio con otras investigaciones cualitativas que hayan incluido estudiantes que no fueron exitosos en la carrera o en el NCLEX-RN. Una comparación de los antecedentes académicos de los estudiantes no exitosos pudiera ampliar las reflexiones sobre los resultados de nuestro estudio.

Conclusión:

Usando métodos cualitativos simples, en este estudio se exploraron algunos factores que pudieran influir para completar una licenciatura de enfermería y obtener un buen resultado en el NCLEX-RN. Los hallazgos de este estudio apoyaron algunos señalamientos y recomendaciones existentes por parte de los expertos en la educación de enfermería. En este estudio también se señalaron factores que comúnmente no son reportados, por ejemplo la importancia del bienestar personal, el reposo y la buena nutrición *de los estudiantes*.

No obstante que existen retos generales, cada programa de enfermería además debe evaluar sus necesidades específicas, y resolverlas de forma correspondiente (Davenport, 2007; Keane et al., 2002; Sayles & Shelton, 2005; Sayles et al., 2003; Symes et al., 2005).

Notas y Referencias:

Bissett, H. (1995). Selective admissions in community college nursing programs: Ethical considerations. *Community College Review*, 22(4), 35-46.

Carr, G. (2008). Changes in nurse education: Delivering the curriculum. *Nurse Education Today*, 28, 120-127.

Davenport, N. (2007). A comprehensive approach to NCLEX-RN success. *Nursing Education Perspectives*, 28, 30-33.

Gallagher, P., Bomba, C., & Crane, L. (2001). Using an admissions exam to predict student success in an ADN program.

Gardner, E., Deloney, L., & Grando, V. (2007). Nursing student descriptions that suggest changes for the classroom and reveal improvements needed in study skills and self-care. *Journal of Professional Nursing*, 23, 98-104.

Keane, K., DiMattio, N., & Gaudet, C. (2002). Education news. Nursing success in a community college. *Nursing Education Perspectives*, 23, 110-111.

Leufer, T. (2007). Students' perceptions of the learning experience in a large class environment. *Nursing Education Perspectives*, 28, 322-326.

McLaughlin, B. (2008). Retention issues: What can we do? *Teaching and Learning in Nursing*, 3, 83-84.

National League for Nursing Accrediting Commission. (2006). *Accreditation manual with interpretive guidelines by program type for postsecondary and higher degree programs in nursing*. New York: Author.

Sayles, S., & Shelton, D. (2005). Student success strategies. *The ABNF Journal*, 16, 98-101.

Sayles, S., Shelton, D., & Powell, H. (2003). Predictors of success in nursing education. *The ABNF Journal*, 14, 116-120.

Symes, L., Tart, K., & Travis, L. (2005). An evaluation of the nursing success program: Reading comprehension, graduation rates, and diversity. *Nurse Educator*, 30, 217-220.

Waterhouse, J., & Beeman, P. (2003). Predicting NCLEX-RN success: Can it be simplified? *Nursing Education Perspectives*, 24, 35-39.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T15

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Una Revisión Sistemática de las Experiencias y Percepciones de las Enfermeras Recién Graduadas en el Reino Unido

Higgins G, Spencer RL, Kane R.

A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom

Nurse Educ Today. 2010; 30(6):499-508

Una revisión sistemática de las experiencias y percepciones de las enfermeras recién graduadas en el Reino Unido:

Georgina Higgins [a], Rachael Louise Spencer [a], y Ross Kaneb [b].

[a] Welton Health Centre, 4 Cliff Road, Welton, Lincoln LN2 3JH, United Kingdom

[b] School of Health and Social Care, University of Lincoln, Brayford Campus, Lincoln LN6 7TS, United Kingdom

Nurse Education Today Volume 30, Issue 6, August 2010, Pages 499-508

Resumen:

Objetivo: Llevar a cabo una revisión de la literatura referente a las experiencias y percepciones de las recién graduadas enfermeras en el Reino Unido durante su transición a enfermeras profesionales:

Antecedentes:

Se reconoce que las recién graduadas enfermeras en el Reino Unido experimentan un periodo de transición estresante antes de asentarse como profesionales.

Fuentes de información:

Las búsqueda de datos fue llevada a cabo en las bases de datos del Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y del MEDLINE.

Métodos y Resultados:

Los documentos fueron revisados y los datos relevantes fueron extraídos, sintetizados y clasificados dentro de cuatro temas:

01: transición y cambio;

02: desarrollo personal y profesional;

03: educación de pre-registro; y

04: preceptoría y apoyo.

Conclusión:

La transición de las recién graduadas enfermeras a la actividad profesional en el Reino Unido continúa siendo una experiencia estresante, debido, entre otros, al desarrollo profesional, a los cambios en la educación de pre-registro, y a la falta de apoyo una vez que se logra la calificación para un puesto profesional.

Palabras clave: estudiante, enfermera recién calificada, transición, experiencias.

Introducción:

Se ha reconocido que el proceso de transición de estudiante a enfermera es una experiencia estresante para las recién graduadas de la carrera (Gerrish, 2000; y Holland, 1999). Un currículo educativos de enfermería en el Reino Unido, el llamado Proyecto 2000, comenzó en 1989 (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC), 1986) con el objeto de preparar enfermeras capaces de dar y supervisar los mejores cuidados mediante practicantes que pudieran aceptar responsabilidades, pensar analítica y flexiblemente, y reconocer su necesidad de auto-desarrollarse (UKCC, 1986). Sin embargo, las enfermeras que se graduaban de este plan de estudios seguían encontrando estresante el proceso de transición de estudiantes a profesionales. A finales de los 90's este currículo fue re-evaluado porque, además, las enfermeras hospitalarias experimentadas seguían manifestando preocupación con respecto de las recién graduadas que se iban integrando (Maben y Macleod-Clark, 1998, and Gerrish, 2000). Estas preocupaciones contribuyeron a la generación de dos documentos: "Making a Difference" (Department of Health, 1999) y "Fitness for Practice" (UKCC, 1999), en los que se presentaron diversas recomendaciones para fortalecer la educación y el entrenamiento pre y post registro profesional (DH, 1999). Consecuentemente, estas iniciativas se constituyeron como parte de las bases del nuevo currículo educativo que actualmente se usa en el Reino Unido.

La revisión:

Objetivo:

Analizar críticamente la literatura referente con las experiencias y percepciones de las recién calificadas enfermeras en el Reino Unido durante su transición de estudiantes a enfermeras profesionales de personal.

Método de investigación:

La búsqueda de datos se llevó a cabo en las bases del Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), y del MEDLINE, acotando los registros a aquellos fechados entre los años 1996 y 2009.

Resultados de la búsqueda:

Se identificaron un total de 48 artículos de los que finalmente se eligieron 17.

Extracción y síntesis de datos:

Se organizaron, analizaron, y presentaron los datos cualitativos sobre estas experiencias y percepciones de las recién calificadas enfermeras dentro de las siguientes categorías:

- 01:** Transición y cambio.
- 02:** Desarrollo personal y profesional.
- 03:** Educación de pre-registro.
- 04:** Preceptoría y apoyo.

Transición y cambio:

Se ha reconocido que las recién calificadas enfermeras en el Reino Unido experimentan un período de transición al dejar de ser estudiantes y convertirse en enfermeras profesionales (Jasper, 1996; Holland, 1999; Brown & Edelman, 2000; Ross & Clifford, 2002; Carl & Holmes, 2007; y Bradshaw & Merriman, 2008). Mientras (Jasper, 1996) condujo una investigación cualitativa, (Parahoo, 2006) procedió con un acercamiento fenomenológico para tratar de interpretar las experiencias individuales en esta transición. Al respecto, (Clark & Holmes, 2007) reportaron que la mayoría de las enfermeras recién graduadas no estaban listas para la práctica profesional independientemente del momento del registro para su actividad laboral. Por su parte, (Brown & Edelman, 2000), en su estudio longitudinal cualitativo sobre estresores esperados y experimentados, reportaron que las estudiantes de enfermería veían este período de cambio como incontrolable y ambiguo, situación que les causaba estrés y ansiedad. Estos hallazgos son similares a los de (Holland, 1999) quién reportó que la transición de estudiantes a enfermeras profesionales se caracterizaba por un período de estrés, incertidumbre, y miedo que las enfermeras describían como “un limbo social.”

Desarrollo personal y profesional:

Responsabilidad y acreditabilidad:

En la mayoría de los documentos analizados se señaló que el incremento de la responsabilidad y acreditabilidad era el principal estresor en la transición profesional de las recién graduadas (Jasper, 1996; Maben & Macleod-Clark, 1996; Maben & Macleod-Clark, 1998; Baillie, 1999; Brown & Edelman, 2000; Gerrish, 2000; Whitehead, 2001; and Clark & Holmes, 2007). En este sentido, (Clark & Holmes, 2007) señalaron que es el incremento de la responsabilidad y acreditabilidad de la vida profesional lo que aumenta el estrés, la tensión, la ansiedad, y la presión de las enfermeras afectando sus destrezas administrativas y organizacionales, su priorización de las necesidades de cuidado, su manejo del tiempo, su delegación de actividades, su administración de fármacos, y en general su toma de decisiones. Por su parte, (Baillie, 1999) reportó que las destrezas administrativas se ubicaban como la principal área de preocupación de las enfermeras recién calificadas. Análogamente, (Gerrish, 2000) señaló que las responsabilidades administrativas, en especial el juicio clínico, era el área más problemática en el proceso de transición. (Whitehead, 2001) aplicó un acercamiento exploratorio cualitativo, y reportó que *hacerse acreditable* por una nueva responsabilidad era la fuente principal de estrés y presión de las recién profesionales enfermeras. Por su parte, (Maben & Macleod-Clark, 1996; Maben & Macleod-Clark, 1998; Gerrish, 2000; y Clark & Holmes, 2007) reportaron que el incremento en la acreditabilidad asociada con la administración de fármacos era el mayor estresante ya que las enfermeras no cuentan con la supervisión que tuvieron como estudiantes; en otras palabras, llevan a cabo la administración de fármacos sin una supervisión, situación que puede generarles miedo de cometer errores que las conduzcan a problemas legales y a perder su registro como enfermeras.

Expectativas, conocimiento y confianza:

En su estudio, (Maben & Macleod-Clark, 1998) reportaron que las recién calificadas enfermeras tienen expectativas con respecto de su rol para proveer el mejor cuidado posible - que es lo que se les enseña en la teoría – que no son realistas debido a que las presiones de tiempo y los niveles de asignación de personal no les permiten satisfacer tales expectativas. Más adelante, (Maben et al, 2007) llevaron a cabo una investigación examinando las experiencias de las recién calificadas enfermeras al implementar sus ideales y valores en la práctica, y reportaron que las enfermeras emergían con un coherente conjunto de ideales centrados en el paciente, holísticos, y basados en la evidencia, pero que sin embargo, la realidad profesional influía de forma adversa en su habilidad para poder aplicarlos en la práctica. En este sentido, (Brown & Edelman, 2000) reportaron que las recién calificadas enfermeras estaban decepcionadas con la realidad de la profesión, situación que se traducía en sentimientos de frustración y desmoralización por no ser capaces de proveer el cuidado que habían idealizado.

En otros estudios, la falta de confianza de las recién calificadas enfermeras también fue señalada como una fuente de preocupación (Jasper, 1996; Maben & Macleod-Clark, 1996; Maben & Macleod-Clark, 1998; Brown & Edelman, 2000; y Clark & Holmes, 2007). (Maben et al., 2007) asociaron esta ansiedad a la falta de conocimientos. (Maben & Macleod-Clark, 1996) reportaron que las recién calificadas enfermeras mostraban incertidumbre especialmente al inicio de su actividad profesional. Pero (Gerrish, 2000; Clark & Holmes, 2007; y Maben et al., 2007) reportaron que la falta de confianza era sólo de corto plazo porque luego de adquirir experiencia, las recién calificadas enfermeras incrementaban sus conocimientos, y por lo tanto su auto-

confianza. En este sentido, (Jasper, 1996; y Whitehead, 2001) sugirieron que la confianza no puede ser enseñada y que ésta sólo se adquiere y desarrolla a través del tiempo.

Destrezas clínicas:

En otros documentos se reportó que había cierto déficit inicial en las destrezas clínicas de algunas enfermeras (Maben & Macleod-Clark, 1998; Baillie, 1999; Gerrish, 2000; Whitehead, 2001; Clark & Holmes, 2007; y Bradshaw & Merriman, 2008). Al respecto, (Maben & Macleod-Clark, 1998; Maben et al., 2007; y Clark & Holmes, 2007) argumentaron que tal situación se remediaba luego de algunos meses de práctica. Sin embargo, (Maben & Macleod-Clark, 1998) reportaron que las recién calificadas enfermeras sentían que tal déficit inicial en sus destrezas clínicas se debía a la falta de estandarización en los procedimientos de cuidado.

Educación de pre-registro:

En sus documentos, (Maben & Macleod-Clark, 1998; Maben et al., 2007; Gerrish, 2000; Whitehead, 2001; Ross & Clifford, 2002; Bradshaw & Merriman, 2008; Glen, 2009; y Hegarty et al., 2009) subrayaron la importancia de la educación de pre-registro para preparar a las estudiantes para la actividad profesional. (Ross y Clifford, 2002) señalaron que para algunas recién calificadas enfermeras el proceso de transición de la estudiante a la vida profesional es estresante debido, tanto al bajo nivel de calidad de la educación de pre-registro, así como al poco apoyo que reciben una vez que han calificado para un puesto profesional. En este sentido (Glen, 2009; y Hegarty et. Al., 2009) señalaron que la educación de pre-registro es importante porque las recién calificadas se encuentran entre las expectativas de la academia y la realidad de la enfermería diaria - esta opinión es compartida por (Clark & Holmes, 2007; Bradshaw & Merriman, 2008; y Hegarty et al., 2009). Aún más, (Ross & Clifford, 2002) apuntaron que el desarrollo de la educación de enfermería ha generado una base de conocimiento para una práctica más amplia y profunda, pero al mismo tiempo ha generado preocupación sobre el cada vez mayor nivel de destrezas que las enfermeras deben dominar para un puesto profesional. Esto también fue reportado en los estudios de (Clark & Holmes, 2007; y Hegarty et al., 2009).

Un asunto recurrente que aparece en varios documentos, incluyendo los de (Lindop, 1999; Ross & Clifford, 2002; Glen, 2009; y Hegarty et al., 2009), es que existe una brecha entre la teoría y la práctica debido al idealismo de la educación comparado con la realidad de la práctica profesional (incluyendo sus restricciones en los recursos). (Gerrish, 2000) subraya que es necesario preparar enfermeras que sean más proactivas y con la disposición para llevar a cabo un proceso de aprendizaje continuo y de por vida.

Preceptoría y apoyo:

La preceptoría también ha sido reconocida como un elemento esencial para asegurar una transición exitosa a la vida profesional (Bain, 1996; Brown & Edelman, 2000; Gerrish, 2000; Hardyman & Hickey, 2001; Whitehead, 2001; Ross & Clifford, 2002; Clark & Holmes, 2007; y Glen, 2009). (Bain, 1996) llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura sobre la preceptoría

y propuso cinco cuestiones principales: definición de rol, selección del preceptor, programas de preceptoría, la experiencia de la preceptoría, y las limitaciones de la preceptoría en la práctica clínica. El mismo autor reportó que la preceptoría puede acortar la brecha entre la teoría y la práctica al proveer un apoyo adicional durante el proceso de transición. Por su parte, (Maben & Macleod-Clark, 1998; Clark & Holmes, 2007; y Bradshaw & Merriman, 2008) reportaron que las recién calificadas enfermeras normalmente experimentan falta de apoyo en su primera asignación laboral.

El ambiente en el cual las recién calificadas enfermeras inician sus actividades profesionales también fue considerado como crucial en esta transición (Maben & Macleod-Clark, 1998; y Maben et al., 2007). Estos investigadores argumentaron que un ambiente con apoyos ayuda a facilitar el desarrollo post-registro y a retener a las recién calificadas enfermeras dentro de la práctica profesional.

Conclusión:

Ha sido ampliamente reconocido que las nuevas enfermeras en el Reino Unido experimentan un período de transición de estudiantes a profesionales que puede ser percibido como incontrolable, ambiguo y estresante. Sin duda, cambios positivos en esta situación resultarían benéficos para las nuevas enfermeras profesionales.

Notas y Referencias:

Baillie, 1999 L. Baillie, Preparing adult branch students for their management role as staff nurses: an action research project, *Journal of Nursing Management* 7 (1999), pp. 225–234.

Bain, 1996 L. Bain, Preceptorship: a review of the literature, *Journal of Advanced Nursing* 24 (1996), pp. 104–107.

Boyatzis, 1998 R.E. Boyatzis, *Thematic Analysis and Development, Transforming Qualitative Information*, Sage Publications, London (1998).

Bradshaw and Merriman, 2008 A. Bradshaw and C. Merriman, Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet?, *Journal of Clinical Nursing* 17 (10) (2008), pp. 1263–1269.

Brown and Edelman, 2000 H. Brown and R. Edelman, Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses, *Journal of Advanced Nursing* 31 (4) (2000), pp. 857–864.

Centre of Reviews and Dissemination, 2001 Centre of Reviews and Dissemination, 2001. *Understanding Systematic Reviews of Research on Effectiveness: CRD's Guidance for Those Carrying Out or Commissioning Reviews*. CRD Report 4, second ed. NHS CRD, York.

Clark and Holmes, 2007 T. Clark and S. Holmes, Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups, *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007), pp. 1210–1220.

DH, 1999 Department of Health (DH), 1999. *Health Service Circular-Making a Difference to Nursing and Midwifery Pre-registration Education*, HSC 1999/219, 1–18.

Gerrish, 2000 K. Gerrish, Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse, *Journal of Advanced Nursing* 32 (2) (2000), pp. 474–480.

Glen, 2009 S. Glen, Nursing education – is it time to go back to the future?, *British Journal of Nursing* 18 (8) (2009), pp. 498–502. View Record in Scopus | Cited By in Scopus (6)

Hardyman and Hickey, 2001 R. Hardyman and G. Hickey, What do newly-qualified nurses expect from preceptorship? Exploring the perspective of the preceptee, *Nurse Education Today* 22 (2001), pp. 58–64.

Hegarty et al., 2009 J. Hegarty, E. Walsh, C. Condon and J. Sweeney, The undergraduate education of nurses: looking to the future, *International Journal of Nursing Education Scholarship* 6 (1) (2009), pp. 1–11.

Holland, 1999 K. Holland, A journey to becoming: the student nurse in transition, *Journal of Advanced Nursing* 29 (1) (1999), pp. 229–236.

Jasper, 1996 M. Jasper, The first year as a staff nurse: the experiences of first cohort of Project 2000 nurses in a demonstration district, *Journal of Advanced Nursing* 24 (1996), pp. 779–790.

Kramer, 1974 M. Kramer, *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*, C.V. Mosby, St. Louis (1974).

Lindop, 1999 E. Lindop, A comparative study of stress between pre- and post- Project 2000 students, *Journal of Advanced Nursing* 29 (4) (1999), pp. 967–973.

Maben et al., 2007 J. Maben, S. Latter and J. Macleod Clark, The sustainability of ideals, values and nursing mandate: evidence from a longitudinal qualitative study, *Nursing Inquiry* 14 (2) (2007), pp. 99–113.

Maben and Macleod-Clark, 1996 J. Maben and J. Macleod-Clark, Making the transition from student to staff nurse, *Nursing Times* 92 (44) (1996), pp. 28–31.

Maben and Macleod-Clark, 1998 J. Maben and J. Macleod-Clark, Project 2000 diplomats' perceptions of their experiences of transition from student to staff nurse, *Journal of Clinical Nursing* 7 (1998), pp. 145–153.

Oxford University Public Health Resource Unit, 2006 Oxford University Public Health Resource Unit, 2006, *Appraisal Tools, Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Qualitative Research*, PHRU, Oxford (2006).

Parahoo, 2006 K. Parahoo, *Nursing Research, Principles, Processes and Issues* (second ed.), Palgrave Macmillan, Hampshire (2006).

Ross and Clifford, 2002 H. Ross and K. Clifford, Research as a catalyst for change: transition from student to registered Nurse, *Journal of Clinical Nursing* 11 (2002), pp. 545–553.

UKCC, 1986 United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC), 1986. *Project 2000: A New Preparation for Practice*, United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London, UKCC.

UKCC, 1999 United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC), 1999. *Fitness for Practice: The UKCC Commission for Nursing and Midwifery Education*, United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London, UKCC.

Van Gennep, 1960 A. Van Gennep, *The Rites of Passage*, Routledge & Kegan Paul, London (1960).

Whitehead, 2001 J. Whitehead, Newly qualified staff nurses' perceptions of the role transition, *British Journal of Nursing* 10 (5) (2001), pp. 330–339.



ENEEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T16

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Construyendo una Base para la Colaboración Enfermera-Médico

Ives Erickson, J, Clifford, J.

Building a foundation for nurse-physician collaboration

FORUM, 2008; 26(2):6-7

Construyendo una Base para la Colaboración Enfermera-Médico

Jeanette Ives Erickson, RN, MS, FAAN; Senior Vice President for Patient Care and Chief Nurse, Massachusetts General Hospital.

Joyce C. Clifford, RN, PhD, FAAN; President and CEO, The Institute for Nursing Healthcare Leadership.

El actual sistema de salud nos reta a todos a proveer cuidados centrados en el paciente, eficientes, efectivos, seguros, oportunos, y accesibles [1]. Pero para poder enfrentar esto, la calidad y la seguridad *deben* ser asuntos de *todos*. En este sentido, Lindeke y Sieckert (2005) sugieren que maximizar la colaboración enfermera-médico es una de las estrategias necesarias para mejorar el cuidado de los pacientes y al mismo tiempo establecer roles laborales más satisfactorios. Todo lo anterior implica que necesitamos maximizar *todas* las interacciones que ocurren dentro de los equipos multi-disciplinarios del cuidado de la salud [2].

Cualquiera involucrado en la provisión del cuidado directo al paciente entiende que la comunicación y colaboración entre enfermeras y médicos es un elemento esencial para poder lograr buenos resultados de pacientes. Sin embargo, en algunos establecimientos, pareciera que aún prevalece el tradicional “juego enfermera-médico” que Stein describiera en 1967 [3]. Quizá no quieren darse cuenta que el modelo del “capitán del barco” simplemente no puede funcionar.

Para algunos, la enfermería es aún vista (y por lo tanto entendida) únicamente a través de las tareas que las enfermeras llevan a cabo en beneficio del paciente. Afortunadamente, la profesionalización de la práctica que empezó durante los años 70’s ha impulsado cambios en su paradigma: desde un modelo de cuidado basado en las tareas y las destrezas, hacia uno que incorpora un creciente énfasis sobre el conocimiento y el pensamiento crítico. Desafortunadamente, el modelo tradicional – las enfermeras siguiendo órdenes en relación deferencial con los médicos – ha sido reemplazado sólo en algunas organizaciones contemporáneas.

En 1986, Steele hizo un llamado por un cambio en la forma de ver el cuidado de la salud:

“Sin duda, los pacientes serán mejor servidos a través de una relación colaborativa entre enfermeras y médicos. Las metas comunes para proveer cuidados de calidad pueden ser alcanzadas únicamente cuando sus proveedores trabajan en conjunto. Ni la enfermería ni la medicina pueden hacerlo todo porque las demandas del cuidado son muy amplias, las técnicas curativas son muy complejas, y ningún especialista, médico o enfermera, puede solucionar todas las cuestiones del cuidado. Por lo tanto, la eficiencia en la provisión del cuidado puede ser lograda, únicamente, si los médicos y las enfermeras trabajan en equipo.” [4]

Nosotros también reconocemos que la práctica competente del cuidado se fundamenta sobre la colaboración entre enfermeras y médicos (así como entre los otros profesionales de la salud). En algunos ambientes, la mayor educación de las enfermeras, el apoyo organizacional, y el creciente involucramiento del paciente y su familia, han fomentado el establecimiento de una mayor colaboración entre enfermeras y médicos; sin embargo, en otros establecimientos, este no ha sido el caso, y aunque las enfermeras siempre han estado al frente de la seguridad del paciente, este rol no ha sido apreciado.

Asegurar el éxito de los esfuerzos para la seguridad del paciente depende de compromisos institucionales. En este sentido, el Institute of Medicine y la Joint Commission han afirmado que el liderazgo de enfermería es uno de los elementos

más críticos [5]. Por ejemplo, en algunas organizaciones, la Oficial Enfermera en Jefe y el Oficial Médico en Jefe son miembros equivalentes y juntos comparten la responsabilidad por la calidad del cuidado. Esto *debería* implicar que existan relaciones equitativas entre *todas* las enfermeras y *todos* los médicos ¿o nó?

Notas y Referencias:

1. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
2. Lindeke LL, Dieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration. Online Journal of issues in Nursing. Kent State University College of Nursing. 2005; 10(1).
3. Stein LI. The Doctor-nurse game. Arch Gen Psych. 1967; 16:699-703.
4. Steel JE, Editor, Issues in Collaborative Practice. Orlando, Florida: Grune & Stratton, Inc. 1986.
5. Clifford JC. Restructuring: The impact of Hospital Organization on Nursing Leadership. Chicago, IL: American Hospital Publishing, Inc. 1998.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T17

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Comportamientos que influyen en la Cultura de Seguridad

The Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety.

Sentinel Event Alert. 2008; 9(40):1-3

Comportamientos que influyen en la cultura de seguridad: The Joint Commission Sentinel Event Alert (Issue 40, July 9, 2008)

Los comportamientos intimidatorios y destructivos en el ámbito de la provisión de cuidados pueden conducir a errores (1, 2, 3), poca satisfacción del paciente, resultados adversos prevenibles (1, 4, 5), incrementos en los costos (4,5), y a que clínicos, administradores y personal de la salud en general, busquen otros ambientes laborales (1, 6). La seguridad y la calidad del cuidado de los pacientes depende del trabajo en equipo, de la comunicación, y de los ambientes laborales colaborativos. Por lo tanto, para asegurar esta calidad, es necesario promover una cultura de seguridad en la que las organizaciones al cuidado de la salud identifiquen aquellos comportamientos que amenacen al desempeño.

Entre los comportamientos intimidatorios y destructivos se encuentran acciones tales como gritos, palabrotas y amenazas físicas o psicológicas, pero también actitudes pasivas tales como rehusarse a llevar a cabo las tareas asignadas, o silenciosamente exhibir comportamientos no cooperativos durante las actividades rutinarias. Estos comportamientos intimidatorios y destructivos son frecuentemente manifestados por profesionales de la salud en posiciones con poder. Entre estos comportamientos también se incluyen la reticencia para responder las llamadas telefónicas o e-mails, el uso de un lenguaje o entonación de voz deliberadamente condescendiente, o la demostración de impaciencia o incomodidad ante cualquier pregunta (2). Los comportamientos pasivos también afectan la efectividad del trabajo en equipo y pueden comprometer la seguridad de los pacientes (7, 8, 11). Ningún comportamiento intimidatorio y destructivo deberá ser tolerado.

Los comportamientos intimidatorios y destructivos dentro de las organizaciones al cuidado de la salud no son raros en la práctica (1, 2, 7, 8, 9). De hecho, en una encuesta sobre intimidación conducida por el Institute for Safe Medication Practices se reportó que el 40% del personal clínico entrevistado habían permanecido pasivos y sin cuestionar al intimidador durante diversos eventos destructivos (2, 10), y aunque la mayoría de las investigaciones correspondientes se refieren a comportamientos intimidatorios y destructivos entre médicos y enfermeras, hay evidencia de que otros profesionales del cuidado, tales como farmacéuticos, terapeutas, personal de apoyo, y administradores, también están involucrados (1, 2). En varias de estas encuestas se han reportado importantes porcentajes de proveedores de cuidado que han experimentado o atestado comportamientos intimidatorios y destructivos (1, 2, 8, 12, 13). Estos comportamientos no se limitan a un sólo género, y ocurren durante diversas interacciones dentro y entre muchas disciplinas (1, 2, 7). Por lo tanto, es fundamental identificar estos comportamientos - independientemente de quién los cometa.

La mayoría de los profesionales al cuidado de la salud ingresan a esta disciplina por razones altruistas y tienen un fuerte interés en cuidar y ayudar a otros seres humanos. Sin embargo, los comportamientos intimidatorios y destructivos erosionan estas buenas actitudes y crean un ambiente no saludable, y hasta hostil – que es fácilmente reconocible por los pacientes y sus familias. Así que las organizaciones al cuidado de la salud que ignoran estos comportamientos, se exponen además a problemas legales, tanto con los empleados así como con los pacientes.

En diversos estudios se han reportado diversas asociaciones entre las quejas de los pacientes, los comportamientos destructivos, y las malas prácticas (13, 14, 15). “Cualquier comportamiento que afecte la habilidad de funcionar del equipo al cuidado de la salud, necesariamente genera riesgo”, dice Gerald Hickson, M.D., Associate Dean para Asuntos Clínicos y director del Center for Patient and Professional Advocacy en el Vanderbilt University Medical Center. “Si las organizaciones al cuidado de la salud fomentan que los pacientes y sus familias se quejen, sus observaciones pueden servir como parte de un sistema de vigilancia para identificar los comportamientos peligrosos.”

Causas y factores contribuyentes:

Hay una historia de tolerancia e indiferencia hacia los comportamientos intimidatorios y destructivos dentro del sistema del cuidado de la salud (10), y las organizaciones que fallan en identificar estos comportamientos, directa o indirectamente, los están fomentando (9, 11). Los comportamientos intimidatorios y destructivos surgen de factores tanto individuales como sistémicos (4). Por ejemplo, en algunos estudios se reportó que los proveedores de cuidado centrados en sí mismos, inmaduros, y que siempre estaban a la defensiva, eran más propensos a demostrar comportamientos no profesionales (8,11). Por otra parte, los factores sistémicos pueden ser componentes del ambiente específico, por ejemplo: las demandas de productividad, los costos, las jerarquías, la autoridad, la autonomía, los turnos, las rotaciones, los valores profesionales reconocidos, etcétera (5, 7, 16).

Frecuentemente, los comportamientos destructivos no son reportados. Esto sucede por diversas razones incluyendo el miedo a la réplica, el estigma de haber “denunciado” a un colega, y la reluctancia de enfrentar al intimidador (2, 9, 12, 16). Adicionalmente, se ha reportado que el personal de las instituciones de salud frecuentemente percibe que a los médicos poderosos, se les “permiten” esos comportamientos debido a las posibles consecuencias de confrontarlos (8, 10, 12, 17). Por su parte, el American College of Physician Executives (ACPE) llevó a cabo una encuesta sobre el comportamiento médico y reportó que el 38.9% de los respondientes habían estado de acuerdo en que los médicos con grandes salarios son tratados con más flexibilidad cuando se trata de problemas de comportamiento (17).

Algunas acciones sugeridas por la Joint Commission son:

01: Educar a todos los miembros del equipo –incluyendo médicos- sobre comportamiento profesional definido por los códigos de conducta de la organización. La educación debe enfatizar el respeto, e incluir entrenamiento relativo a la etiqueta básica de negocios y a las destrezas para el trato con la gente (10, 18, 19).

02: Responsabilizar a todos los miembros del equipo por sus comportamientos, y aplicar el código de forma igualitaria y sin importar el grado o la disciplina clínica (2, 4, 9, 10, 11).

03: Desarrollar e implementar políticas y procedimientos apropiados para la organización; por ejemplo:

03-1: Mantener la cero-tolerancia ante cualquier comportamiento intimidatorio y destructivo, e incorporar esta política a través de leyes y acuerdos administrativos.

03-2: Diseñar políticas para el personal médico con respecto de los comportamientos intimidatorios y destructivos y que sean complementarias a las políticas sobre el personal no-médico.

03-3: Buscar reducir el miedo o intimidación protegiendo a quienes cooperan en las investigaciones sobre comportamientos intimidatorios y destructivos (10, 18), incluyendo cláusulas dedicadas a impedir la retaliación.

03-4: Responder y apoyar a los pacientes y familiares que estén involucrados o sean testigos de comportamientos intimidatorios y destructivos (11).

03-5: Considerar cuándo y cómo proceder con acciones disciplinarias tales como la suspensión, terminación, pérdida de privilegios, reportes a los cuerpos profesionales, etcétera.

04: Desarrollar un proceso organizacional dirigido específicamente a la identificación de comportamientos intimidatorios y destructivos (LD.3.10 EP 5) en el que se incluya al personal médico y de enfermería, a los administradores, y también al resto de los empleados (4, 10, 18).

05: Proveer entrenamiento a todos los líderes y administradores sobre la resolución de conflictos y la construcción de relaciones y prácticas colaborativas que incluya destrezas para la identificación de comportamientos no profesionales (4, 7, 10, 11, 17, 20).

06: Desarrollar e implementar sistemas para evaluar las percepciones del personal sobre la severidad y extensión de los comportamientos no profesionales y su riesgo de generar daño a los pacientes (10, 17, 18).

07: Desarrollar e implementar un sistema de vigilancia y reportes (posiblemente anónimo) para detectar comportamientos intimidatorios y destructivos (2, 11) y monitorear su efectividad a través de encuestas regulares, grupos de enfoque, evaluaciones de compañeros y equipos, etcétera (10).

08: Apoyar la vigilancia con estrategias de intervención no confrontacionales, que empiecen con conversaciones informales, y que procedan con planes de acción y disciplina en caso de que tales patrones de conducta persistan (4, 5, 10, 11). Recurrir a mediadores cuando se necesiten destrezas adicionales para la resolución de conflictos (4, 7, 14).

09: Conducir todas las intervenciones como compromisos organizacionales para la salud y el bienestar de todo el personal (11), y dedicar recursos para apoyar a los individuos cuyos comportamientos sean causados o influidos por patologías físicas y/o mentales.

10: Fomentar el diálogo profesional como forma proactiva de identificar conflictos, superarlos, y generar colaboración y comunicación entre el personal (1, 2, 4, 10).

11: Documentar todas las iniciativas para identificar cualquier comportamiento intimidatorio y destructivo (18).

Notas y Referencias:

1. Rosenstein, AH and O'Daniel, M: Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing*, 2005, 105, 1, 54-64

2. Institute for Safe Medication Practices: Survey on workplace intimidation. 2003. Available online: <https://ismp.org/Survey/surveyresults/Survey0311.asp> (accessed April 14, 2008)

3. Morrissey J: Encyclopedia of errors; Growing database of medication errors allows hospitals to compare their track records with facilities nationwide in a non-punitive setting. *Modern Healthcare*, March24, 2003, 33(12): 40:42

4. Gerardi, D: Effective strategies for addressing "disruptive" behavior: Moving from avoidance to engagement. *Medical Group Management Association Webcast*, 2007; and Gerardi, D: Creating Cultures of Engagement: Effective Strategies for Addressing Conflict and "Disruptive" Behavior. *Arizona Hospital Association Annual Patient Safety Forum*, 2008.

5. Ransom, SB and Neff, KE, et al: Enhancing physician performance. American College of Physician Executives, Tampa, Fla., 2000, chapter 4, p45-72.
6. Rosenstein, A, et al: Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage: Study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession. *Physician Executive*, November/December 2002, 28(6):8-11. Available online: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0843/is_6_28/ai_94590407 (accessed April 14, 2008)
7. Gerardi, D: The Emerging Culture of Health Care: Improving End-of-Life Care through Collaboration and Conflict Engagement Among Health Care Professionals. *Ohio State Journal on Dispute Resolution*, 2007, 23(1):105-142.
8. Weber, DO: Poll results: Doctor's disruptive behavior disturbs physician leaders. *Physician Executives*, September/October 2004, 30(5):6-14.
9. Leape, LL and Fromson, JA: Problem doctors: Is there a system-level solution? *Annals of Internal Medicine*, 2006, 144:107-155.
10. Porto, G and Lauve, R: Disruptive clinical behavior: a persistent threat to patient safety. *Patient Safety and Quality Healthcare*, July/August 2006. Available online: <http://www.psqh.com/julaug06/disruptive.html> (accessed April 14, 2008)
11. Hickson, GB: A complementary approach to promoting professionalism: Identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Academic Medicine*, November 2007, 82(11):1040-1048.
12. Rosenstein, AH: Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 2002, 102(6):26-34.
13. Hickson GB, et al: Patient complaints and malpractice risk. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 287:2951-7.
14. Hickson GB, et al; Patients complaints and malpractice risk in aregional healthcare center. *Southern Medical Journal*, August 2007, 100(8):791-6.
15. Stelfox HT, Ghandi TK, Orav J, Gustafson ML: The relation of patient satisfaction with complaints against physicians, risk management episodes, and malpractice lawsuits. *American Journal of Medicine*, 2005, 118(10):1126-33.
16. Gerardi, D: The culture of health care: How professional and organizational cultures impact conflict management. *Georgia Law Review*, 2005, 21(4):857-890.
17. Keogh, T and Martin, W: Managing unmanageable physicians. *Physician Executive*, September/October 2004, 18-22.
18. ECRI Institute: Disruptive practitioner behavior report, June 2006. Available for purchase online: http://www.ecri.org/Press/Pages/Free_Report_Behavior.aspx (accessed April 14, 2008).
19. Kahn, MW: Etiquette-based medicine. *New England Journal of Medicine*, May 8, 2008, 358; 19:1988-1989.
20. Marshall, P and Robson, R: Preventing and managing conflict: Vital pieces in the patient safety puzzle. *Healthcare Quarterly*. October 2005, 8:39-44.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T18

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Algunos Tips para profesores de Enfermería para Fomentar la Participación en Clase

Obtenidos de Classroom participation: A student perspective

Collete Loftin; Lisa A. Davis; Vicki Hartin.

Algunos Tips para Profesores de Enfermería para Fomentar la Participación en Clase de sus Alumnos:

Obtenidos del estudio:

Participación en Clase: Una Perspectiva del Estudiante

De:

Collete Loftin MSN, RN, CNE,

Lisa A. Davis PhD, RN,

West Texas A&M University, WT Box 60969, Canyon, Tx 79016, USA

01: Establece una expectativa de participación – asegúrate que tus alumnos sepan que estás esperando su participación, y considera llevar una bitácora de todas sus contribuciones.

02: Formula preguntas concretas y bien estructuradas. Trata que los estudiantes no se avergüencen por respuestas incorrectas. Pon mucha atención a esto, y poco a poco ve formulando las preguntas más difíciles.

03: Prepara tus preguntas por adelantado. Elabora una lista de preguntas con varios niveles de dificultad, así en cualquier momento podrás referirte a la pregunta apropiada. Además, la diversidad en tus preguntas te ayudará a ir subrayando los objetivos específicos.

04: Proporciona a tus alumnos una lista de las preguntas por adelantado; esto les permitirá pensar y preparar sus respuestas también por adelantado dándoles confianza para participar.

05: Responde de una forma tal que fomentes la participación de tus alumnos – sonríe, asiente, parafrasea sus respuestas, y evita corregir enérgicamente sus respuestas incorrectas; en vez de esto, usa comentarios naturales y solicítales más participación para que, entre todos, se “depuren” las respuestas.

06: Da suficiente tiempo para que tus alumnos hagan sus pensamientos, y evalúa el ambiente de clase antes de asumir que ya no tienen más preguntas o comentarios. Una estrategia para lograr esto pudiera ser pedir a tus alumnos que escriban sus respuestas antes de discutir las con toda la clase.

07: Considera reacomodar el salón de tal forma que tus alumnos puedan visiblemente interactuar entre ellos y contigo.

08: Muévete dentro del salón de clase. Esto te facilitará el contacto ocular con tus alumnos, aún con aquellos sentados en las filas de hasta atrás.

09: Apréndete los nombres de tus alumnos. Es más probable que ellos participen si sienten que verdaderamente son tomados en cuenta.

Algunos Tips para el Éxito de las (los) Estudiantes de Enfermería:

Obtenidos de Online Nursing Education:

Tú creías que estabas lista(o) cuando solicitaste tu ingreso a la carrera de enfermería y te emocionaste cuando te enteraste que habías sido aceptada(o), pero ahora podrías estar pensando ¿qué es lo que he obtenido? No te preocupes. Existen muchos recursos y consejos para las (los) estudiantes de enfermería que te irán ayudando a lo largo de la desafiante, pero divertida experiencia de tu carrera. Aquí te presentamos 10 tips:

01: Pon atención en la administración de tu tiempo.

01-1: Mantente preparada(o) para los exámenes.

01-2: Asegúrate de completar a tiempo los trabajos y proyectos que se te pidan.

01-3: Nunca llegues tarde a las prácticas clínicas o a las clases.

01-4: Reserva un tiempo para tus actividades que no estén relacionadas con la escuela.

02: Sé realista con las calificaciones:

Las buenas calificaciones son muy apropiadas para nuestro ego, pero esto no siempre es posible, particularmente entre las (y los) estudiantes de enfermería. La vasta cantidad de información que aprendes cubre muchas áreas – por ejemplo desde la biología básica hasta los diversos y profundos asuntos éticos y sociales. Se realista con respecto de lo que poco a poco vas aprendiendo.

03: Invierte en mantener una buena agenda:

Algunos estudiantes prefieren calendarios mientras que otros se sienten más cómodos con agendas electrónicas. Apunta todas las actividades importantes incluyendo:

03-1: Exámenes.

03-2: Trabajos (cuando empezar, fecha límite, etcétera).

03-3: Prácticas clínicas.

03-4: Citas.

03-5: Tiempos para estudiar.

03-6: Tiempo para relajarte y divertirse.

04: Considera adquirir con anticipación las guías para el examen general final de conocimientos (EPAC).

Cuando se les piden consejos, algunos graduados sugieren a los estudiantes adquirir guías del EPAC. Estos materiales de estudio te ayudarán a irte familiarizando con estas preguntas. Así, cuando sea el momento, estarás mejor preparada(o).

05: No dudes en pedir ayuda:

Sin importar lo que hayas escuchado, las profesoras (y los profesores) de enfermería no pretenden que tu estancia en la escuela sea una experiencia horrible. Aunque cada profesora (y profesor) es diferente, y tu pudieras no ser lo “suficientemente”

compatible con ella (el), no olvides que todas (y todos) están allí para ayudarte a ser una buena (un buen) enfermera(o). Tus profesoras y profesores de enfermería pueden ser tus mejores recursos.

06: Avanza con otros estudiantes:

La enfermería no es una profesión solitaria. El trabajo de equipo es vital para que las enfermeras y los enfermeros puedan proveer los mejores cuidados. Fomenta la práctica en equipo trabajando con tus compañeras y compañeros en todas las actividades de la carrera.

07: Mantente siempre lista(o) para las prácticas clínicas:

Tú tienes que brillar en las prácticas clínicas. Es normal que te sientas nerviosa(o), pero no te escondas y pretendas que tu profesora o profesor no te ve. Este es tu tiempo para que demuestres y practiques todo lo que has aprendido.

07-1: Llega con suficiente margen de tiempo a todas las prácticas.

07-2: Mantente preparada(o): revisa los planes de cuidado de enfermería con anticipación, aprende sobre lo que vas a estar haciendo.

07-3: Escucha y observa a las enfermeras y los enfermeros con más experiencia.

07-4: No traspases tus límites.

08: Ten confianza:

La escuela de enfermería puede hacer que algún(a) estudiante reflexione por qué se inscribió en enfermería. Las dudas en tu mente pueden explotar y esparcirse si no tienes auto-confianza. Se precavida(o) y prudente, necesitas creer en ti misma(o) y ser fuerte en tus compromisos con la profesión que has elegido. Recuerda que la enfermería requiere mucha dedicación.

09: Cuidate a ti misma:

Tú has escuchado muchas veces que tienes que cuidarte a ti misma(o) antes de que puedas cuidar a los demás. Necesitas estar en la mejor forma posible para superar los retos físicos y psicológicos que implica estar en la carrera de enfermería:

09-1: Come bien.

09-2: Ejercítate.

09-3: Duerme bien.

09-4: Relájate.

10: Aprende de tus errores:

Cometer errores es la peor pesadilla de las enfermeras y los enfermeros. Pero la escuela de enfermería es el lugar donde sí puedes cometerlos (y aprender de ellos). Aprovecha tú tiempo en la escuela para hacer todas las preguntas que tengas, para intentar diversos procedimientos, para aprender más de las enfermeras y los enfermeros con más experiencia, etcétera. Si te equivocas, admítelo, arréglalo, y aprende de eso.

Algunos Tips sobre la Colaboración Enfermera-Médico:

Adaptados del libro *Speak Your Truth. Proven Strategies for Effective Nurse-Physician Communication*, HCPro, Inc. 2004.

“Cuando tengo una buena relación laboral con un médico, me siento a gusto para acercarme y juntos comentar las diversas situaciones. Además, los pacientes se benefician por que reciben mejores cuidados.”

Lynsi Slind, estudiante de la University of Washington.

Todos los días pueden surgir oportunidades para mejorar la comunicación y colaboración entre las enfermeras y los médicos; por ejemplo cuando el furioso médico reprime a la enfermera en presencia del paciente, o cuando no la llama por su nombre, apellidos, y/o rol profesional. Es fundamental identificar este tipo de conflictos y mantener la cero-tolerancia ante cualquier comportamiento destructivo. Sin embargo, también existen otras estrategias que las enfermeras pueden adoptar para fomentar una mejor comunicación y colaboración entre ellas y los médicos:

01: Entiende que la diferencia en los roles puede causar confusión. Fortalece tu rol en el cuidado del paciente. Identifica consistentemente el plan de cuidado, y los problemas y progresos que vayan surgiendo.

02: La educación es una llave para obtener conocimiento y respeto; busca obtener el grado de maestría. Aprovecha los cursos de certificación en tu especialidad. Pide a tu institución talleres de entrenamiento sobre asertividad. Apoya y asiste a las conferencias con enfermeras y médicos en conjunto. Convierte en servicios necesarios las quejas de los médicos sobre la falta de conocimientos de las enfermeras. Aprovecha el vasto conocimiento de todos los experimentados profesionales alrededor de ti.

03: Cada vez que se obtenga un resultado no planeado, lleva a cabo un análisis de causa de raíz que incluya, tanto a enfermeras como a médicos.

04: Pide lo que necesites. Si sientes que el médico debe ver a un paciente, díselo. Tú no tienes que hacer el diagnóstico, tú no eres la especialista.

05: Insiste a los médicos que te llamen por tu nombre, apellido y/o rol profesional.

06: Mantente preparada para responder a las posibles solicitudes teniendo siempre a la mano los datos de reportes, laboratorio, signos vitales, etcétera de tus pacientes.

07: Posiciónate cerca del médico cada vez que puedas y que el nivel de asignación de personal te lo permita. Fortalece tu rol de enfermera.

08: Recuérdale a tus colegas que todos están en el mismo “barco.”

09: Mantén al paciente como el principal tema de conversación. Apoya un modelo de práctica colaborativa formalizada.

10: Responsabilízate para solucionar –en privado- cualquier relación negativa que tengas con un médico. Si lo necesitas, pide apoyo a la institución. Muchas enfermeras reportan sentirse aliviadas sólo por el hecho de hacerle saber a la autoridad sobre su situación con algún médico. Es fundamental ser consciente del problema pero también mantener los límites correspondientes.

11: Establece contactos con los colegas. Promueve un sentido de pertenencia formando una comunidad de gente que realmente se preocupen entre sí. Las enfermeras deben ser solidarias entre sí para aumentar su auto-estima. Afianza los contactos con los médicos. El ambiente es el producto de todas estas relaciones laborales.

12: Reconoce los comportamientos y relaciones positivas. Si hay médicos con quienes disfrutas laborar, díselos.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T19

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Destrezas de Comunicación Terapéutica en las Estudiantes Enfermeras Clínicas

Rosenberg S, Gallo-Silver L.

Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting

Teaching and Learning in Nursing 2011); 6(1): 2-8

Destrezas de Comunicación Terapéutica en las Estudiantes Enfermeras Clínicas:

Suzanne Rosenberg MS, RN, CCRN*, Les Gallo-Silver MSW, LCSW-R
LaGuardia Community College, City University of New York, Long Island City, NY 11101, USA

Teaching and Learning in Nursing (2011) 6, 2-8

Abstract:

Los pacientes que atraviesan sus condiciones médicas con ansiedad, depresión y enojo, frecuentemente también anteponen diversas barreras a su cuidado. Este artículo sugiere que, para que las estudiantes enfermeras clínicas puedan interpretar y enfrentar mejor esas barreras, su entrenamiento debe seguir fortaleciéndose con técnicas de comunicación terapéutica (CT) - incluyendo el simulacro de roles, el análisis cognitivo del comportamiento, y la aplicación de información específica. Estas técnicas pueden ayudar a las estudiantes enfermeras clínicas durante sus prácticas clínicas a responder mejor a pacientes que antepongan barreras, a despersonalizar mensajes negativos, a formar relaciones impulsadas por metas comunes, etcétera.

Palabras clave: estudiante de enfermería; destrezas de comunicación; comunicación terapéutica.

01: Introducción:

La nueva enfermera ingresará a una profesión llena de presiones incluyendo: muchas horas de trabajo, escasez de personal y servicios, tensión emocional y física, contacto íntimo con pacientes que sufren, etcétera, y a pesar de estas situaciones, o quizá debido a ellas, la enfermería sigue siendo una carrera “que llama”. Desde 1999, las enfermeras se han distinguido por su excelencia en las clasificaciones de Honestidad y Ética de las encuestas Gallup, y en una de ellas, el 84% de los americanos clasificaron los estándares de la enfermería como altos o muy altos (Gallop Poll, 2009). Así que, es esencial seguir preparando a las estudiantes de enfermería para que interactúen con los pacientes a través de relaciones comunicativas constructivas. Los elementos de la comunicación de enfermería son fundamentales y un ejemplo de esto lo constituye su estricto código de vestimenta. Sin embargo, igualmente importantes son las habilidades para proyectar confianza y demostrar consistencia, confiabilidad, competencia y actitudes asertivas. Las técnicas de comunicación terapéutica pueden ayudar a las estudiantes enfermeras clínicas a superar estos retos. Además, esta forma de relación promueve la curación del paciente, pero también el crecimiento y la gratificación de la enfermera, y la llave para establecer este tipo de relaciones es la integración, uso, y dominio de destrezas de comunicación terapéutica (Belcher & Jones, 2009).

La estudiante enfermera clínica pronto aprende que hasta el más compasivo proveedor de cuidado puede quedar rápidamente exhausto ante las necesidades de sus pacientes, sus propias reacciones personales, las demandas de sus supervisores, médicos, instituciones, etcétera. Así que, si la enfermera va a enfrentar exitosamente tales retos, entonces debe

fortalecer su capacidad para comunicarse con empatía, certeza, oportunidad, y sin dejar de atender sus necesidades fisiológicas y emocionales (Warelow, Edward, & Vinek, 2008). Este artículo trata sobre la comunicación terapéutica (CT), que es una serie de técnicas profesionales diseñadas para fortalecer las habilidades de comunicación del proveedor de cuidado y reducir el estrés en su relación con el paciente (O'Gara & Fairhurst, 2004).

02: Definiendo la comunicación terapéutica:

Es necesario que las estudiantes enfermeras clínicas sean conscientes de que los pacientes están rodeados de tecnología compleja, se sienten intimidados por el ambiente médico, están ansiosos, inquietos, y además vestidos en bata de hospital - la cual, hace que se sientan todavía más expuestos y vulnerables; pero además, que sean conscientes de que pueden existir otras fuentes de estrés como los encuentros no planeados con médicos o los problemas mismos dentro de las familias de los pacientes. Así que demostrar malas destrezas de comunicación, incluyendo no saber escuchar, enojarse, o ser apresuradas, sólo empeoraría las tensiones con los pacientes. El objetivo clave de las estudiantes enfermeras clínicas es ganarse, en un tiempo limitado, la cooperación y confianza de sus pacientes. En las relaciones no-profesionales, las estudiantes enfermeras clínicas, como la mayoría de la gente, podemos guiarnos por la intuición para responder. Sin embargo, la intuición puede fallar... especialmente cuando estamos estresados, preocupados, ansiosos, tristes o fatigados, y esto, en el caso de una interacción con pacientes, pudiera generar reacciones negativas y barreras para el desarrollo de relaciones de confianza (Marcus & Buffington-Vollum, 2005).

En poco tiempo, las estudiantes enfermeras clínicas deben crear relaciones de confianza con el paciente por que los problemas de comunicación pueden presentar un considerable obstáculo para obtener respuestas descriptivas y precisas. Con demasiadas preguntas directas, las estudiantes enfermeras clínicas pueden saturar a los pacientes con peticiones de información, lo que haría que éstos perciban los acercamientos como intrusivos (Neukurg, 2002); además, muchas preguntas cerradas pueden sonar ofensivas y limitar la obtención de información adicional importante. Es decir, con destrezas de comunicación limitadas no es posible ni la reflexión ni el detalle necesario para la valoración precisa del paciente. Por el contrario, las preguntas abiertas sí promueven y fomentan la expresión de los pacientes y son más adecuadas para generar la confianza mutua. Además ésta forma de comunicación terapéutica también genera información con contenido emocional (Neukurg, 2002).

03: Presentando la comunicación terapéutica:

La comunicación terapéutica es una parte integral del currículo de fundamentos de enfermería. Estos conceptos son transferidos de forma teórica en las clases y laboratorios, y de forma práctica en los establecimientos clínicos. Al respecto, algunas estudiantes enfermeras clínicas han señalado que las entrevistas con los pacientes son la parte más atemorizante de su entrenamiento y que los pacientes “no las dejan lavarlos”, “no quieren comer”, “no quieren hablar”, etcétera, y que por lo tanto, son ellos quienes establecen las barreras (Potter and Perry, 2005). Entre sus diversas aplicaciones, la comunicación terapéutica ayuda a las estudiantes enfermeras clínicas a que identifiquen y reconozcan que los pacientes pasan por momentos difíciles y que su rechazo pudiera ser una expresión de preocupaciones personales. De esta forma, al conservar la confianza, mostrar su interés, y buscar oportunidades para generar empatía, las estudiantes enfermeras clínicas pueden transformar el conflicto en un puente para la comunicación.

Entre los temas comunes que se tratan en la comunicación terapéutica están el manejo del paciente enojado, la respuesta y recuperación ante el rechazo, la respuesta ante la tristeza de y por el paciente, etcétera. En cada una de estas situaciones, la estudiante enfermera clínica puede reaccionar personalizando la comunicación con el paciente, alejándose y desarrollando ansiedad por haber hecho algo que presuntamente lo lastimó, y creyendo que no es lo suficientemente capaz para la carrera de enfermería. Esta ansiedad, casi siempre se hace evidente sólo en los establecimientos clínicos. Así que para enfrentar esto, las estudiantes enfermeras clínicas deben poner atención a los sentimientos, tanto del paciente como a los suyos – incluyendo la autoestima. Enunciados tales como “Sr. Pérez, se ve enojado hoy, me gustaría ayudarlo de alguna forma” implican respeto, reconocimiento, e interés. Entonces las previamente difíciles de manejar manifestaciones de emoción pueden ser usadas como oportunidades para fortalecer la confianza.

Por ejemplo, a través de la técnica de simulacro de roles, las estudiantes enfermeras clínicas pueden identificar las respuestas más terapéuticas y re-definir al paciente difícil como alguien que sufre y está molesto, y no como una persona problemática; y al identificar facilitadores y bloqueadores para la comunicación, las estudiantes enfermeras clínicas aprenden frases apropiadas para las diversas situaciones con los pacientes y proveedores del cuidado. En el entrenamiento con técnicas de simulación de roles, las estudiantes enfermeras clínicas pueden adoptar el rol del paciente mientras los académicos el de la estudiante, y viceversa. El propósito de esta interacción es proveer a las estudiantes enfermeras clínicas con diversos métodos para el manejo de sus sentimientos, por ejemplo anticipar sus peores miedos sin perder el enfoque sobre el paciente.

Algunos escenarios simples para la práctica de simulacro de roles pudieran ser:

01: El paciente que está enojado por el dolor: El señor A tiene 90 años y es admitido con fiebre por llagas. El paciente sufre falla cardíaca congestiva y es cuidado en su hogar 5 días a la semana, 3 horas al día. La estudiante enfermera clínica es responsable de obtener el historial clínico, evaluar su cuidado, y documentar las observaciones, pero el señor A responde con frases de una palabra y gestos malhumorados. La estudiante enfermera clínica le informa que ella necesita checar sus heridas, pero en respuesta, él le grita y la maldice.

02: El paciente que siente el impacto de la enfermedad y el tratamiento. La señora B es una mujer soltera de 28 años admitida al hospital para someterse a una histerectomía completa para tratar su cáncer ovárico con metástasis. La señora B acaba de ser transferida a una cama en el piso médico-quirúrgico y la estudiante enfermera clínica es responsable de orientarla y explicarle el funcionamiento de la cama y los aditamentos. Durante las explicaciones, la señora B empieza a sollozar con una mezcla de rabia y desesperación.

03: El paciente que es silencioso y desconfiado. El paciente C es un menor de alrededor de 14 años de edad sin datos, tutores, o contactos, que fue admitido en la sala de emergencias por neumonía-neumotórax y sífilis. El paciente ha estado en el hospital durante 6 días. La estudiante enfermera clínica es responsable de obtener sus fluidos corporales pero el paciente C no responde a sus preguntas y la mira agresivamente.

04: El paciente que es tangencial y esquivo. La señora D es una mujer de 64 años admitida al hospital por una fractura de cadera como consecuencia de una caída en su baño. Ella permaneció sobre el suelo hasta que su hijo regresó 8 horas después. La señora D ha sido transferida a la unidad de rehabilitación. La estudiante enfermera clínica es responsable de orientarla y obtener su historial clínico. La señora D habla sobre su hijo que está por ser dentista. La estudiante enfermera clínica comienza a

obtener el historial pero en vez de responder a las preguntas, la señora D sigue hablando sobre su hijo. La estudiante trata nuevamente de obtener el historial, pero la paciente sigue cambiando de tema.

Este tipo de simulacros pueden video-grabarse para luego ser analizados con detenimiento.

Usando técnicas cognitivas se enseña a las estudiantes que, al anticipar catástrofes, es posible disminuir su ansiedad, porque para algunas estudiantes enfermeras clínicas, esta ansiedad de desempeño impide que respondan adecuadamente a sus responsabilidades. Para anticipar esto, las estudiantes pueden auto-formularse enunciados que les permitan confortarse a sí mismas cuando se sientan estresadas y así evitar imágenes negativas sobre la relación enfermera-paciente. Los enunciados de adaptación sirven para contrarrestar los pensamientos negativos. Todos conversamos con nosotros mismos usando nuestra voz interna, así que la estudiante enfermera clínica que es retada por un paciente enojado, pudiera oír su voz interna decir: "mira lo que acabo de hacer... esto es una porquería... ¿ahora qué voy a hacer? Los enunciados de adaptación pueden alivianar o prevenir tales concepciones negativas. Un enunciado de adaptación pudiera ser: "Mi paciente está comunicando algo sobre el mismo, no sobre mí, así que quiero concentrarme en encontrar qué es lo que mi paciente necesita." (Demertzis & Craske, 2006; MacInnes, 2006). Así que cuando la voz interna sea negativa, la estudiante enfermera clínica puede imaginar un gran signo que le dice que se desconecte de esos malos pensamientos y que se conecte con el paciente. A veces, la auto-plática negativa se agrava con otras imágenes de situaciones estresantes, lo que aumenta aún más el nivel de estrés y la falta de atención hacia el paciente. En estas circunstancias, la estudiante enfermera clínica puede pensar que las imágenes estresantes están siendo proyectadas en un televisor que ella misma procede a apagar (Fennel, 2007).

04: Guiando la comunicación terapéutica:

Los académicos pueden preparar diversas situaciones para que las estudiantes enfermeras clínicas experimenten hipotéticamente encuentros difíciles con pacientes. Hay un ejercicio que requiere que las estudiantes sean divididas en tres grupos, unas son el paciente, otras son la estudiante, y las otras son el observador (figura 1).

Figura 1:

Medidas para la Comunicación Terapéutica			
Uso de comunicación terapéutica	Comportamientos demostrados	Meta lograda	
		Si	No
Dar la bienvenida al paciente	Se presenta a si misma al paciente usando nombres: "Hola Sra. Pérez, yo soy Maria López, y seré su enfermera estudiante..		
Demuestra empatía	Es accesible y reconoce las preocupaciones y sentimientos de los pacientes, respondiendo a las preguntas de la forma mas completa posible.		
Provee estimulación	Reconoce que el paciente puede sentirse intimidado y expuesto Usa lenguaje corporal permitiendo silencios y preguntas abiertas.		
Ayuda a orientar al paciente en el ambiente de cuidado	Explica los procedimientos, equipos y rutinas del hospital.		
Aumenta el sentido de control personal del paciente	Ayuda al paciente a sentirse mas en control ofreciendole opciones e incluyendolo en la toma de decisiones		
Responde a los llamados del paciente	Adapta la interacción de acuerdo a las respuestas y afectos del paciente		
Inicia la sociedad enfermera-paciente	Promueve el dialogo sobre las preocupaciones personales y/o de salud del paciente. Provee información al paciente.		

Con base en el College of Nurses of Ontario (2009)

Algunas actitudes negativas del “paciente” pudieran ser:

- a: No mirar a la enfermera.
 - b: Ver al techo mientras la enfermera está hablando.
 - c: Pretender recibir una llamada telefónica, empezando a hablar e ignorando la enfermera.
 - d: Preguntar a la enfermera algo personal que no tenga relación con la interacción.
 - e: Quejese de que tiene comezón.
- Etcétera.

05: Reflexión:

La reflexión fomenta que las estudiantes enfermeras clínicas auto-evalúen su práctica, y así estén más conscientes de su sentir, pensar, y actuar. La reflexión también impulsa la confianza y la auto-estima a través de la identificación de lo que es necesario mejorar. Cuando las estudiantes enfermeras clínicas están más a gusto consigo mismas entonces son más capaces de ser auténticas y naturales con sus pacientes, y por lo tanto de llevar a cabo sus responsabilidades como profesionales (Berman, Snyder, Kozier, & Er, 2008).

06: Herramientas de reflexión y auto-estudio:

Esta herramienta se presenta en la figura 2. Luego del simulacro de roles, las estudiantes pueden compartir sus sentimientos y obtener retroalimentación de parte de los académicos y de las compañeras.

Figura 2:

Herramienta de Reflexion		
Asunto	Reacción del estudiante	Resultado luego de la reflexion
Identificar sus respuestas emocionales ante los pacientes difíciles (cosas que usted siente pero que no quiere que la dominen)	Yo me senti aterrizada y queria salir del cuarto	Mantuve la compostura y me recorde que yo necesitaba integrarme con el paciente y buscar oportunidades
Identificar sus respuestas cognitivas (cosas que usted esta pensando que parecen interferir con su entrevista)	Yo pense que el paciente no queria ser manejado por una estudiante y que yo deberia respetar esos sentimientos	Me dije a mi misma que yo podia proveer los servicios necesarios y yo necesitaba proveer el cuidado dentro de mi alcance de practica
Identificar el enfoque de la interaccion (Mantener los puntos clave a la mano)	Tratando de planear mi cuidado. Yo dije que seria mejor proveer su cuidado matutino ahora por que como el lunch seria en dos horas y tendria que ir a sus examenes.. ¿Hay algo en que pueda ayudarlo?	Yo reconozco que mi trabajo es explicar mis objetivos y ayudar a los pacientes a percibir esto como lo mejor para su bienestar
Describir como siente que se desempeña (auto-evaluacion)	Yo parezco muy seria y nerviosa. Necesito disminuir mi cantidad de palabras, y relajar mis brazos	Yo reconozco que las tensiones del paciente son legitimas y que yo sere lo mas efectiva al continuar encontrando estrategias para proveer cuidado. La siguiente vez estare conciente de aminorar mi velocidad de habla y relajar mis brazos
Explicar lo que el paciente pudiera estar experimentando y reaccionando a (empatia)	El paciente tiene la glucosa muy alta y tendra que alterar su estilo de vida, finanzas, y tendra que integrar un plan de tratamiento. Supongo que está nervioso por todos esos cambios.	Yo reconozco que el paciente pudiera necesitar que se le re-asegure que puede manejar el nuevo estilo de vida que le sera requerido.

07: Aplicando la comunicación terapéutica:

La aplicación de la comunicación terapéutica y la interacción estudiante-paciente deben ser observadas dentro de los establecimientos hospitalarios. Allí, hasta las estudiantes más exitosas en el salón de clase pueden trabarse y ser incapaces de aplicar su aprendizaje. La comunicación terapéutica ayuda a las estudiantes enfermeras clínicas a alivianar sus preocupaciones y entonces enfocarse hacia el paciente.

Los siguientes son algunos testimonios de estudiantes enfermeras clínicas sobre sus experiencias:

“Cuando entré al cuarto, el señor P fue verbalmente abusivo y me gritó, y cuando me presenté como una estudiante enfermera clínica, él se hizo todavía más agresivo. El paciente exclamó: “Yo necesito una enfermera, salga de aquí, no necesito una estudiante.” Quedé horrorizada con aquella experiencia. No sabía cómo reaccionar. Salí inmediatamente y le informé a la enfermera supervisora. Entonces me concentré en algunas técnicas de comunicación terapéutica y traté de entender qué había detrás de la agresión. No lo tomé como algo personal, y regresé más relajada y le pregunté si había algo que podía hacer por él. No me concentré en su colostomía o enfermedad. Le pregunté qué le gustaba hacer y él mencionó que le gustaba cocinar. Hablamos de sus platillos favoritos. Yo solo escuché y luego de desarrollar empatía, él sintió que verdaderamente me preocupaba y entonces se calmó...”

“... Usando empatía, entendimiento, paciencia, vi cómo la comunicación terapéutica fortalecía mi relación con el paciente. Él confió más y más en mí y me contó su vida antes de que empezara la cirugía. Luego me dijo cómo lo había ayudado a entender su condición y hacerse cargo de su propio cuidado.”

“... Yo aplico técnicas de comunicación terapéutica sobre cómo escuchar. Cuando sólo escucho lo que mi paciente tiene que decir, estoy demostrándole que me preocupo por sus problemas y sentimientos. Por ejemplo, yo usé comportamientos asertivos cuando le expliqué a la señora J por qué necesitaba obtener sus datos de pulso y respiración. Un buen escuchador puede transmitir confianza y entonces aliviar el peso del otro.”

“Mi paciente se rehusaba a recibir cuidados. Luego entré a su cuarto, le hablé con voz calmada, y le pregunté por qué no quería bañarse. A través de la comunicación terapéutica, obtuve la información necesaria para mi plan de cuidado, y me di cuenta que ella tenía frío y por eso no quería bañarse. Mi acción fue enseñarle la importancia del cuidado higiénico. La comunicación terapéutica significa mucho para un paciente... Un simple gesto, una sonrisa, un hola tienen más importancia de lo que pudiera parecer.”

08: Conclusión:

La comunicación terapéutica es la mejor herramienta que la enfermera tiene para reducir el estrés y establecer la confianza durante su práctica, y esto se constata cuando su paciente es capaz de “asociarse” con ella para el manejo de su propio cuidado. Las educadoras de enfermería debemos empoderar a nuestras estudiantes para que alcancen su máximo potencial. Tenemos la obligación de hacer que las estudiantes enfermeras clínicas transfieran la teoría hacia la actividad laboral de los establecimientos clínicos. Allí, las estudiantes encontrarán tensión, ambivalencia, desesperación, angustia, etcétera, así que debemos capacitarlas para desarrollar destrezas en comunicación terapéutica, porque, al aliviar la tensión e inseguridad con respecto de los pacientes, las nuevas enfermeras sí podrán proveer sus mejores cuidados.

Notas y Referencias:

Belcher, M., & Jones, L. (2009). Graduate nurses' experience of developing trust in the nurse–patient relationship. *Contemporary Nurse*, 31(2), 142.

Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., & Er, G. (2008). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing, concepts, process, and practice*, vol. 454 (pp. 467–475), 8th ed. Upper Saddle River: Pearson-Prentice.

College of Nurses of Ontario. (2009). *Therapeutic nurse client relationship*. Pub. No 41003 ISBN I-897308-06-X, Toronto, Canada. http://www.cno.org/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf.

Demertzis, K. H., & Craske, M. G. (2006). Anxiety in primary care. *Current Psychiatry Reports*, 8(4), 291–297.

Fennel M. J. V. (2007). Low self-esteem, in *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice and prevention*, In N. Kazantzis, & L. L'Abate (Eds.). New York, Springer Science + Business Media, xviii.; 293–314.

Gallup Poll. (2009). <http://www.gallup.com/pol/1654/Honest.Ethics-Profession:csp>. Accessed August 3, 2009.

Kirk, T. (2007). Beyond empathy: Clinical intimacy in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 8(4), 233–243.

MacInnes, D. L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: An examination into their relationship and their effect on Psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 483–489.

Marcus, D. K., & Buffington-Vollum, J. K. (2005). Countertransference: Social relations perspective. *Journal of Psychotherapy of Integration*, 15(3), 254–283.

Neukrug, E. (2002). *Skills and techniques for human services professionals* (pp. 81–94) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

O'Gara, P., & Fairhurst, W. (2004). Therapeutic Communication, part 2. Strategies that can enhance the quality of the emergency care consultation. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 201–207.

Potter, P., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (pp. 437–441), 6th ed. St. Louis, MO: Mosby.

Warelow, P., Edward, K., & Vinek, J. (2008). Care: What nurses say and what nurses do. *Holistic Nursing Practice*, 22(3), 146–153.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T20**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Mejorando la Comunicación entre los Proveedores de Cuidado de la Salud:
Preparando a las Estudiantes de Enfermería para la Práctica

Lorretta C Krautscheid LC.

Improving communication among healthcare providers: preparing student nurses for practice.

Int J Nurs Educ Scholarsh[serie en internet] 2008[consultado 6 de agosto 2012];5(1): Article40 [15 pags]
Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/ijnes.2008.5.1/ijnes.2008.5.1.1647/ijnes.2008.5.1.1647.xml>

Mejorando la Comunicación entre los Proveedores de Cuidado de la Salud: Preparando a las Estudiantes de Enfermería para la Práctica:

Lorretta C. Krautscheid

(International Journal of Nursing Education Scholarship; Volume 5 Issue 1, 2008, Article 40)

Considerando que los errores de comunicación son la principal causa de los eventos centinela en todas las categorías, la Joint Commission además señaló que la efectividad de la comunicación entre los diversos proveedores de cuidado es una de las principales Metas Nacionales de Seguridad de Pacientes del 2008. Por esta razón, se espera que los programas educativos de enfermería preparen bien a sus estudiantes para la práctica; lo cual implica que éstas tengan suficientes destrezas para la comunicación interdisciplinaria. En este sentido, es a través de prácticas de simulación de valoración clínica, como los académicos pueden evaluar la habilidad de las estudiantes de enfermería para comunicarse efectivamente con el personal médico, en especial durante situaciones críticas. Este estudio sugiere implementar ampliamente en los diversos currículos educativos de enfermería las llamadas prácticas de Simulación de Evaluación Clínica (SEC) usando el protocolo de comunicación Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) (SAER en español: Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) (anexo 1), con el objeto de apoyar el desarrollo de las destrezas de comunicación interdisciplinaria entre las estudiantes de enfermería.

La Joint Commission es una organización independiente y no lucrativa que certifica a las organizaciones vinculadas con el cuidado de la salud en los Estados Unidos, y que publica algunas recomendaciones sobre calidad y seguridad en el cuidado de la salud a nivel internacional. Esta comisión mantiene una base de datos sobre eventos centinela con el objeto de proporcionar referencias que ayuden a mejorar la calidad y seguridad en el cuidado. Los eventos centinela son “ocurrencias inesperadas que terminan en la muerte, en lesiones físicas y psicológicas serias, o que por lo menos generan tales riesgos” (The Joint Commission, 2007A). La Joint Commission señala que la comunicación deficiente entre el personal de la salud es la causa principal de los eventos centinela en todas las categorías.

La comunicación es esencial cuando se lleva a cabo un plan de cuidado. En este sentido, se asume que los currículos educativos de enfermería preparan lo suficientemente a sus estudiantes para aplicar con efectividad las estrategias de comunicación interdisciplinaria en la práctica clínica. Sin embargo, el aprendizaje clínico es complejo y no siempre es posible garantizar que cada estudiante tenga las suficientes oportunidades para aprender cómo comunicarse con el personal médico, que reportar, cómo presentar la información, etcétera. De hecho, la valoración a través de la observación directa en los establecimientos clínicos generalmente presenta un reto logístico debido al gran número de estudiantes en las unidades, a las diversas necesidades de los pacientes, a la disponibilidad del personal médico, etcétera. Por lo tanto, la evaluación objetiva de este aprendizaje requiere un estricto control, y a veces, esto sólo puede lograrse a través de prácticas de simulación objetivamente estructuradas. Estas formas de simulación pueden ayudar a las estudiantes de enfermería a generar y darle sentido a la información mientras evalúan, hacen juicios, proveen intervenciones, etcétera (Jeffries & Rizzolo, 2006). Como se comentó anteriormente, una variante de estas prácticas son las llamadas Simulaciones sobre Evaluación Clínica (SEC). Por medio de las prácticas SEC, los académicos pueden observar y evaluar directamente los dominios cognitivos, psicomotores, y afectivos

de sus estudiantes dentro de un ambiente controlado y con criterios estrictamente definidos. La taxonomía de Bloom puede usarse como marco de trabajo teórico para la enseñanza y evaluación de las destrezas de comunicación clínica de las estudiantes de licenciatura de enfermería.

A través de prácticas SEC es posible ofrecer a las estudiantes de enfermería suficientes oportunidades para que desarrollen actividades que las ayuden a generar conocimiento, sintetizar ideas, formular hipótesis, llegar a conclusiones e interpretaciones, pero también a aprender a comunicar eficientemente todo esto (Queensland Department of Education, 2002). Esta herramienta se ajusta bien con la enfermería profesional, por lo tanto, éstas prácticas de simulación son buenas estrategias para medir las mejorías en el desempeño clínico de las estudiantes de enfermería (Radhakrishnan, Roche, & Cunningham, 2007). Estos razonamientos son compartidos por Larew, Lessans, Spunt, Foster, and Covington (2006) quienes además señalan que el desarrollo de la competencia de enfermería requiere de mucha práctica en el ambiente clínico y que es difícil asegurar que todas las estudiantes tengan las experiencias clínicas suficientes. Por todas estas razones, la práctica simulada con académicos se hace absolutamente necesaria (Issenberg, et al., 1999).

El Institute for Healthcare Improvement (IHI) recomienda usar el protocolo Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) (SAER en español: Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) para la comunicación entre miembros del equipo de cuidado de la salud. El SAER es un protocolo concreto y fácil de recordar que es útil para enmarcar cualquier comunicación, pero en especial, aquella que requiere la atención y acción inmediata del personal médico (IHI, 2006). Como se comentó anteriormente, la comunicación deficiente puede conducir a malentendidos, frustración, errores, y malos resultados de paciente (Pope, Rodzen, & Spross, 2008, p.42), y por consiguiente a generar eventos centinela. El protocolo SAER incrementa la confianza de las enfermeras empoderándolas para, adecuada y respetuosamente, enunciar sus argumentos y opiniones (Markley & Winbery, 2008, p.163).

En un proyecto del Learning Resource Center (LRC) se aplicaron una serie de prácticas de SEC-SAER para estimar el nivel de mejoría en las destrezas comunicativas clínicas de un grupo de estudiantes de enfermería. Uno de los ejercicios se trataba de un paciente simulado que tenía una úlcera péptica, y quién se encontraba progresivamente ante mayor riesgo de sufrir shock hipovolémico... Los académicos observaban directamente las simulaciones y evaluaban a las estudiantes y los resultados revelaron que, antes de las prácticas SEC-SAER, el desempeño había estado por debajo del estándar en todos los criterios de comunicación.

En ese tiempo, los reportes típicos sonaban más o menos así:

“Lo necesito aquí, el paciente está colapsando...” o “Estoy preocupada por el Sr. Smith ya que tiene mucho dolor, su frecuencia cardíaca está elevada y su saturación de oxígeno está muy baja...” o “No sé qué hacer con el Sr. Smith... está sangrando mucho y su presión se está desplomando...”

Luego de la implementación de las prácticas SEC-SAER los diversos reportes sonaban más o menos así:

“Esta es cristina, soy una enfermera llamando del Centro Médico (tal). Le estoy llamando debido a una nueva situación con su paciente, el Sr. Smith en el cuarto 304. Se trata de un masculino de 62 años con una historial de úlcera péptica que fue admitido la noche anterior con un fuerte dolor abdominal y emesis color café oscuro. Estoy llamando por que tiene mucho dolor, sus signos vitales han cambiado mucho y está perdiendo sangre. Su presión sanguínea disminuyó de 110/78 a 98/58. Su

frecuencia cardíaca aumentó de 90 a 122. Su oxígeno disminuyó a 85%, así que le puse una cánula nasal con 2 lpm pero su saturación de oxígeno aún sigue estando baja. El paciente dice que su dolor abdominal es de nivel 8. Está perdiendo mucha sangre y hay aproximadamente 400 ml de fluido rojo en su canister de succión nasogástrica. Mi evaluación es que su úlcera está sangrando y que pronto podría entrar en shock ¿Me pregunto, qué es lo que quiere que haga?

Ocasionalmente, alguna estudiante, además, hacía alguna recomendación como por ejemplo incrementar la tasa de fluido intravenoso, transfundir sangre, etcétera . . .

Debido a que la comunicación es una función esencial de la enfermería, es necesario hacer un llamado para que las estudiantes sean bien preparadas para ser competentes en esta área. Las prácticas de simulación ofrecen buenas oportunidades para observar y evaluar directamente el progreso de cada estudiante (J. Warner, personal communication, May 10, 2006). Se recomienda para estudios futuros seguir evaluando la utilidad de la herramienta educativa SEC y el protocolo SAER como marcos de trabajo para fortalecer las destrezas de comunicación clínica de las estudiantes de enfermería.

Anexo1:

SBAR (SAER): Es un protocolo de comunicación usado en las organizaciones al cuidado de la salud:

Situación: identifique su persona y ocupación, y de dónde está llamando. Identifique al paciente por nombre, edad, y sexo. Describa la razón de comunicarse, y si es urgente, expréselo claramente.

Antecedentes: señale la queja principal del paciente, y enuncie su historial médico relevante. Proporcione un breve resumen de las condiciones previas.

Evaluación: Signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea, temperatura, saturación de oxígeno, escala de dolor, nivel de consciencia. Señale su impresión sobre los signos vitales que estén fuera de los parámetros normales.

Recomendación: Explique qué es lo que usted requiere. Haga sugerencias. Clarifique muy bien que acciones se espera que usted lleve a cabo.

(<http://en.wikipedia.org/wiki/SBAR>)

Notas y Referencias:

Institute for Healthcare Improvement (2006). SBAR technique for communication: A situational briefing model. Retrieved April 29, 2008, from <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>

Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Hart, I. R., Mayer, J. W., Felner, J. M., Petrusa, E. R., Waugh, R. A., Brown, D. D., Safford, R. R., Gessner, I. H., Gordon, D. L., & Ewy, G. A. (1999). Simulation technology for healthcare professional skills training and assessment. *The Journal of the American Medical Association*, 282(9), 861-866.

Jeffries, P. R., & Rizzolo, M. A. (2006). Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children: A national, multi-site, multi-method study. Retrieved January 17, 2008, from <http://www.nln.org>.

Larew, C., Lessans, S., Spunt, D., Foster, D., & Covington, B. G. (2006). Innovations in clinical simulation: Application of Benner's theory in an interactive patients care simulation. *Nursing Education Perspectives*, 27(1), 16-21.

Lenburg, C. B. (1999). Redesigning expectations for initial and continuing competence for contemporary nursing practice. *Online Journal of Issues in Nursing*. Retrieved June 26, 2005, from <http://www.nursingworld.org>.

Markley, J., & Winbery, S. (2008). Communicating with physicians: How agencies can be heard. *Home Health Care Management & Practice*, 20(2), 161-168.

Pope, B. B., Rodzen, L., & Spross, G. (2008). Raising the SBAR: How better communication improves patient outcomes. *Nursing*, 38(3), 41-43.

Queensland Department of Education (2002). *Productive pedagogies: Classroom instruction manual*. Department of Education, The State of Queensland, Australia. Retrieved April 29, 2008, from http://education.qld.gov.au/public_media/reports/curriculumframework/productive-pedagogies/html/int-01.html.

Radhakrishnan, K., Roche, J. P., & Cunningham, H. (2007). Measuring clinical practice parameters with human patient simulation: A pilot study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1), 1-11.

Rentschler, D. D., Eaton, J., Cappiello, J., McNally, S. F., & McWilliam, P. (2007). Evaluation of undergraduate students using objective structured clinical evaluation. *Journal of Nursing Education*, 46(3), 135-139. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, Vol. 5 [2008], Iss. 1, Art. 40

Su, W. M., Osisek, P. J., & Starnes, B. (2005). Using the Revised Bloom's Taxonomy in the clinical laboratory: Thinking skills involved in diagnostic reasoning. *Nurse Educator*, 30(3), 117-122.

Tarlinton, D. (2003). Bloom's Revised Taxonomy – Pupil Free Day [Powerpoint slides]. Retrieved April 29, 2008, from <http://www.kurwongbss.eq.edu.au/thinking/Bloom/bloomspres.ppt>

The Joint Commission (2007a). Sentinel Event. Retrieved October 11, 2007, from <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>.

The Joint Commission (2007b). 2008 National Patient Safety Goals Hospital Program. Retrieved August 8, 2007 from <http://www.jointcommission.org/patientsafety/>.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T21**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Desarrollando Destrezas para la Comunicación Interprofesional

Wagner J; Beth Liston B; Miller J.

Developing interprofessional communication skills

Teaching and Learning in Nursing (2011) 6, 97-101

Desarrollando Destrezas para la Comunicación Interprofesional:

Janet Wagner RN, PhD: Columbus State Community College, P.O. Box 1609, Columbus, OH 43216, USA.

Beth Liston MD, PhD: Departments of Internal Medicine and Pediatrics, Ohio State University College of Medicine, Columbus, OH 43210, USA.

Jackie Miller RN, c-OB, MS: Columbus State Community College, Columbus, OH 43216, USA.

Teaching and Learning in Nursing Volume 6, Issue 3, July 2011, Pages 97-101

Abstract:

La colaboración interprofesional es un componente clave en la educación de las profesiones de la salud, y por lo tanto en la seguridad del paciente. En este artículo se presenta el desarrollo e implementación de un ejercicio educacional de simulación diseñado para promover el trabajo de equipo y la colaboración entre los estudiantes de medicina y las estudiantes de enfermería.

Palabras Clave: educación interprofesional; calidad y seguridad; simulación.

Nuevas preocupaciones sobre la calidad y la seguridad en el cuidado de la salud han ido emergiendo; en especial con respecto a los posibles puntos de error. Esta situación ha incrementado la necesidad de que *todos* los miembros del equipo al cuidado de la salud trabajen colaborativamente, se comuniquen efectivamente, y tomen sus decisiones *en conjunto* (Khon, Corrigan, & Donaldson, 2000). Los campos de la medicina y la enfermería están especialmente entrelazados y por lo tanto, muchas de sus responsabilidades se traslapan; sin embargo, sus conocimientos no siempre son aplicados de una forma clínicamente coordinada (Stein-Parbury & Liaschenko, 2007). Esta realidad debe ser reconocida y entendida para que una comunicación y colaboración interprofesional real pueda ocurrir. Mientras las estudiantes de enfermería deben aprender a desarrollar y presentar representaciones que sustenten su evaluación clínica (Benner, tanner, & Chelsa, 2009), los estudiantes de medicina deben aprender el significado y valor de tales perspectivas adicionales. Tanto estudiantes como profesionales de ambas disciplinas deben aprender y aplicar diversas destrezas de negociación independientemente de sus perspectivas, de las dificultades históricas, de la educación sobre la práctica, etcétera. Esta es una necesidad de la práctica que debe ser atendida por ambos currículos educativos. En este artículo se presenta un ejercicio educacional de simulación diseñado para promover el trabajo en equipo entre estudiantes de medicina y estudiantes de enfermería.

En diversos reportes del Institute of Medicine, la seguridad del paciente, la calidad del cuidado, y la eficacia del sistema educacional han sido cuestionadas (Greiner & Knebel, 2003; Kohn et al., 2000), y en una alerta sobre eventos centinela, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations reportó que el 70% de los errores médicos prevenibles se debían a

errores de comunicación. Una iniciativa para tratar de enfrentar estas situaciones fue la Quality and Safety Education for Nurses (Cronewett et al., 2007).

A pesar de estar estrechamente vinculados, médicos y enfermeras han tenido una complicada historia en términos de comunicación, cooperación, y toma de decisiones en conjunto. Leonard Stein describió esta relación como “un juego” en el que los dominantes médicos reciben de parte de las sumisas enfermeras, y en lenguaje codificado, las sutiles pistas sobre las necesidades de los pacientes (Stein, 1967). El médico es masculino, mejor educado, y considerado como de mejor clase social. El médico manda. La enfermera es femenina, menos educada, y con menor valor en la sociedad. La enfermera obedece. Claramente, el médico está en el centro del escenario y a cargo del cuidado del paciente; la enfermera es sólo su sirvienta. Así que cuando el nivel de educación de las enfermeras aumentó, cuando el rol femenino de la sociedad Americana cambió, cuando la población de pacientes se hizo más diversa, esta relación se hizo todavía más compleja.

Aunque han habido cambios substanciales en los estilos interactivos entre médicos y enfermeras (Sirota, 2008), el patrón de dominio de los médicos aún persiste, y poco es lo que ambas profesiones han hecho para modificar esta situación. Por ejemplo, en una encuesta se reportó que menos del 15% de las escuelas de enfermería y medicina tenían programas educativos interprofesionales (Larson, 1995). Pareciera que cada grupo estuviera en un silo. Además, “tradicionalmente” las estudiantes de enfermería han sido preparadas para conducirse con una mentalidad sumisa, situación que ha generado que sigan acumulando sentimientos de falta de empoderamiento y victimización (Kenner, Finkelman, Weatherby, Long, & Kupperschidt, 2010). Pero también por la otra parte, muchas escuelas de medicina han seguido imponiendo en sus estudiantes un modelo de trabajo jerárquico en el que el médico está siempre al frente del equipo (Chitty & Black, 2007). Es claro que ninguna de estas formas de enseñanza va a resolver el problema de la falta de colaboración entre enfermeras y médicos.

La educación de enfermería debe actualizarse ante los cambios de la realidad del cuidado e implementar las mejoras necesarias para poder enfrentar los cada vez más estrictos estándares de calidad y seguridad. No obstante lo anterior, en muchos casos estos cambios curriculares simplemente no han sido llevados a cabo. Pareciera que algunas educadoras y administradoras de la enfermería vieran la práctica a través de muy diferentes perspectivas. Por ejemplo, Berkov, Virkstis, Stewart, and Conway (2008) reportaron que únicamente el 10% de los ejecutivos de los sistemas hospitalarios y de salud creían que las nuevas enfermeras graduadas estaban lo suficientemente preparadas para proveer cuidados efectivos y seguros, mientras que el 90% de los académicos consideraban que sus graduadas sí estaban bien preparadas para la práctica. La realidad es que la práctica de enfermería es cada vez más compleja. Por ejemplo, en la actualidad, la coordinación y la movilización de recursos institucionales para lograr intervenciones y rescates oportunos son extremadamente importantes funciones de enfermería (Aiken, 2005). Sin embargo, para que estas funciones puedan ser llevadas a cabo es necesaria la colaboración entre todos los miembros del equipo de cuidado. Así que el desarrollo de estas destrezas no debe ser dejado al “ahí se va” ni tampoco llevarse a cabo únicamente en los salones de clase ó con sólo algunos estudiantes. Deben proveerse experiencias de actividad conjunta con estudiantes tanto de medicina como de enfermería. Los ejercicios de simulación son una forma de lograr esto. Además, este tipo de simulaciones, no necesariamente requiere de tecnologías sofisticadas ya que “actores” pueden representar a los diferentes personajes en las diversas situaciones clínicas (Rowles & Russo, 2009). Las prácticas de simulación recrean escenarios clínicos en los que no existe la posibilidad de dañar a algún paciente; de esta forma, la confianza del estudiante aumenta y su aprendizaje va formando parte natural en sus intervenciones (Roles & Russo, 2009).

Un escenario clínico fue generado, y diez estudiantes de enfermería y diez de medicina fueron mezclados al azar para trabajar en conjunto dentro de una situación clínica simulada. Cada miembro del equipo recibió información diferente y por lo

tanto tuvo una perspectiva diferente. Para establecer el plan de cuidado adecuado, el “doctor” y la “enfermera” *tenían* que comunicarse efectivamente. . . El escenario fue desarrollado por académicos y personal del Centro para Destrezas Clínicas de la Ohio State University (OSU). Se solicitaron voluntarios del 4to año de medicina del colegio de medicina de la OSU, y voluntarios del último semestre de la escuela de enfermería, también de la OSU. Los otros actores fueron entrenados en el mismo Centro de Destrezas Clínicas. Diez equipos formados por un estudiante de medicina, una estudiante de enfermería, y un familiar del paciente representado por una actriz, fueron aleatoriamente combinados. La secuencia es así: se presenta en la sala de emergencias una paciente críticamente enferma y con dificultad para respirar. La paciente es estabilizada, está alerta y orientada, pero sus signos vitales se deterioran rápidamente. Los estudiantes médicos reciben una breve sinopsis del diagnóstico actual, el historial del paciente y el reporte de la sala de emergencias, pero no reciben el reciente diagnóstico de un cáncer metastásico; sólo se les dice que la condición de la paciente está empeorando y que deben verla, así como a su familiar que está por llegar. En cambio, a las estudiantes de enfermería se les da la información sobre la evaluación inicial de enfermería pero también la nota sobre el cáncer metastásico. Además, se les dice que la paciente estaba consciente de su cáncer pero que había rehusado someterse a quimioterapia y tampoco quería soporte de vida alguno. Cada estudiante de enfermería en turno se reúne con la familiar de la paciente representada por una actriz. Posteriormente, el estudiante de medicina se integra, y todos dialogan para desarrollar un plan de cuidado en el que debe elegirse, o la intubación o el cuidado confortable. Al final de la simulación, todos los integrantes participan en sesiones de retroalimentación para discutir y evaluar sus experiencias comunicativas. Finalmente, se les pide completar un cuestionario evaluativo.

Al concluir los ejercicios de simulación, todos los participantes, en conjunto con los académicos, se reunieron para discutir sus experiencias. Sus respuestas fueron muy positivas y cada grupo compartió y criticó las diversas ideas y posturas de los demás. Paralelamente, los actores dieron su opinión sobre la colaboración entre los estudiantes de medicina y las estudiantes de enfermería. Estas últimas, además respondieron a una serie de reactivos de evaluación con una escala Likert de 5 puntos. En general, las estudiantes de enfermería señalaron que, luego del ejercicio, se sintieron mejor preparadas y consideraron que la experiencia les iba a permitir trabajar mejor en un equipo interdisciplinario en el futuro. Sus comentarios también indicaron que no solamente habían disfrutado la experiencia sino que además habían aprendido mucho observando las diversas formas de colaboración dentro de cada equipo médico-enfermera.

Se identificaron algunas barreras en este proyecto. Por ejemplo, la complejidad de hacer coincidir a los estudiantes considerando sus diversas obligaciones. Con respecto de las diversas actitudes profesionales y pre-concepciones, se notó que algunas estudiantes de enfermería no se habían sentido a gusto durante la toma de decisiones, y en contraste, los estudiantes de medicina asumieron de forma natural un rol de liderazgo. Otro hallazgo interesante fue que uno de los estudiantes de medicina indicó que había quedado sorprendido ante la extensión del conocimiento que las estudiantes de enfermería dominaban, y señaló que en el futuro iba a considerar muy seriamente la colaboración de las enfermeras.

En resumen, esta simulación piloto fue una intervención educacional efectiva y bien recibida por los estudiantes de ambas carreras. Claramente, este tipo de ejercicios es un buen paso hacia el desarrollo de una cultura que apoye el trabajo de equipo interprofesional en el cuidado de la salud.

Notas y Referencias:

- Aiken, 2005 L.H Aiken, Policy challenges in modern health care. In: D. Mechanic, L. Roget, D. Colby and J. Knickman, Editors, *Improving quality through nursing. Improving health and the health of all Americans*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ (2005), pp. 177–188.
- Benner et al., 2009 P. Benner, C. Tanner and C. Chelsa, *Expertise in nursing practice: Caring clinical judgement and ethics*, Springer Publishing Company, New York (2009).
- Berkow et al., 2008 S. Berkow, K. Virkstis, J. Stewart and L. Conway, Assessing new graduate nurse performance, *Journal of Nursing Administration* 38 (11) (2008), pp. 468–474.
- Chitty & Black, 2007 K.K. Chitty and B.P. Black, *Professional nursing: Concepts and challenges*, W.B. Saunders Company, Missouri (2007).
- Cronenwett et al., 2007 L. Cronenwett, G. Sherwood, J. Barnsteiner, J. Disch, J. Johnson and P. Mitchell et al., Quality and safety education for nurses, *Nursing Outlook* 55 (3) (2007), pp. 122–131.
- Greiner & Knebel, 2003 In: A.C. Greiner and E. Knebel, Editors, *Health professions education: A bridge to quality*, The National Academies Press, Washington, DC (2003), pp. 1–192.
- Kenner et al., 2010 C. Kenner, A. Finkelman, F. Weatherby, L.E. Long and B.R. Kopperschmidt, Nursing against whose odds? Commentary on Gordon (2005) as an example of teaching to the IOM reports. In: A.
- Finkelman and C. Kenner, Editors, *Teaching IOM: Implications of the Institute of Medicine reports for nursing education (2nd ed.)*, American Nurses Association, Silver Spring, MD (2010), p. 247.
- Kohn et al., 2000 L. Kohn, J. Corrigan and M.S. Donaldson, *To err is human: Building a safer health care system*, National Academy Press, Washington, DC (2000).
- Larson, 1995 E.L. Larson, New rules for the game: Interdisciplinary education for health professionals, *Nursing Outlook* 43 (4) (1995), pp. 180–185.
- Liston et al., 2011 B.L. Liston, M.A. Fischer, D. Way, D. Torre and K. Papp, Interprofessional education in the internal medicine clerkship: Results from a national survey, *Academic Medicine* (2011) in press.
- Rowles & Russo, 2009 C.J. Rowles and B.L. Russo, Strategies to promote critical thinking and active learning. In: D.M. Billings and J.A. Halstead, Editors, *Teaching in nursing; A guide for faculty (3rd ed.)*, Saunders Elsevier, St. Louis, MO (2009), pp. 238–261.
- Sirota, 2008 T. Sirota, Nursing 2008 nurse/physician relationships survey report, *Nursing* 38 (7) (2008), pp. 28–31.
- Stein, 1967 L.I. Stein, The doctor–nurse game, *Archives of General Psychiatry* 16 (6) (1967), pp. 699–703.
- Stein-Parbury & Liaschenko, 2007 J. Stein-Parbury and J. Liaschenko, Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work, *American Journal of Critical Care* 16 (5) (2007), pp. 470–477.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T22

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

El Rol de la Colaboración Interprofesional en la Creación y Mantenimiento de la Reforma del Cuidado de la Salud

Reinke LF; Hammer B.

The Role of Interprofessional Collaboration in Creating and Supporting Health Care Reform

Am J Respir Crit Care Med. 2011 Oct 15; 184(8):863-4.

El Rol de la Colaboración Interprofesional en la Creación y Mantenimiento de la Reforma del Cuidado de la Salud:

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Vol 184. Pp. 863-864, (2011)

Lynn F. Reinke, PhD., A.R.N.P. Health Services R&D Puget Sound VA Health Care System Seattle, Washington.

Beth Hammer, M.S.N., R.N. Zablocki Va Medical Center Milwaukee, Wisconsin

Instituciones como la Interprofessional Education Collaborative (1) y la Health Resources and Services Administration (HRS) (2), han señalado que “los clínicos necesitan enfocarse cada vez más en adquirir destrezas efectivas para la comunicación interprofesional” (3). En Mayo de 2011, la HHS-CCSC premió a diversos equipos que lograron la excelencia en la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud señalando que el trabajo en equipo multidisciplinario y el empoderamiento de todos los miembros habían sido las estrategias para lograr estos resultados (3, 4).

La colaboración interprofesional es un área estratégica que debe atenderse. En este sentido, en dos estudios se reportaron asociaciones entre la mala comunicación entre enfermeras y médicos, y los incrementos en mortalidad de pacientes, duración de la estancia hospitalaria, y tasas de re-admisión (5,6). Similarmente, en otros se recomendó analizar con detenimiento los componentes de la colaboración interprofesional incluyendo la comunicación de equipo, el liderazgo, la coordinación y la toma de decisiones (7, 8, 9), y en uno de estos, se señaló que el líder de equipo más efectivo, frecuentemente es identificado como un compañero o compañera que demuestra comportamientos directivos inmediatos al hacerse cargo de situaciones críticas y de emergencia orquestando la provisión del cuidado (7).

En el reporte clásico del Institute of Medicine, *To Err is Human* (10), se apoya el razonamiento de que existe una continua necesidad de que los equipos interprofesionales se enfoquen más hacia la comunicación y colaboración para asegurar que el cuidado sea de calidad. En este sentido, dos recomendaciones importantes fueron señaladas: (a) desarrollar herramientas para facilitar la comunicación, y (b) desarrollar y establecer los estándares para el cuidado. Consecuentemente, en el recientemente publicado reporte *The Future of Nursing*, también del Institute of Medicine (11), se hace un llamado para que enfermeras y médicos sean socios completos en el re-diseño del cuidado y asuman roles de co-liderazgo para el desarrollo y adopción de modelos de cuidado centrados en el paciente.

¿Por qué una práctica avanzada de enfermería? Por que las enfermeras de la práctica avanzada pueden evaluar comprensivamente las necesidades del paciente y su familia, obtener y generar la información necesaria, asumir roles de liderazgo, etcétera. Por lo tanto, las enfermeras deben ser especialmente educadas en la colaboración interprofesional. En este sentido se han propuesto 5 áreas clave:

- 01: Estructuras y Sistemas de Liderazgo,
- 02: Asignación de Personal,
- 03: Comunicación Efectiva y Manejo del Conocimiento

04: Práctica y Procesos Basados en la Evidencia
05: Resultados de Pacientes.

Los datos apoyan la idea de que la mejor forma de asegurar resultados positivos consistentemente es a través de la colaboración interprofesional, pero se necesitan más investigaciones para poder determinar cuáles son los mejores métodos de entrenamiento para estos equipos al cuidado de la salud.

Referencias:

1. IECE Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2011.
2. Health Resources and Services Administration. Team-based competencies: building a shared foundation for education and clinical practice. In partnership with the Interprofessional Education Collaborative (Josiah Macy Jr. Foundation, The Robert Wood Johnson Foundation, and the ABIM Foundation). Conference Proceedings. Washington, D.C. February 16, 2011.
3. Health Care Intelligence. Sg2 special report: the impact of health reform [accessed July 27, 2011]. Available from <http://www.sg2.com/>
4. American Association of Critical-Care Nurses. Boldvoices [accessed August 1, 2011]. Available from http://www.nxtbook.com/nxbooks/aacn/boldvoices_201107
5. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell PH, Eldredge DH, Oakes D, Hutson AD. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med* 1999;27:1991-1998.
6. Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE, Richeson JF, Johnson JE. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung* 1992;21:18-24.
7. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Crit Care Med* 2009;37:1787-1793.
8. Lindeke LL, Sieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration. *Online J issues Nurs* 2005;10:5.
9. Zwanstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD000072.
10. Institute of Medicine. To err is human. Washington, D.C.: The National Press; 1999.
11. Institute of Medicine. Future of Nursing Report. The future of nursing leading change, advancing health. Washington, D.C.: The National Academic Press: 2001.
12. Ulrich BT, Lavandero R, Hart KA, Woods D, Leggett J, Taylor D. Critical care nurses' work environments: a baseline status report. *Crit Care Nurse* 2006;26:46-50, 52-47.

13. Barden C. AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. Aliso Viejo, CA: American Association of Critical-Care Nurses: 2005.
14. Knaus W, Draper E, Wagner D, Zimmerman J. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Ann Intern Med* 1986;104:410-418.
15. Narasimhan M, Eise LA, Mahoney CD, Acerra FL, Rosen MJ. Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet. *AJCC* 2006;15:217-222.
16. Dodek PM, Raboud J. Explicit approach to rounds in an ICU improves communication and satisfaction of providers. *ICM* 2003;29:1584-1588.
17. Boos VD, Okah FA, Swinton CH, Wolff DM, Haney B. The comprehensive care rounds: facilitating multidisciplinary communication among caregivers of complex patients in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care* 2010;10:301-306.
18. Institute for Health Improvement. SBAR Technique for communication: a situational briefing model [accessed July 27, 2011]. Available from: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/>
19. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS [accessed July 27, 2011]. Available from: <http://teamstepps.ahrq.gov/>
20. Hospitals in Pursuit of Excellence. CUSP [accessed July 27, 2011]. Available from <http://www.hpoe.org/topic-areas/>



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T23**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Dosis de Enfermeras: analizando la asociación de variables de asignación de personal de enfermería con los resultados adversos de pacientes

Manojlovich M, Sidani S, Covell CL, Antonakos CL.

Nurse Dose: Linking Staffing Variables to Adverse Patient Outcomes

Nurs Res. 2011; (4):214-20.

Dosis de Enfermeras: analizando la asociación de variables de asignación de personal de enfermería con los resultados adversos de pacientes:

Nursing Research July/August 2011 Volume 60 Number 4 Pages 214 – 220

Milisa Manojlovich: PhD, RN, CCRN, Associate Professor University of Michigan School of Nursing, Ann Arbor Michigan.

Souraya Sidani: PhD, Professor and Canada Research Chair, Health Interventions: Design and Evaluation, School of Nursing, Ryerson University, Toronto, Ontario, Canada.

Christine L. Covell: PhD, RN, Postdoctoral Fellow, Faculty of Health Science, University of Ottawa, Ontario, Canada.

Cathy L. Antonakos: PhD, Research Area Specialist, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor.

Antecedentes:

Los hallazgos inconsistentes reportados en más de 100 estudios hacen difícil explicar con precisión cómo la variación en la asignación de personal de enfermería afecta los resultados de pacientes. Recientemente, se ha propuesto un constructo equivalente denominado dosis de enfermeras que está definido como la cantidad específica de enfermeras requerida para proveer cuidado de pacientes en algún establecimiento hospitalario.

Objetivos:

El objetivo de este estudio fue examinar la validez del constructo dosis de enfermeras analizando su asociación con las tasas de infecciones por *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM) y de caídas de pacientes reportadas, en una muestra de adultos en unidades de cuidado agudo.

Métodos:

Los datos fueron obtenidos en 26 unidades de cuidado agudo de Ontario y Michigan. Para el análisis de datos se llevaron a cabo correlaciones bi-variadas y regresiones de Poisson.

Resultados:

Las correlaciones bi-variadas revelaron que los componentes del constructo dosis de enfermeras: *ingrediente activo* (educación, experiencia, y mezcla de destrezas); e *intensidad* (equivalentes en tiempo completo, radio de pacientes por enfermera, y horas de enfermera por paciente por día) fueron predictores significativos, tanto de las infecciones por SARM, así como de las caídas de pacientes.

Discusión:

Al conceptualizar los atributos: educación, experiencia, mezcla de destrezas, equivalentes en tiempo completo, radio de pacientes por enfermera, y horas de enfermera por paciente por día, fue posible determinar con mayor precisión la influencia que el constructo dosis de enfermeras tiene sobre la frecuencia de infecciones por SARM y de caídas de pacientes.

Palabras clave: teoría de enfermería, valoración de resultados, personal.

No está bien claro cómo asignar el nivel y tipo de personal de enfermería para obtener mejores resultados de pacientes hospitalizados (Manojlovich & Sidani, 2008), por lo que muchas investigadoras han seguido buscando precisar esta correlación (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007), pero los diversos resultados no han sido consistentes (Mark, Hughes, & Jones, 2004; Jiang, Stocks, & Wong, 2006). Por lo tanto, hasta que estimaciones más precisas sean encontradas, es probable que números o tipos de enfermeras incorrectos sean asignados a sus diversas unidades, lo que pudiera conllevar a consecuencias negativas en el cuidado de los pacientes (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalsi, & Silber, 2002; Mark et al., 2007; Cho, Ketefian, Barkauskas, & Smith, 2003).

Recientemente se ha empezado a usar el término dosis de enfermeras como equivalente de nivel de asignación de personal de enfermería (Manjlovich & Sidani, 2008; Sidani, Manojlovich, & Covell, 2010; Brooten & Naylor, 1995; Brooten & Youngblut, 2006).

Revisión de la Literatura:

En la investigación sobre la asignación de personal de enfermería se han aplicado diversos conceptos y metodologías (Jiang et al., 2006; Mark et al., 2004; Herald, Alexander, Fraser, & Jiang, 2008) y una de las razones del poco conocimiento generado es que no se ha desarrollado una teoría sólida y unificada (Kane et al., 2007).

En la revisión de la literatura, nosotros encontramos que diferentes retos metodológicos han sido aplicados para analizar diversas variables. Entre estas están: radio de pacientes por enfermera, equivalentes de tiempo completo, horas de enfermera por paciente por día, y mezcla de destrezas (radio de enfermeras registradas por enfermeras técnicas) (Aiken et al., 2002; Jiang et al., 2006), sin embargo, no pudimos identificar alguno en específico en el que se hayan incluido todas al mismo tiempo. Por ejemplo, (Cho et al., 2003) reportaron que no habían encontrado una asociación significativa entre horas de enfermera por paciente por día y caídas de pacientes, mientras (Blegen y Vaughn, 1998) reportaron que habían encontrado una relación inversa significativa entre la mezcla de destrezas y las caídas de pacientes. No obstante lo anterior, las variables fueron operacionalizadas de formas diferentes y por lo tanto, no puede asegurarse un enlace preciso entre dichas variables y los resultados adversos (Herald et al., 2008; Cho et al., 2003; Kovner & Gergen, 1998). Quizá estos procedimientos sean una de las causas de las inconsistencias en los hallazgos (Cho et al; Needleman et al., 2002). Como otro ejemplo, (Blegen, Goode, and Reed, 1998) reportaron que no habían encontrado una asociación significativa entre horas de enfermera por paciente por día, y mortalidad y úlceras por presión, sin embargo (Cho et al., 2003) y (Needleman et al., 2002) en estudios separados, sí reportaron asociaciones entre horas de enfermera por paciente por día y frecuencia de neumonías adquiridas en hospitales.

Las asociaciones entre asignación de personal de enfermería, caídas de pacientes reportadas, e infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina no han sido estudiadas tan extensamente como otros eventos adversos (Doran et al., 2006), y en una revisión de la literatura en la que se examinó la relación de asignación de personal con caídas de pacientes y úlceras por presión, los hallazgos fueron divergentes.

Algunos investigadores han concluido que las diferencias metodológicas entre estudios han imposibilitado precisar cualquiera de estas asociaciones (Lake & Cheung, 2006).

En resumen, nuestra revisión de la literatura revela que asuntos conceptuales y metodológicos son las causas de la falta de progreso para entender la asociación entre la asignación de personal de enfermería y los resultados adversos de pacientes.

Desarrollo y Evolución del Concepto Dosis de Enfermeras:

Se define dosis de enfermeras como el número de enfermeras necesarias para proveer el cuidado de pacientes en algún establecimiento hospitalario. Nosotros llevamos a cabo una exploración factorial del constructo dosis de enfermeras usando datos de 26 unidades médicas, quirúrgicas, y mixtas, y los resultados sugirieron la presencia de dos factores. El factor, *ingrediente activo*, se formó con los componentes empíricos: educación de enfermería, experiencia, y mezcla de destrezas, y sus cargas factoriales fueron .37, .36, y .84 respectivamente. El segundo factor, *intensidad*, se formó con los componentes empíricos: equivalentes de tiempos completos, radio de pacientes por enfermera, y horas de enfermera registrada por paciente por día, y sus cargas factoriales fueron .63, -.66, y .75 respectivamente. Dosis de enfermeras es un constructo a nivel de unidad porque la asignación de personal varía de acuerdo a cada unidad en específico (Mark et al., 2004; Sidani et al., 2010). El objetivo de este estudio fue explorar la validez de este constructo mediante la exploración de su asociación, tanto con el número de infecciones debidas a *Staphylococcus aureus* resistente a metilina, así como con las caídas de paciente reportadas en una muestra de unidades de cuidado agudo.

Muestras y Fuentes de Datos:

Los datos para el estudio fueron proporcionados por dos hospitales de cuidado agudo con más de 750 camas, uno en Ontario y el otro en Michigan.

Atributos de Dosis de Enfermeras:

Se conceptualizaron los atributos: equivalentes en tiempo completo (ETC), radio de pacientes por enfermera (RPE), mezcla de destrezas (MD), y horas de enfermera por paciente por día (HEPD). Se consideraron las diferencias entre las leyes norteamericanas y canadienses y se adoptó un estándar de 1,768 horas productivas al año para las enfermeras norteamericanas y 1,527 para las canadienses (Needleman et al., 2002). El uso de medidas compuestas generalmente reduce el error porque

provee una mayor amplitud y profundidad de medición de conceptos. Pero también optamos por este tipo de medida porque: (1) la distribución de puntuaciones de algunos indicadores estaba moderadamente asimétrica - y por lo tanto tenía el potencial de afectar la distribución de las puntuaciones factoriales, (2) con el pequeño tamaño de la muestra y la naturaleza exploratoria de este estudio, no parecía apropiado aplicar alguna ponderación, y (3) diversas enfermeras administradoras interesadas en el estudio nos solicitaron formulas simples.

Generamos gráficas para examinar las relaciones entre los resultados y las variables educación, experiencia, mezcla de destrezas, ETC, RPE, y HEPD, incluyendo histogramas con cuatro categorías (cuartiles) para cada puntuación de variables. Esta categorización fue semejante a la que llevaron a cabo en su estudio (Kane et al., 2007). Debido a que el componente *ingrediente activo* es una combinación de tres atributos, educación, experiencia, y mezcla de destrezas, sus puntuaciones categorizadas (rango de 1 a 4) fueron sumadas y promediadas para constituir la puntuación compuesta. De forma similar se procedió con el componente *intensidad* y sus atributos ETC, RPE, y HEPD.

Medidas de Resultados:

Los datos sobre infecciones por SARM provinieron de los departamentos para el control de infecciones de los hospitales participantes. La tasa de infección fue calculada por 1,000 días paciente. Los datos sobre las caídas de pacientes, con y sin lesión, provinieron de los reportes de incidentes generados en los respectivos departamentos de control de riesgos y fueron expresados como tasas de caídas reportadas por 1,000 días pacientes. Todos los datos fueron obtenidos a nivel de unidad.

Análisis de Datos:

Para el análisis de datos se llevaron a cabo regresiones de Poisson y correlaciones bi-variadas usando el coeficiente de Pearson. Los eventos aleatorios que no ocurren de forma frecuente producen datos que tienden a agruparse alrededor de los valores 0 y 1 y por lo tanto, son consistentes con una distribución de tipo Poisson (Hutchinson & Holman, 2005). Por esto, la regresión Poisson fue una alternativa apropiada a los tradicionales mínimos cuadrados (Hutchinson & Holman, 2005). Una matriz de correlación fue generada para determinar si había asociaciones significativas entre cada componente de dosis de enfermeras (*ingrediente activo e intensidad*) y los resultados de pacientes, y finalmente probamos dos modelos de regresión, uno para los datos sobre infecciones por SARM, y el otro para los datos sobre caídas de pacientes reportadas.

Resultados:

Diez unidades fueron clasificadas como médicas para adultos, 8 como quirúrgicas para adultos, y 8 como médico-quirúrgicas para adultos. El número total de camas por unidad varió de 12 a 64. Dos unidades tuvieron menos de una caída de paciente reportada por 1000 días de paciente, y 9 no reportaron casos de infección por SARM. Las correlaciones bi-variadas revelaron que ambos componentes de dosis de enfermeras estuvieron significativamente asociados con los resultados. El componente *ingrediente activo* se correlacionó significativamente con infecciones por SARM ($r = -.43$, $p = .03$) así como con

caídas de pacientes ($r = -.44$, $p = .03$). Lo mismo sucedió con el componente *intensidad* (SARM, $r = -.70$, $p = .001$; caídas de pacientes, $r = -.44$, $p = .03$).

En el modelo de regresión con SARM, tanto el componente *ingrediente activo* (educación, experiencia, mezcla de destrezas), así como el componente *intensidad* (ETC, RPE, y HEPD) fueron predictores significativos de los resultados, y como se esperaba, los coeficientes de ambos atributos fueron negativos. Lo mismo sucedió con el modelo de regresión con caídas de pacientes reportadas, aunque con distintos coeficientes.

Discusión:

El objetivo de este programa de investigación fue contribuir al mejoramiento de la seguridad de pacientes usando el constructo dosis de enfermeras como herramienta para identificar el nivel y tipo de asignación de personal requerido para prevenir eventos adversos. Los hallazgos proporcionaron evidencia preliminar que apoya la validez del constructo. Los resultados fueron significativos. El hallazgo de que en el modelo SARM, los coeficientes de los componentes *ingrediente activo* e *intensidad* fueron prácticamente idénticos sugiere que ambos atributos de dosis de enfermeras pudieran ser igualmente importantes. Este hallazgo también apoya el supuesto de que más enfermeras disponibles para llevar a cabo las funciones de monitoreo crítico se asocia con menos tasas de mortalidad y resultados adversos (Aiken et al., 2002; Kane et al., 2007).

A diferencia del grueso de la investigación sobre asignación de personal de enfermería, nuestros resultados sugieren analizar muchas variables simultáneamente. En este sentido, al conceptualizar los atributos: educación, experiencia, mezcla de destrezas, ETC, RPE, y HEPD, e incluirlos en el mismo análisis, fue posible determinar su influencia relativa sobre la incidencia de infecciones por SARM y de caídas de pacientes reportadas.

Cuando en sus estudios los investigadores aplican las mismas medidas de forma consistente, es posible que se desarrollen conocimientos en esa área, y el constructo dosis de enfermeras puede tener utilidad como herramienta para la toma de decisiones, ya que las enfermeras administradoras pueden manejar dinámicamente su personal y de esta forma reducir el número de eventos adversos.

No obstante que nosotros mostramos asociaciones significativas entre importantes variables relacionadas con la asignación de personal de enfermería y los resultados de pacientes, es necesario que se lleven a cabo estudios longitudinales en los cuales los cambios en la dosis de enfermeras sean monitoreados durante períodos de tiempo más amplios, y de esta forma poder determinar con mayor precisión las relaciones causales. Para facilitar la simplicidad y facilidad de uso, el componente *ingrediente activo* de dosis de enfermeras fue construido como un promedio entre educación; sin embargo, puntuaciones z o puntuaciones factoriales pudieran ser más precisas.

Este trabajo contribuyó a aumentar la coherencia conceptual del constructo dosis de enfermeras y mediante validación empírica extendió el conocimiento sobre el impacto que este proceso tiene sobre los resultados de pacientes. Sugerimos que en las investigaciones futuras se exploren otros resultados además de las infecciones por SARM y las caídas de pacientes.

Al igual que una dosis específica de analgésico pudiera ser demasiado débil para aliviar algún dolor, una dosis específica de enfermeras pudiera ser demasiado débil para prevenir ciertos eventos adversos. Se necesitan más investigaciones para precisar la dosis de enfermeras necesaria para evitar tales resultados adversos. Se necesitan más investigaciones para

determinar si resultados positivos tales como una menor estadía hospitalaria y una mayor satisfacción con el cuidado pueden ser asegurados a través de una dosis de enfermeras adecuadamente prescrita (Aiken et al., 2002; Doran et al., 2006).

Notas y Referencias:

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H., (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1623.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burn-out, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.

Blegen, M.A., Goode, C.J., & Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.

Blegen, M.A., & Vaughn, T. (1998). A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*, 16(4), 196-203.

Blegen, M.A., Vaughn, T.E., & Goode, C.J., (2001). Nurse experience and education: Effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration* 31(1), 33-39.

Brooten, D., & Naylor, M.D., (1995). Nurses' effect on changing patient outcomes. *Image. The Journal of Nursing Scholarship*, 27(2), 95-99.

Brooten, D., & Youngblut, J.M. (2006). Nurse dose as a concept. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 94-99.

Cho, S.H., Ketefian, S., Barkuskas, V.H., & Smith, D.G., (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.

Doran, D.M., Harrison, M.B., Laschinger, H. K., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., et al (2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in Nursing & Health*, 29, 61-70.

Herald, L.R., Alexander, J.A., Fraser, I., & Jung, H.J. (2008). How do hospital organizational structure and processes affect quality of care? A critical review of research methods. *Medical Care Research and Review*; 65(3), 259-299.

Hutchinson, M.K., & Hofman, M.C. (2005). Analysis of court data using poisson regression. *Research in Nursing & Health*; 28, 408-418.

Jiang, H.J., Strocks, C., & Wong, C.J. (2006). Disparities between two common data sources on hospital nurse staffing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 187-193.

Kane, R.L., Shamlyan, T.A., Muller, C., Duval, S., & Wilt, T.J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.

Kovner, C., & Gergen, P.J. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.

Lake, E.T., & Cheung, R.B. (2006). Are patient falls and pressure ulcers sensitive to nurse staffing? *Western Journal of Nursing Research*, 28(6), 654-677.

Manojovich, M., & Sidani, S. (2008). Nurse dose: What´s in a concept? *Research in Nursing & Health*, 31, 310-319.

Mark, B.A., Hughes, L.C., Belya, M, M., Chang, Y., Hofman, D., Jones, C.B. et al (2007). Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries? *Journal of Safety Research*, 38(4), 431-446.

Mark, B.A., Hughes, L.C., & Jones, C.B. (2004). The role of theory in improving patient safety and quality health care. *Nursing Outlook*, 52(1), 11-16.

Mitchel, P.H., & Lang, N.M. (2004). Nurse staffing: A structural proxy for hospital quality? *Medical Care*, 42(1), 1-3.

Needleman, J., Buerhaus, P.L., Matke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

Sidani, S., Manojovich, M., & Covell, C. (2010). Nurse dose: Validation and refinement of a concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24(3), 159-171.

Unuruh, L.Y. (2003). Licenced nurse staffing and adverse events in hospitals. *Medical Care*, 4(1), 142-152.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T24

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Cómo hablar con la comunidad médica: una guía para la comunicación efectiva

Curtis K, Tzannes A, Rudge T.

How to talk to doctors – a guide for effective communication

Int Nurs Rev. 58(1): 13-20.

Cómo hablar con la comunidad médica: una guía para la comunicación efectiva

International Nursing Review Volume 58, Issue 1, pages 13-20, March 2011-10-10

Curtis, K., Tzannes, A. and Rudge, T. (2011). How to talk to doctors – a guide for effective communication: International Nursing Review, 58; 13-20., doi 10.1111/j.1466-7657.2010.00847.x

Correspondencia: Kate Curtis, Trauma Service, St. George Hospital, Gray St, Kogarah, NSW, 2217, Australia; kate.curtis@sesiahs.health.nsw.gov.au

Antecedentes:

Las enfermeras y los médicos son preparados segregada y diferentemente para la práctica clínica, y no obstante esto, es esperado que ambos grupos desarrollen una comunicación efectiva entre sí. La mala comunicación tiene una fuerte correlación con los resultados de pacientes, los eventos adversos, y los estresores que afectan a los profesionales del cuidado de la salud. Por estas razones, proponemos una guía para fomentar una comunicación verbal efectiva entre médicos y enfermeras.

Métodos:

Llevamos a cabo una revisión integral sobre la literatura referente a los problemas que una mala comunicación entre médicos y enfermeras genera. Como resultado de nuestro análisis, proponemos una guía práctica de cuatro puntos clave para apoyar a las enfermeras clínicas en el intercambio satisfactorio de información con los médicos.

Conclusiones:

La guía que proponemos puede ayudar a enfermeras (y a médicos) a superar diversas barreras para la comunicación porque, las necesidades de información son consideradas de una forma mutuamente respetuosa, especialmente ante un contexto de incertidumbre. Sugerimos que las instituciones educativas de enfermería y medicina tomen en cuenta integrar estas recomendaciones en sus currículos de carrera.

-0-

Trabajar de forma efectiva con otros profesionales en el cuidado de la salud, es sin duda un gran reto. La comunicación y las relaciones entre los miembros del equipo tienen un gran impacto sobre la práctica de enfermería, y por lo tanto sobre cómo las enfermeras se sienten con respecto de sí mismas (Sweet & Norman, 1995). Por esto, es esencial que enfermeras-pacientes, enfermeras-enfermeras, enfermeras-médicos, etcétera, desarrollen relaciones armoniosas entre sí, y para lograr esto, es necesario establecer y mantener una comunicación efectiva (Kelly, 2005). En este sentido, en diversas encuestas públicas, experiencias de profesionales, políticas emergentes, e investigaciones basadas en la práctica, se identificó una misma

conclusión: la comunicación determina la calidad clínica, la seguridad del paciente, el bienestar de los clínicos, y la satisfacción de los pacientes (Ledema, 2009).

Ninguna atmósfera de la práctica es inmune a errores si existe una mala comunicación entre médicos y enfermeras (Hindle et al., 2005), por lo tanto, es esencial que ambos grupos sean capaces de intercambiar información de forma coherente y comprensiva. Aunque médicos y enfermeras tienen roles específicos e individuales dentro de los sistemas de salud, la investigación apunta hacia la existencia de una creciente interdependencia (Garling, 2008; Ledema, 2009). No obstante lo anterior, estudiantes de medicina y enfermería siguen recibiendo educación segregada y distinta (Suter et al., 2009, National Health Service, 2008; Garling, 2008). Esta situación sugiere que las relaciones inter-profesionales y la comunicación pudieran no ser objetivos centrales, por lo menos en lo que a la preparación profesional temprana se refiere (Suter et al., 2009; Wilhelmsson et al., 2009).

Frecuentemente, las instalaciones para el cuidado de la salud están atareadas y son caóticas, así que la comunicación ocurre simultáneamente a través de diversos canales y entre muchos individuos, lo que puede hacer que ésta sea deficiente (Woloshynowych et al., 2007), y por lo tanto tenga fuertes correlaciones adversas con los resultados de pacientes (Hindle et al., 2005), los eventos imprevistos (Wilson et al., 1995), los tiempos de transferencia (White et al., 2004), la duración de las estancias hospitalarias (Sprivulis et al., 2006), etcétera. Por el otro lado, una buena comunicación tiene un rol central en el desarrollo y mantenimiento de relaciones colaborativas entre los miembros del equipo al cuidado de la salud (Kelly, 2005).

La mala comunicación es una de las causas más comunes de estrés entre los profesionales del cuidado de la salud (Perry, 1997). En diversas investigaciones en establecimientos para el cuidado crítico se han reportado correlaciones significativas entre la comunicación interprofesional y la satisfacción laboral (Blegen, 1993; Sengin, 2003). En algunos de estos estudios se sugirió que los estilos de comunicación atentos y sin autoritarismo tenían un impacto especialmente positivo sobre la satisfacción de las enfermeras (Coeling & Cukr, 2000) (y de los pacientes (Saunders, 2005; Taylor & Bengner, 2004)). Por ejemplo, en un estudio en Nigeria se reportó que los malos resultados que se obtenían se debían al menosprecio que los médicos demostraban ante el trabajo de las enfermeras (Ogbimi & Adebamowo, 2006). Esta postura también es compartida por Champion, Austin & Tzeng, (1990), quienes reportaron que en los países donde se había invertido más en salud pública y comunitaria, las actitudes hacia las enfermeras también habían sido más positivas.

Nosotros llevamos a cabo una búsqueda en las bases de datos Medline, CINAHL, SCIRUS, y Pubmed usando el término “comunicación médico-enfermera”, y encontramos diversos reportes sobre la existencia de “barreras” para la comunicación efectiva entre estos profesionales. Concentramos nuestro análisis alrededor de cinco temas: relaciones jerárquicas tradicionales, incremento de las cargas de trabajo, fuerza laboral en movimiento, percepción y lenguaje diferentes, y experiencia previa. Con base en nuestros hallazgos, así como en nuestra propia experiencia clínica, nosotros sugerimos una guía que incluye la herramienta ISBAR (ISAER en español) cuyo acrónimo resulta de las primeras letras de cinco procedimientos para asegurar una comunicación efectiva: introducción, situación, antecedentes, evaluación, y recomendación (Jansky & Zafi, 2007). Esta guía puede ayudar a que los profesionales de la salud puedan superar diversas barreras de comunicación porque todas las necesidades de información son consideradas de forma mutuamente respetuosa, especialmente ante contextos de incertidumbre (Fagin & Garelick, 2004; Porter, 1991; Sweet & Norman, 1995).

Desafortunadamente muchas veces la realidad es que, sin importar que tan talentosa pudiera ser, una enfermera nunca podrá llegar a ser confiable hasta que obedezca sin objetar. . . “La primera y más útil crítica que yo recibí de un médico fue cuando éste me dijo que yo simplemente debía ser una máquina con el propósito de cumplir sus órdenes” (Dock, 1917).

Afortunadamente, la relación enfermera-médico ha ido cambiando (Nancarrow & Borthwick, 2005), y en muchos países, con la evolución del entrenamiento universitario y los cambios en las normas sociales, institucionales, y profesionales, las enfermeras han hecho considerables avances en su posición profesional (Fagin & Garelick, 2004). De hecho, en muchos contextos, las enfermeras proporcionan la mayor parte del cuidado, y muchas veces hasta atienden comunidades enteras.

El nivel de educación que las enfermeras han alcanzado debe influir en su nivel de asertividad (Kubsch et al., 2003). En este sentido, en diversos estudios se ha reportado que las enfermeras se sienten menos sirvientas de los médicos y que experimentan mucha mayor participación en la toma de decisiones (Farell, 2001; McKay, 1993; Porter, 1991). No obstante todo lo anterior, aún se sigue reportando que las enfermeras tienen dificultades para expresar sus preocupaciones u opiniones, particularmente si esto involucra la contradicción o crítica a médicos u otras figuras de autoridad dentro del equipo (Fagin & Garelick, 2004). Stein (1967) sugirió que la relación enfermera-médico es un “juego” de poder altamente dependiente del género y de la posición económica. Quizá el reconocimiento mutuo de la interdependencia entre enfermeras y médicos es lo que se necesita para pavimentar el camino hacia un trabajo clínico verdaderamente colaborativo (Fagin & Garelick, 2004; Miller et al., 2008).

Por otra parte, no hay que olvidar que el trabajo excesivo siempre será un factor en contra. Por ejemplo, en un estudio británico se examinó la carga de comunicación de una enfermera en jefe en un departamento de emergencia y se documentaron más de 1000 eventos en un solo turno de 10 horas (14% fueron simultáneos) (Woloshynowych et al., 2007); en este caso, una tasa de error de sólo 1% pudiera potencialmente conducir a 10 errores relacionados con el manejo de pacientes. Otro ejemplo lo constituyen las salas quirúrgicas de Australia cuyo movimiento de pacientes se ha ido incrementando notablemente. A este fenómeno se le ha llamado “el churn” y esta situación ha aumentado la carga de trabajo para las enfermeras (Duffield et al., 2007) lo que ha dificultado aún más su comunicación con el personal médico y los pacientes (Carayon & Gurses, 2008).

Fuerza de Trabajo Dinámica:

Es necesario considerar que los equipos para el cuidado de la salud en las modernas naciones desarrolladas cada vez están más fragmentados en sub-especialidades y con múltiples individuos involucrados en diversas facetas, los turnos laborales se traslapan y los miembros del equipo rotan a través de diversas salas como parte de sus programas de entrenamiento. Los residentes, por ejemplo, no siempre conocen bien el sistema y los recursos del hospital (Ursic et al., 2009) y por consiguiente, tampoco tienen suficiente experiencia en el desarrollo de relaciones con el personal de enfermería. Además, la cada vez mayor dependencia de las instituciones de salud de una fuerza laboral casual (dinámica) incrementa el número de individuos que tienen que aprender a comunicarse y trabajar como equipo de forma efectiva.

Percepciones y Lenguaje Diferentes:

También es importante considerar que la medicina moderna está enraizada en el método científico, y por lo tanto, los datos objetivos son favorecidos sobre cualquier opinión subjetiva. En este sentido, muchas enfermeras tienen dificultad para articular sus preocupaciones y opiniones debido a que, en este lenguaje especializado, sólo se aceptan acercamientos estrictamente basados en la objetividad (Canam, 2008; Skei, 2008).

La enfermería tuvo sus raíces históricas en instituciones religiosas y lugares de convalecencia (Nelson, 2001) y poco a poco fue enfocándose hacia las necesidades físicas y fisiológicas individuales de cada paciente. Por lo tanto, la empatía y la protección han sido características distintivas del rol tradicional de la enfermera (Griffin & Griffin, 1973). Por eso, las enfermeras están más tiempo con los pacientes y sus familiares, en comparación que los médicos (Miller et al., 2008). No obstante, y como se comentó anteriormente, existen traslapes en los enfoques y contenidos del entrenamiento de los médicos y las enfermeras, pero las diferencias en la forma de llevarlo a cabo, ponen a ambas profesiones ante potenciales conflictos de comunicación (Woodhall et al., 2008). Aún en un mismo equipo, las prioridades percibidas por cada trabajador al cuidado de la salud pueden ser muy diferentes y desafortunadamente el “juego” entre el médico y la enfermera ha seguido perpetuándose (Miller, et al., 2008).

Experiencia Previa:

Además, hay que considerar que la experiencia previa también determina el estado emocional del individuo para interactuar con los otros. Por ejemplo, si una enfermera fue acosada o se sintió a la defensiva durante cierta comunicación con otros trabajadores de la salud, es probable que su actitud sobre una colaboración futura sea más bien negativa. Diversos estudios han mostrado que muchas enfermeras toman sus decisiones de acuerdo a experiencias anteriores. Este tipo de pensamiento es de tipo heurístico y genera fuertes tendencias en las relaciones laborales (Cioffi, 2001). En este sentido, existen muchas evidencias de que el estado emocional de las enfermeras influye en su forma de comunicación interprofesional (Bolton, 2000). Los pensamientos o emociones que no han sido adecuadamente canalizados tienden a ser manifestados de formas contra-productivas; por ejemplo a través de comportamientos agresivos pasivos, de la abierta hostilidad, del ausentismo, etcétera. Todo esto erosiona la habilidad del equipo para funcionar en busca de los mejores intereses del paciente. Por otro lado, y no menos comúnmente reportados, pero igualmente negativos, están los casos de abuso verbal entre los miembros (Marsden, 1990), incluyendo a los de menor jerarquía (intendencia, ordenanzas, etcétera).

Discusión y Recomendaciones:

Teniendo en cuenta estas barreras, es importante considerar diversas tácticas para mejorar la calidad de la comunicación enfermera-médico, a nivel tanto organizacional, como individual; pero es la propia organización la que tiene la responsabilidad de implementar un modelo compartido en relación con el formato de comunicación, especialmente ante contextos de incertidumbre (Denzau & North, 2000). Así que, hasta que más tiempo y espacio sean dedicados a los programas educativos para este aprendizaje inter-profesional, brechas en la comunicación entre médicos y enfermeras seguirán existiendo (Wilhelmson et al., 2009; Areskog, 2009).

La Organización Mundial de la Salud en 1984 indicó que la educación inter-profesional era fundamental para los equipos de salud primarios y los programas de prevención (Areskog, 2009). En Australia por ejemplo, a nivel de política y acreditación de programas médicos y de estándares para la práctica en enfermería, el Australian Medical Council requiere que exista evidencia de aprendizaje interprofesional en el currículo educativo (Australian Medical Council Inc 2009). En general, la mayoría de las organizaciones tienen políticas relativas a la comunicación escrita, pero no así con respecto de la comunicación hablada - que frecuentemente se desarrolla en momentos de incertidumbre y urgencia (Beyea, 2004).

La guía que proponemos hace referencia a cuatro áreas principales:

- 01: consideraciones personales,
- 02: preparación,
- 03: estructura, y
- 04: asertividad.

Los puntos generales se muestran en la tabla 1:

Tabla 1: puntos prácticos a considerar cuando se habla con los médicos con respecto de los pacientes:

- A: Reconozca su propio estado emocional.
- B: Trate de entender y ponerse en la perspectiva de los receptores.
- C: Las peticiones de su información no son por motivos personales sino para conocer los hechos.
- D: Decida qué es lo que busca lograr de la comunicación.
- E: Qué tan urgente es el asunto.
- F: Prepare su caso.
- G: Contacte a la persona correcta desde la primera ocasión.
- H: Anticipe la información que el médico pudiera necesitar para tomar sus decisiones.
- I: Proceda de acuerdo a un protocolo tipo ISBAR (ISAER).
- J: Sea la promotora de su paciente, y sea apropiadamente asertiva.
- K: Jamás permita que la acosen.

01: Consideraciones Personales:

Aprenda a reconocer su propio estado emocional: ¿está usted cansada, enojada, presionada? ¿Cómo afecta esto su estilo de comunicación y tolerancia con los otros? ¿Cómo afecta esto a la gente con la que usted se comunica? ¿Cómo puede modular sus propios estresores? Etcétera.

De forma similar, intente entender la perspectiva de los otros: ¿Están cansados, enojados, presionados, etcétera? Esto puede ayudarla a controlar la dirección y tono de la conversación y de esta forma usted evitará conflictos. Reconozca los estresantes de la otra persona. Recuérdese a sí misma y recuérdelos a los otros que todos están en el mismo equipo.

Es muy importante que usted aprenda a controlar su ansiedad y otras respuestas emocionales ante un cuestionamiento por parte del personal médico o de otros miembros del equipo.

02: Preparación:

Antes de contactar al médico, prepárese mentalmente. Unos cuantos momentos de reflexión le ayudarán a generar un mensaje efectivo, tanto en términos de estructura, así como de contenido. Con esta costumbre usted fortalece su auto-respeto profesional y se empodera. Reúna notas e identifique los siguientes puntos:

A: Determine qué es lo que usted quiere lograr de su comunicación ¿Está usted notificando al médico algún cambio en la condición del paciente? ¿Está usted buscando una clarificación con respecto de un procedimiento o prescripción? ¿Qué tan urgente es el asunto? ¿Necesita su paciente una revisión inmediata o puede esperar al siguiente turno? Etcétera. De esta forma, usted ubica con anticipación la situación y no “grita” por una “urgencia” que quizá no exista. Esta es una destreza que va desarrollándose con la experiencia así que, si tiene alguna duda, busque otras opiniones antes de hablar.

B: ¿Quién es la persona con la que usted necesita comunicarse? Sin duda es frustrante presentar un caso solamente para ser informada que la persona que contactó no es la correcta. Por eso, algunas instituciones insisten en delimitar las llamadas de las enfermeras sólo a médicos novatos. No obstante lo anterior, la investigación ha sugerido que las enfermeras están más satisfechas con respuestas de médicos más experimentados.

C: Aprenda a anticipar las necesidades de la otra persona para que ésta sea más capaz de darle lo que usted necesite. Si es probable que un médico requiera cierta información ¡tenga ésa información a la mano!

03: Estructura

Una comunicación estructurada tiene importantes ventajas ya que, además de proveer un marco de trabajo, asegura que los detalles importantes no sean pasados por alto, lo que minimiza el riesgo de caer en errores. Si es adoptada como norma esperada por todos los miembros del equipo, una comunicación estructurada puede facilitar la recepción y procesamiento de la información permitiendo a los involucrados hacer mejores contribuciones clínicas. El uso de la herramienta ISBAR (ISAER) es una excelente forma de lograr esto (tabla 2). ISBAR (ISAER) es el acrónimo de: introducción, situación, antecedentes, evaluación, y recomendación. Originalmente conocida como SBAR (Haigh et al., 2006; Manning, 2006) y luego actualizada por (Jansky & Zafi, 2007), ésta herramienta puede ser útil para las enfermeras como formato o protocolo de comunicación con los médicos, por ejemplo ante situaciones de cambios en la condición de los pacientes (Pope et al., 2008). Esta herramienta ya ha sido validada en Australia (Marshall et al., 2009).

Tabla 2: ISBAR:

Introducción: identifíquese a sí misma (nombre, rol, y localización) y reconozca a la persona a quién está llamando. No permita que alguna familiaridad erosione su profesionalismo.

Situación: proporcione el nombre del paciente, edad, y género, y luego indique la razón principal de su llamado. Enuncie la urgencia percibida sobre el problema. Esto enfocará la mente de los escuchas.

Antecedentes: provea la historia clínica necesaria para contextualizar el problema.

Evaluación: reporte los hallazgos pertinentes y últimos signos vitales, así como los resultados de análisis relevantes. ¿Cuál es su evaluación? ¿Cuál es la evaluación del médico?

Recomendación: sea clara con respecto de lo que usted está solicitando y de lo que el escuchador está pidiendo. Para evitar malas interpretaciones, repita lo que sea necesario, y si el caso lo requiere, acuerde un encuentro en persona con el escuchador.

04: Asertividad

La asertividad es un concepto que se empezó a estudiar más detenidamente como resultado de diversas investigaciones en la industria de las aerolíneas. Buscando entender el por qué de ciertos incidentes adversos en esa industria, los analistas encontraron que había parte del personal que se sentía temeroso de comunicarse con los pilotos y otros miembros, y esto a sabiendas de que algo andaba mal. Esta situación no es muy diferente a lo que sucede en el ambiente del cuidado de la salud (Atree, 2007; Chiarella & McInnes, 2008). Con una postura asertiva, el personal puede “superar” sus preocupaciones con respecto de alguna comunicación específica pero sin dejar de dar prioridad a la seguridad del paciente sobre el ego de los proveedores del cuidado (Hunt et al., 2007). Asertividad no es lo mismo que agresión. La primera se refiere al auto-respeto y a la expresión de opiniones válidas, la segunda implica la falta de respeto hacia los otros y la negativa de darles la oportunidad de expresar sus opiniones. Enunciados como los que se sugieren en la tabla 3 pueden ser expresados de una forma no amenazadora y gradualmente escalados hasta que cada miembro del equipo esté satisfecho de que sus “preocupaciones” han sido plenamente identificadas y reconocidas.

Tabla 3: Niveles y ejemplos de asertividad:

Nivel 1:

Expresa su preocupación con un enunciado tipo “yo” i.e. “yo estoy preocupada con respecto de...”

Nivel 2:

Haga una pregunta ofreciendo alguna solución i.e. “¿Quisiera usted que yo...”

Nivel 3:

Pida explicaciones i.e. “me ayudaría a entender si usted me explicara específicamente sobre...”

Nivel 4: Haga una petición directa demandando una respuesta, i.e. “Por la seguridad del paciente usted debe escucharme...”

Conclusión:

Mientras las enfermeras y los médicos sigan recibiendo entrenamientos diferentes y segregados, la comunicación efectiva entre ambos no podrá lograrse. Nosotros hemos provisto algunas reflexiones buscando apoyar a las enfermeras en este sentido, y también hemos sugerido una guía para facilitar sus intercambios de información con los médicos. Recomendamos que se desarrollen e implementen protocolos compartidos de comunicación entre los trabajadores de la salud impulsados por las instituciones que ofrecen educación, tanto de enfermería como de medicina.

Notas y Referencias:

Attree, M. (2007) Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality. *Journal of Nursing Management*, 15, 392–402.

Areskog, N. (2009) Undergraduate interprofessional education at the Linköping Faculty of Health Sciences – How it all started. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (5), 442–447.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2009) ISBAR Revisited: Identifying and Solving Barriers to Effective Handover in Interhospital Transfer. Hunter New England Area Health Service, Sydney, Australia, Available at: http://www.hnehealth.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/46157/ISBAR_Example.pdf. (Accessed 27 May 2009).

Australian Medical Council Inc (2009) Assessment and Accreditation of Medical Schools: Standards and Procedures. AMC, Kingston, ACT.

Beyea, S.C. (2004) Improving verbal communication in clinical care. *AORN Journal*, 79 (5), 1053–1054.

Blegen, M.A. (1993) Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42 (1), 36–41.

Bolton, S.C. (2000) Who cares? Offering emotion work as a ‘gift’ in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 580–586.

Canam, C. (2008) The link between nursing discourses and nurses' silence: implications for a knowledge-based discourse for nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 31 (4), 296–307.

Carayon, P. & Gurses, A.P. (2008) Nursing Workload and Patient Safety – A Human Factors Engineering Perspective. Ch 30 in Hughes (Ed) Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville.

Champion, V.L., Austin, J.K. & Tzeng, O.C.S. (1990) Relationship Between Cross-Cultural Health Attitudes and Community Health Indicators. *Public Health Nursing*, 7 (4), 243–250.

- Chiarella, M. & McInnes, E. (2008) Legality, morality and reality – The role of the nurse in maintaining standards of care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (1), 77–83.
- Cioffi, J. (2001) A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situations. *International Journal of Nursing Studies*, 38 (5), 591–599.
- Coeling, H. & Cukr, P.L. (2000) Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 14 (2), 63–74.
- Denzau, A.T. & North, D.C. (2000) Shared mental models: ideologies and institutions Chapter 2. In *Elements of Reason: Cognition, Choice, and the Bounds of Rationality* (Lupia, A., McCubbins, M.D. & Popkin, S.L., eds). Cambridge University Press, Cambridge, p. 24.
- Dock, S. (1917) The relation of the nurse to the doctor and the doctor to the nurse. *American Journal of Nursing*, 17, 394. cited in Benjamin M Curtis J (1981) *Ethics in Nursing*, New York, Oxford University Press.
- Fagin, L. & Garelick, A. (2004) The doctor-nurse relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 277–286.
- Farrell, G.A. (2001) From tall poppies to squashed weeds: why don't nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 35, 26–33.
- Garling, P. (2008) Final Report of the Special Commission of Inquiry: Acute Care Services in NSW Public Hospitals: Overview. NSW Government, Sydney.
- Griffin, G.J. & Griffin, J.K. (1973) *History and Trends of Professional Nursing*. CV Mosby Company, Saint Louis, 7th edition cited in Long L (1998) *What Goes Around Comes Around*, Joan Durdin Oration, The University of Adelaide Department of Clinical Nursing, Paper Series Number 4.
- Haig, K.M., Sutton, S. & Whittington, J. (2006) SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32 (6), 167–175.
- Hindle, D., Braithwaite, J., Iedema, R. & Travaglia, J. (2005) *Patient Safety: A Review of Key International Enquiries*. University of New South Wales, Sydney.
- Hunt, E.A., Shilkofski, N.A., Stavroudis, T.A. & Nelson, K.L. (2007) Simulation: translation to Improved Team Performance. *Anesthesiology Clinics*, 25 (2), 301–319.
- Jansky, L. & Zafi, R. (2007) ISBAR, Do you? Connecting Caregivers, Empowering Nurses and Celebrating Successful Communications. ANCC Magnet Conference, Atlanta, Georgia October 3–5.
- Kelly, A.E. (2005) Relationships in emergency care: communication and impact. *Topics in Emergency Medicine*, 27 (3), 192–197.
- Kubsch, S., Sternard, M., Hovarter, R. & Matzke, V. (2003) A holistic model of advocacy: factors that influence its use. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, 37–45.
- Manning, M.L. (2006) Improving clinical communication through structured conversation. *Nursing Economics*, 24 (5), 268–271.
- Marsden, C. (1990) thics of the 'doctor-nurse' game. *Heart and Lung*, 19, 422–424.

- Marshall, S., Harrison, J. & Flanagan, B. (2009) The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality & Safety in Health Care*, 18, 137–140.
- Miller, K.-L., et al. (2008) Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 332–343.
- Nancarrow, S.A. & Borthwick, A.M. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health and Illness*, 27 (7), 897–919.
- National Health Service (2008) A High Quality Workforce. Department of Health, London, Available at: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_085841.pdf (Accessed 22 July 2010).
- Nelson, S. (2001) *Say Little, Do Much: Nursing, Nuns and Hospitals in the 19th Century*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Ogbimi, R.I. & Adebamowo, C.A. (2006) Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. *BMC Nursing*, 5, 2. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/5/2> (Accessed 22 July 2010).
- Pope, B.B., Rodzen, L. & Spross, G. (2008) Raising the SBAR: how better communication improves patient outcomes. *Nursing*, 38 (3), 41–43.
- Porter, S. (1991) A particular observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 728–735.
- Saunders, K.A. (2005) Creative new approach to patient satisfaction. *Topics in Emergency Medicine*, 27 (4), 256–257.
- Sengin, K.K. (2003) Work related attributes of RN job satisfaction in acute care hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 33 (6), 317–320.
- Skei, K. (2008) Collaboration at risk: registered nurses' experiences on orthopaedic wards. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (14), 1907–1914.
- Sprivilis, P.C., et al. (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *The Medical Journal of Australia*, 184 (5), 208–212.
- Stein, L. (1967) The doctor-nurse game. *Archives of General Society*, 16, 699–703.
- Stein, L.E., Watts, D.T. & Howell, T. (1990) Sounding board: the doctor-nurse game re-visited. *The New England Journal of Medicine*, 322, 546–549.
- Suter, E., et al. (2009) Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 41–51.
- Sweet, S.J. & Norman, I.J. (1995) The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (1), 165–170.
- Taylor, C. & Bengner, J.R. (2004) Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21 (5), 528–532.
- Ursic, C., Curtis, K., Zou, Y. & Black, D. (2009) Improved trauma patient outcomes after implementation of a dedicated trauma admitting service. *Injury*, 40, 99–103.

White, A.A., et al. (2004) Cause-and-effect analysis of risk management files to assess patient care in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 11 (10), 1035–1041.

Wilhelmsson, M., et al. (2009) Twenty years experience of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 121–133.

Wilson, R., et al. (1995) The quality in Australian health care study. *The Medical Journal of Australia*, 163, 458–471.

Woloshynowych, M., Davis, R., Brown, R. & Vincent, C. (2007) Communication Patterns in a UK Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 50 (4), 407–413.

Woodhall, L.J., Vertacnik, L. & McLaughlin, M. (2008) Implementation of the SBAR Communication Technique in a Tertiary Center. *Journal of Emergency Nursing*, 34 (4), 314–317.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T25

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Competencias Nucleares para la Práctica Colaborativa Interprofesional

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*[monografía en internet] Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative 2011 [consultado 7 de agosto 2012] Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/IPECReport.pdf>

Competencias Nucleares para la Práctica Colaborativa Interprofesional

Interprofessional Education Collaborative: Reporte de un Panel de Expertos: Mayo de 2011:

Patrocinadores:

*American Association of Colleges of Nursing;
American Association of Colleges of Osteopathic Medicine;
American Association of Colleges of Pharmacy;
American Dental Education Association;
Association of American Medical Colleges;
Association of Schools of Public Health;*

Este documento puede ser reproducido, distribuido, públicamente desplegado y modificado, siempre y cuando se señale claramente, y se use para propósitos científicos-educacionales, y no comerciales. Todos los logos deberán ser removidos.

Sugerencia para las citas:

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.

Este reporte está inspirado por la visión sobre la práctica colaborativa interprofesional como la clave para poder proveer un cuidado seguro, de alta calidad, accesible, y centrado en el paciente. Para lograr esto, se requiere el desarrollo continuo de competencias interprofesionales por parte de los estudiantes de todas las profesiones de la salud como parte de su proceso de aprendizaje de tal forma que éstos ingresen a la fuerza laboral listos para proveer un cuidado efectivo basado en el equipo. Nuestra intención fue aportar a las competencias disciplinarias esperadas de cada profesión sugiriendo agregar o depurar las competencias específicas para la práctica colaborativa interprofesional. Para desarrollar éstas competencias colaborativas interprofesionales (educación interprofesional) es necesario ir más allá de los esfuerzos educacionales específicos de cada profesión. Es necesario integrar a los estudiantes de todas las profesiones de la salud en un proceso de aprendizaje interactivo común de tal forma que éstos puedan ser capaces de trabajar efectivamente como miembros de equipos clínicos.

Organización del Reporte:

Primero, proveemos algunas definiciones y principios clave que nos guiaron en la identificación de competencias interprofesionales nucleares. Luego, describimos la situación actual del aprendizaje interprofesional - en especial con respecto a seis organizaciones específicas- y ocho razones que justifican la importancia de coincidir en un conjunto de competencias nucleares. En la última sección, describimos tres marcos de trabajo recientemente desarrollados en los que se señala a la educación interprofesional como un paradigma fundamental para el mejoramiento de la práctica. Analizamos lo que distingue a las competencias interprofesionales y comparamos esto con las cinco competencias nucleares propuestas por el *Institute of Medicine* (IOM, 2003). Luego presentamos y discutimos los cuatro dominios generales de éstas competencias así como sus

competencias específicas, y señalamos cómo éstas pueden ser desarrolladas en objetivos y actividades de aprendizaje a nivel licenciatura.

Estableciendo los Parámetros:

Se acordaron definiciones amplias, actuales, consistentes, y usando un lenguaje común entre la comunidad internacional sobre los conceptos de educación interprofesional y práctica colaborativa interprofesional.

Definiciones Operacionales:

Educación Interprofesional: “Cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden de forma conjunta, para generar una colaboración efectiva y mejorar los resultados del cuidado” (WHO, 2010).

Práctica colaborativa interprofesional: “Cuando múltiples trabajadores de la salud con diferentes antecedentes profesionales trabajan juntos con pacientes, familias, comunidades y otros proveedores, para proveer cuidados de la mayor calidad” (WHO, 2010).

Trabajo interprofesional: La cooperación, coordinación y colaboración entre diversas profesiones para la provisión de un cuidado centrado en el paciente.

Cuidado interprofesional basado en el equipo: el cuidado provisto por grupos de trabajo con una identidad colectiva en el que se comparte la responsabilidad por los pacientes; e.g., un equipo de respuesta rápida, un equipo de cuidados paliativos, un equipo de cuidado primario, etcétera.

Competencias profesionales en el cuidado de la salud: los conocimientos, destrezas, valores y actitudes integradas que definen los dominios de trabajo de una profesión de la salud.

Competencias interprofesionales en el cuidado de la salud: los conocimientos, destrezas, valores, y actitudes que definen el trabajo en conjunto entre los profesionales del cuidado de la salud, los pacientes y sus familias, y las comunidades, para mejorar los resultados de salud en contextos específicos.

Dominio de competencias interprofesionales: El conjunto de competencias interprofesionales específicas enlazadas conceptualmente en constructos teóricos (Cate & Scheele, 2007).

Nosotros estuvimos de acuerdo en que los dominios generales de competencia, así como sus competencias específicas, deben permanecer generales en naturaleza y función de forma que cualquier profesional pueda compartirlos y generar guías para establecer estrategias y desarrollar programas de estudio para sus áreas, siempre y cuando éstos se encuentren alineados

con los enunciados generales de la competencia interprofesional, y que contextualicen las circunstancias clínicas e institucionales. Estas competencias interprofesionales deben ser o estar:

- 01:** Centradas en el paciente y la familia.
- 02:** Orientadas hacia la comunidad y la población.
- 03:** Enfocadas hacia el desarrollo de la relación laboral.
- 04:** Orientadas hacia procesos.
- 05:** Enlazadas con actividades de aprendizaje, estrategias educacionales, y evaluaciones de comportamiento.
- 06:** Habilidadadas para ser integradas dentro de un proceso de aprendizaje continuo.
- 07:** Sensitivas a los sistemas entre los establecimientos de la práctica.
- 08:** Aplicables entre las diversas profesiones.
- 09:** Enunciadas en un lenguaje común y significativo.
- 10:** Impulsadas por los resultados.

¿Por qué desarrollar la competencia (facultad, capacidad) interprofesional?

La educación interprofesional en las áreas de la salud tiene entre sus objetivos que los diversos estudiantes, como parte rutinaria de su educación, puedan ser integrados en procesos de aprendizaje interactivos y en conjunto para que **deliberadamente** trabajen juntos. El interés por proveer más educación basada en el trabajo de equipo entre las profesiones de salud en los Estados Unidos no es nuevo; de hecho, en la conferencia del IOM, "*Interrelationships of Educational Programs for Health Professionals*" (IOM, 1972), 120 líderes de las áreas de medicina, enfermería, odontología, y farmacéutica consideraron:

- 01:** que existen diversas cuestiones clave con respecto de cómo usar la fuerza de trabajo existente de forma óptima y costo-efectiva para satisfacer las necesidades de los pacientes, familias y comunidades;
- 02:** que las instituciones educacionales tienen la responsabilidad de, no solamente producir una fuerza de trabajo responsiva a las necesidades del cuidado, sino también de asegurar que ésta fuerza laboral pueda llevar a cabo su práctica con el máximo de su experiencia;
- 03:** que el uso óptimo de la fuerza de trabajo de las profesiones de la salud requiere esfuerzos cooperativos materializados en forma de equipos compartiendo metas orientadas hacia el paciente, la familia, y la comunidad;
- 04:** que ésta cooperación debe mejorar el cuidado; y
- 05:** que el existente sistema educacional no estaba preparando profesionales de la salud para el trabajo de equipo. Pero, casi 40 años después, estos asuntos aún siguen vigentes. Paralelamente, en las recomendaciones de la *Conference Steering Committee* del mismo instituto, fue señalado que las instituciones académicas de la salud tienen la obligación de:
 - a):** proveer educación que sea interdisciplinaria;
 - b):** desarrollar métodos para enlazar esta educación con los requerimientos del cuidado;
 - c):** usar los establecimientos clínicos, especialmente los ambulatorios, como sitios para impartir esta forma de educación;

d): integrar sólidamente las áreas de las humanidades y de las ciencias del comportamiento en sus currículos educativos; y
e): desarrollar las destrezas de instrucción de los académicos enfatizando mantener una postura hacia la cooperación entre las profesiones de la salud.

Aunque en el reporte del IOM se apoyaron las iniciativas educacionales de la *Health Resources and Services Administration* (HRSA), estos programas tuvieron una vigencia electiva y por lo tanto dependieron del apoyo externo, y por esto, su contribución para el desarrollo de la educación interprofesional estuvo limitada (Schmitt, Baldwin, & Reeves, próximo a publicarse).

A través de otros reportes (e.g., O'Neil & the Pew Health Professions Commission, 1998) se han hecho diversas recomendaciones similares, y el cuidado impulsado por la competencia interprofesional ha encontrado justificación en muchas áreas; sin embargo, aún existe una brecha entre la educación de las profesiones de la salud y la práctica del cuidado. En este sentido, los numerosos errores en los hospitales de los Estados Unidos asociados con una sustancial mortalidad y morbilidad prevenible han revelado lo inadecuado de los costosos sistemas de provisión de cuidado actuales (IOM, 2000, 2001). Por todo esto, es crítico desarrollar equipos efectivos y re-diseñar los sistemas de salud para poder proveer un cuidado centrado en el paciente, más seguro, oportuno, efectivo, eficiente, y equitativo (IOM, 2001). Equipar una fuerza de trabajo con nuevas destrezas y formas de relacionarse, con los pacientes como entre los mismos profesionales de la salud, demanda nuevos paradigmas para el proceso de enseñanza-aprendizaje (IOM, 2001, p.19). Este enfoque ha seguido recibiendo adeptos (Agency for Healthcare Research and Quality, 2008; Baker et al., 2005^a, 2005^b; King et al., 2008; Recovery and Reinvestment Act of 2009 (Steinbrook, 2009); Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (Kaiser Family Foundation, 2010), etcetera.

Luego de publicar sus reportes sobre seguridad y calidad, y con el objetivo específico de impulsar el cambio educacional, el IOM (2000, 2001) apoyó un subsiguiente encuentro sobre la educación de las profesiones de la salud en el que se propusieron las siguientes cinco metas generales:

- 01:** Proveer cuidado centrado en el paciente;
- 02:** Mejorar la calidad;
- 03:** Proceder mediante práctica basada en la evidencia;
- 04:** Ser competente en informática;
- 05:** Trabajar en equipos interdisciplinarios (IOM, 2003).

En este encuentro también se señaló que sí existen ejemplos exitosos de provisión de una educación interprofesional pero que ésta forma de enseñanza no es la norma internacional (IOM, 2003, p.79).

Educación Interpersonal por profesión:

Los cambios en las políticas y en los currículos para fortalecer el trabajo de equipo se encuentran en diversas etapas de desarrollo entre las seis profesiones consideradas en este reporte. Por ejemplo, la *American Association of Colleges of Nursing* ha integrado sus expectativas sobre la colaboración interprofesional como parte de sus "esenciales" para la educación de licenciatura, maestría, y doctorado, y sus líderes de enfermería han emitido comunicados apoyando la calidad y seguridad del cuidado con base en el trabajo y las competencias de equipo (Cronenwett et al., 2007, 2009). Por su parte, la *Association of American Medical Colleges* (AAMC) señaló a la educación interprofesional como uno de los dos asuntos más importantes en el horizonte de acción de 2008 (no obstante que este tipo de llamados ya habían sido externados a través de reportes previos,

incluyendo el de Coggeshall de 1965). En este mismo sentido, la encuesta sobre educación interprofesional llevada a cabo en las escuelas de medicina de los Estados Unidos en 2008 ha servido como referencia para muchos programas de licenciatura de medicina (Blue, Zoller, Stratton, Elam, & Gilbert, 2010). Paralelamente, el *Accreditation Council on Graduate Medical Education Outcomes Project* (ACGME) también está siendo usado como guía de competencias en muchos programas de licenciatura en medicina por que incorpora competencias generales de profesionalismo, destrezas interpersonales y de comunicación, y prácticas basadas en sistemas, todo esto con la expectativa de que los residentes sean capaces de trabajar efectivamente con otros miembros y líderes de equipos al cuidado de la salud (ACGME, 2011). Análogamente, en un análisis de datos de la encuesta de residentes con multi-especialidades de la misma ACGME, 2009, se reportó que las experiencias de entrenamiento de equipo se habían asociado significativamente con una mayor satisfacción, menor depresión, ansiedad y somnolencia, y con menos reportes de errores serios entre los profesionales de la salud involucrados (Baldwin, 2010). Actualmente se está llevando a cabo un trabajo piloto por parte de la *American Board of Internal Medicine* para evaluar las destrezas de trabajo de equipo a nivel hospitalario (Chesluk, 2010).

La odontología también ha estado desarrollando competencias para el nuevo perfil de dentista como se puede constatar en la siguiente cita: “participar con miembros del equipo dental y otros profesionales del cuidado de la salud en la promoción y manejo de la salud para todos los pacientes” (*American Dental Education Association*, 2008). En odontología, la educación interprofesional también ha sido identificada como un asunto crítico (Wilder et al., 2008), y los estándares de acreditación para los programas de educación dental adoptados en Agosto de 2010 contienen diversas directivas que promueven la colaboración con otros profesionales de la salud (*Commission on Dental Accreditation*, 2010).

Por su parte, los líderes de la educación farmacéutica también han llevado a cabo intensos estudios sobre la educación interprofesional y su relevancia con la farmacéutica (Buring et al., 2009). En las guías curriculares de la (*American Association of Colleges of Pharmacy*, 2004), la visión para la práctica de la farmacéutica de (Maine, 2005), y los requerimientos para la acreditación (*Accreditation Council for Pharmacy Education*, 2011) se fomenta la provisión de un cuidado en cooperación con los otros proveedores del cuidado, con los mismos pacientes, y con el personal administrativo y de apoyo, para poder promover mejoras en la salud, bienestar, y prevención de enfermedades.

Análogamente, la *Association of Schools of Public Health* (ASPH) recientemente publicó diversas recomendaciones para integrarse en acercamientos interdisciplinarios y de trabajo de equipo con el objeto de mejorar la salud de la población (*Association of Schools of Public Health*, 2011, p. 5-6). Pero la educación interprofesional también ha recibido atención en la literatura médica osteopática (e.g., Singla, G. MacKinnon, K. MacKinnon, Younis, & Field, 2004). Por ejemplo, hay un análisis exploratorio sobre la relación entre los principios de la medicina osteopática y la educación interprofesional que forma parte de un programa de educación interprofesional de tres fases en el que se involucran varias escuelas de medicina osteopática y ocho profesiones de la salud (Macintosh, Adams, Singer-Chang, & Hruby, 2011). “Muchos de nuestros colegios de medicina osteopática se han acercado hacia la educación inter-profesional con mayores iniciativas aprovechando la experiencia de los colegas de las otras profesiones de la salud” (Shannon, 2011).

Todos estos cambios educacionales sugieren la existencia de una tendencia de las profesiones de la salud hacia la incorporación de expectativas de competencia (facultad, capacidad) para la práctica colaborativa interprofesional. Por lo tanto, es necesario identificar y fortalecer estas competencias nucleares para la práctica inter-colaborativa entre las diversas profesiones del cuidado de la salud.

Estas competencias nucleares deben generarse por y conllevar a:

- 01:** conducir esfuerzos coordinados entre las profesiones de la salud para integrar contenido esencial en todos sus currículos educativos.
- 02:** guiar el desarrollo de acercamientos profesionales e institucionales para el aprendizaje.
- 03:** proveer bases para un aprendizaje continuo en el desarrollo de competencias interprofesionales entre las profesiones y con una trayectoria de por vida.
- 04:** reconocer que el trabajo de evaluación e investigación fortalece la educación.
- 05:** fomentar diálogos para evaluar la compatibilidad entre las competencias nucleares identificadas para la práctica colaborativa interprofesional y las necesidades y demandas de la práctica “tradicional”.
- 06:** generar oportunidades para integrar el contenido esencial de la educación interprofesional con las expectativas actuales de acreditación de cada programa de educación de las profesiones de la salud (ver University of Minnesota, Academic Health Center, Office of Education, 2009).
- 07:** ofrecer información a los generadores de los programas educacionales de las profesiones de la salud para que puedan usar un conjunto de estándares comunes para la acreditación de la educación interprofesional (ver *Accreditation of Interprofessional Health Education: Principles and practices*, 2009; y *Accreditation of Interprofessional Health Education: National Forum*, 2009).
- 08:** informar a los cuerpos profesionales certificadores sobre las potenciales pruebas de contenido sobre práctica colaborativa interprofesional.

El Concepto de Interprofesionalidad:

El desarrollo de competencias nucleares para la práctica colaborativa interprofesional requiere de conceptos unificadores. D'Amour y Oandasan (2005) delinearon el concepto de interprofesionalidad, como parte del trabajo de soporte para las iniciativas de Health Canada para apoyar la educación interprofesional y la práctica colaborativa interprofesional, de la siguiente forma:

“El proceso por el cual los profesionales reflexionan sobre y desarrollan formas de práctica para generar respuestas integradas y coherentes con las necesidades del paciente, familia, y comunidad, y que involucra la interacción continua y el intercambio de conocimientos entre los profesionales para explorar, y de ser posible solucionar, los asuntos sobre educación y cuidado tratando de optimizar la participación del paciente. La interprofesionalidad requiere cambios en los paradigmas debido a sus valores, códigos de conducta, y formas de trabajo únicos, y cuyas características deben ser elucidadas” (p.9).

Los dominios de competencia y sus competencias asociadas aquí presentados representan nuestros esfuerzos para elucidar esas características.

“Hay que cambiar el entrenamiento profesional para poder enfrentar las demandas de un nuevo sistema de cuidado de la salud” (O’Neil & the Pew Health Professions Commission, 1998, p.25)

El *Who Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice* desarrolló un Marco de Trabajo Global para la Acción en la Educación Interprofesional y la Práctica Colaborativa con la meta de preparar una fuerza de trabajo “lista para la práctica colaborativa” (WHO, 2010). En este marco de trabajo se subraya la importancia de los mecanismos curriculares que los líderes y creadores de políticas pueden adoptar.

Por su parte, la *Commission on Education of Health Professionals* para el siglo 21 (Frenk et al., 2010) presentó un análisis sobre las contradicciones existentes entre la educación tradicional de las profesiones de salud y las necesidades de la fuerza de trabajo, y propuso recomendaciones para reformar la educación de las profesiones de la salud con el objeto de preparar una fuerza de trabajo más responsiva a las necesidades de salud de las poblaciones: “se busca la promoción de una educación interprofesional que rompa los tradicionales silos y aumente las relaciones colaborativas” (Frenk et al., p. 1,951).

Todos estos marcos de trabajo apuntan hacia la educación interprofesional como la interfase para mejorar el cuidado centrado en el paciente y orientado hacia la comunidad.

El Acercamiento de competencia en la Educación de las Profesiones de la Salud y el Aprendizaje Interprofesional:

Los acercamientos basados en la competencia para la educación interprofesional se han ido desarrollando en paralelo con las profesiones de la salud como respuesta a los escuetos resultados de aprendizaje relacionados con el conocimiento y métodos basados en las actitudes y la colaboración interprofesional (Barr, 1998). Por ejemplo, la CIHC de Canadá adoptó el marco de trabajo impulsado por Peyser, Gerard, y Rogiers (2006) en el cual se enfatizan, no solamente los resultados de competencia, sino también los procesos educacionales que integran el conocimiento, las destrezas, las actitudes, y los valores asociados con estas competencias. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud comenta que en un acercamiento de competencia interprofesional se enfatizan las combinaciones de comportamiento, destrezas, actitudes, y valores necesarias que hacen que un graduado esté “listo para la práctica colaborativa” (WHO, 2010).

Competencias Interprofesionales:

Barr (1998) distinguió entre diversos tipos de competencia a partir de una perspectiva interprofesional. De acuerdo con este autor, las competencias “comunes” o coincidentes son aquellas que se esperan en todos los profesionales de la salud. Por ejemplo, en los currículos de la educación dental se reconoce que un dentista puede ser la primera defensa no sólo contra enfermedades dentales sino también pediátricas (Widler, et al., 2008). Por su parte, las competencias “complementarias” aumentan las cualidades de otras profesiones en la provisión del cuidado, mientras las competencias “colaborativas” son aquellas que cada profesión necesita para trabajar en conjunto con otros profesionales, pacientes, familias, no-profesionales y voluntarios, dentro y entre organizaciones, y a un nivel más amplio. Las competencias colaborativas interprofesionales son el foco de este reporte.

Desarrollando Competencias de Educación Interprofesional para la Práctica Colaborativa Interprofesional en los Estados Unidos:

A pesar de que en el reporte del IOM de 2003 se enfatizó la importancia de los procesos de comunicación, cooperación, coordinación, y colaboración en trabajo de equipo, las competencias interprofesionales que subyacen a esos procesos no fueron identificadas. Pero además, la relación entre el paciente y el equipo de profesionales de la salud también es central en el

desarrollo de competencias para la práctica colaborativa interprofesional. Sin este tipo de razonamientos, el trabajo de equipo tendría poco sustento racional.

Competencias Nucleares para la Práctica Colaborativa Interprofesional:

En diversos reportes se ha informado sobre los dominios de competencia interprofesional (Buring et al., 2009; CIHC, 2010; Cronenwett et al., 2007, 2009; Health Resources and Services Administration of Health Professions, 2010; Interprofessional Education Team, 2010; O'Halloran, Hean, Humphris, & McLeod-Clark, 2006; Thistlethwaite & Moran, 2010; University of British Columbia College of Health Disciplines, 2008; University of Toronto, 2008; Walsh et al., 2005). No obstante que el número de dominios de competencia y sus categorizaciones varían, nosotros encontramos ciertas convergencias. Los dominios de competencia interprofesional que nosotros proponemos son consistentes con la mayoría de esos estudios. Proponemos cuatro dominios de competencia interprofesional, cada uno con sus competencias específicas:

01: Valores y Ética para la Práctica Interprofesional.

02: Roles y Responsabilidades.

03: Comunicación Interprofesional.

04: Equipos y Trabajo de Equipo.

Dominio de Competencias 1: Valores y Ética para la Práctica Interprofesional:

*Antecedentes: Los valores y la ética son la parte más importante en la creación de la **identidad** profesional. Estos valores y ética deben estar centrados en el paciente y tener una orientación hacia la comunidad.*

Los educadores de las profesiones de la salud típicamente consideran a los valores y la ética como elementos de profesionalismo, el cual tiene un traslape significativo con los constructos de humanismo y moralidad (Baldwin, 2006), pero los "viejos" acercamientos hacia el profesionalismo han sido criticados como auto-complacientes y son vistos como generadores de barreras entre las profesiones lo cual impide el mejoramiento del cuidado de la salud (Berwick, Davidoff, Hiatt & Smith, 2001; IOM, 2001; McNair, 2005). Los "nuevos" acercamientos deben desarrollarse con el objetivo de ayudar a los estudiantes de las profesiones de la salud a que adopten y expresen valores **que sean la marca de clase de la confianza pública**, y no meramente profesionalismo (Blank, Kimball, McDonald & Merino, 2003; McNair, 2005).

Existen diversos acercamientos conceptuales con respecto a este dominio:

El primero es un acercamiento "con virtudes en común" (McNair, 2005) que se deriva del trabajo de Stern (2006) y otros, y que está representado por la *Interprofessional Professionalism Collaborative*, en el que se identifica el "profesionalismo interprofesional" como:

“Demostración consistente de valores nucleares evidenciados por profesionales trabajando juntos y aplicando los principios de altruismo, excelencia, cuidado, ética, respeto, comunicación, y responsabilidad para lograr salud y bienestar en los individuos y comunidades” (Interprofessional Professionalism Collaborative, 2010).

Un segundo acercamiento sugiere principios éticos para todos en el cuidado de la salud y reconoce la naturaleza multidisciplinaria de los sistemas de provisión de cuidado. Este acercamiento fue desarrollado por el grupo Tavistock (Berwick et al., 2001), quien señaló que el problema de los sistemas de salud es fundamentalmente de tipo ético. En este acercamiento se apoya el balance en la distribución de recursos para la salud tanto para individuos como para poblaciones, el carácter comprensivo del cuidado, la responsabilidad por los esfuerzos continuos por mejorar el cuidado, la seguridad del cuidado, la apertura en la provisión del cuidado, y la cooperación entre aquellos que reciben el cuidado, quienes lo proveen, y entre quienes están fuera de su provisión directa. La cooperación es el principio más importante.

Un tercer acercamiento - que es el adoptado en este reporte - se enfoca sobre los valores que deben generar relaciones y asociaciones entre las profesiones, y también se enfoca sobre las consideraciones éticas para la provisión de cuidado y la formulación de políticas, programas, y servicios de salud pública. De acuerdo con este acercamiento, el respeto y la confianza mutua son fundamentales para lograr relaciones de trabajo de tipo interprofesional (Gitell, 2009). La ética interprofesional es un aspecto en el que se explora la extensión con la cual los valores profesionales tradicionales y los códigos necesarios son re-pensados y re-imaginados, incluyendo la confianza entre practicantes y pacientes (Banks et al., 2010; Clark, Cott & Drinka, 2007; Schmitt & Stewart, 2011). Entre los documentos en los que se analizan diversos valores correspondientes a estas competencias están el (*QSEN competencias in nursing, Cronenwett et al., 2007, 2009; A National Interprofessional Competency Framework-CIHC, 2010*) y el (*University of Toronto IPE Curriculum, University of Toronto, 2008*). En este sentido, el hecho de que cada profesión de la salud tenga requerimientos educacionales y de acreditación alrededor del profesionalismo *debería* conducir a la integración de las competencias interprofesionales con sus valores y la ética dentro de los currículos educativos (*University of Minnesota, Academic Health Center, Office of Education, 2009*).

Enunciado General de Competencias VE (valores y ética): *Trabajar con individuos de otras profesiones para mantener un clima de mutuo respeto y valores compartidos.*

Competencias específicas al dominio valores y ética:

VE1: Colocar los intereses de los pacientes y poblaciones en el centro de la provisión interprofesional del cuidado de la salud.

VE2: Respetar la dignidad y privacidad de los pacientes mientras se mantiene la confidencialidad en la provisión de un cuidado basado en el equipo.

VE3: Aceptar la diversidad cultural y las diferencias individuales que caracterizan a los pacientes, las poblaciones, y a los diversos equipos al cuidado de la salud.

VE4: Respetar las culturas, valores, roles, responsabilidades, y experiencias de otras profesiones de la salud.

VE5: Trabajar en cooperación con aquellos que reciben cuidado, con aquellos que lo proveen, y con aquellos que contribuyen a la provisión de los servicios de salud.

VE6: Desarrollar relaciones de confianza con los pacientes, familias, y otros miembros del equipo (CIHC, 2010).

VE7: Demostrar altos estándares de conducta ética para contribuir con el cuidado basado en el equipo.

VE8: Manejar los dilemas éticos específicos a las situaciones de cuidado interprofesional con los pacientes y las poblaciones.

VE9: Actuar con honestidad e integridad en las relaciones con los pacientes, familias, y otros miembros del equipo.

VE10: Mantener la competencia apropiada en la profesión de cada uno.

“Todos tenemos una obligación moral de trabajar juntos para mejorar el cuidado de pacientes” (Pronovost & Vohr, 2010, p.137)

Dominio de Competencias 2: Roles y Responsabilidades:

Antecedentes: Aprender a ser interprofesional requiere poder entender cómo los diversos roles y responsabilidades profesionales se complementan en el cuidado orientado hacia la comunidad y centrado en el paciente. Los profesionales de la salud que se encuentran “en la línea frontal” deben ser capaces de entender los roles y responsabilidades de los otros compañeros en relación con los propios como parte fundamental de la competencia para la práctica colaborativa (Suter et al., 2009). Lo referente a roles y responsabilidades forma parte de la mayoría de los marcos de trabajo sobre competencia interprofesional (Thistlewaite & Moran, 2010; WHO, 2010; CIHC, 2010; Cronenwett et al., 2007; University of Toronto, 2010). En este sentido, la “diversidad” o diferencias categóricas entre los miembros de un equipo pueden ser, tanto una ventaja, como un problema para el trabajo de equipo por que la diversidad en las experiencias y antecedentes o características culturales se agrega a los recursos (o problemas) del trabajo de equipo, creando nuevas concepciones con respecto del valor de la profesión de cada integrante; a este fenómeno se le conoce como “diversidad de disparidad” (Edmondson & Roloff, 2009; Hean, en prensa).

Cada rol y responsabilidad de cada profesión varía dentro de ciertos límites legales, y por eso, los profesionales al cuidado de la salud pueden encontrar retador adaptar su roles y responsabilidades a los de otros. Por ejemplo, Lamb et. Al. (2008) reportaron que las enfermeras en general no manejaban suficientemente el lenguaje para describir las actividades clave de coordinación de cuidado que se llevan a cabo en los hospitales. Ser capaz de explicar y adaptarse a los roles y responsabilidades de otros, y a cómo éstos se complementan con los propios, es aún más difícil cuando los roles individuales no están claramente definidos y articulados. El cuidado seguro y efectivo demanda roles y responsabilidades bien definidos, y la práctica colaborativa depende del desarrollo de la experiencia a través de un aprendizaje continuo de todos aquellos trabajando juntos.

Enunciado General de Competencias RR (roles y responsabilidades). *Aplicación del conocimiento del rol propio y de aquellos de otras profesiones para evaluar e identificar apropiadamente las necesidades de cuidado de los pacientes y poblaciones.*

Competencias Específicas del dominio roles y responsabilidades:

RR1: Comunicar claramente los roles y responsabilidades de los pacientes, las familias, y los otros profesionales al cuidado de la salud.

RR2: Reconocer las limitaciones propias en relación a las destrezas, conocimientos, y habilidades.

RR3: Integrar diversos profesionales del cuidado de la salud quienes se complementen en experiencia profesional, y agregando los recursos correspondientes para desarrollar estrategias que satisfagan las necesidades específicas de cuidado de los pacientes.

RR4: Explicar los roles y responsabilidades de otros proveedores de cuidado y cómo el equipo trabaja en conjunto para proveer el cuidado.

RR5: Usar el panorama completo de conocimientos, destrezas, y habilidades de los profesionales de la salud para proveer cuidado seguro, oportuno, eficiente, efectivo, y equitativo.

RR6: Comunicarse ampliamente con todos los miembros del equipo para clarificar las responsabilidades de cada uno y llevar a cabo los planes de tratamiento o intervención de salud pública.

RR7: Solidificar relaciones interdependientes con otras profesiones para mejorar el cuidado y aumentar los conocimientos.

RR8: Integrarse en procesos de desarrollo interprofesional continuo para aumentar el desempeño del equipo.

RR9: Usar las habilidades únicas y complementarias de todos los miembros del equipo para optimizar el cuidado de los pacientes.

Dominio de Competencia 3: Comunicación Interprofesional:

Antecedentes: En el estudio de Suter et al, (2009), diversos profesionales de la salud señalaron que la comunicación interprofesional es fundamental para la práctica colaborativa. Desarrollar destrezas básicas para la comunicación interna es un objetivo común en la educación de las profesiones de la salud, pero los estudiantes no siempre desarrollan experiencia sobre la comunicación interprofesional (AAMC, 1999, p.6).

En un estudio cualitativo con enfermeras y residentes enfocado hacia el análisis del significado de colaboración (Baggs & Scmitt, 1997) reportaron que los respondientes habían señalado lo siguiente: “estar disponibles en lugar, tiempo, y conocimiento, así también como estar receptivos y mostrando interés, integrándose en una escucha activa, fomentando la apertura, y teniendo la disposición para dialogar”. En este sentido, existe una herramienta importante para la comunicación de equipo, la SBAR, cuyo objetivo es ayudar a establecer una comunicación clara, sobre todo entre médicos y enfermeras (*Agency for Healthcare Research and Quality*, n.d.).

Las jerarquías profesionales creadas por diferencias demográficas y profesionales son comunes pero crean una comunicación disfuncional que va en contra del trabajo de equipo interprofesional efectivo. Existe literatura relacionada con el cuidado seguro enfocada hacia la superación de tales patrones de comunicación en la que se sugiere que los miembros de los equipos deben hablar entre sí de una forma firme, pero al mismo tiempo respetuosa. Aprender a dar y recibir retroalimentación oportuna, sensitiva, e instructiva ayuda a que los profesionales del cuidado de la salud mejoren su cuidado basado en el equipo.

“Cuando yo estaba en la escuela médica pasé cientos de horas viendo a través de un microscopio, sin embargo, no tuve una sola clase que me enseñara destrezas de comunicación y trabajo de equipo – algo que yo verdaderamente necesito todos los días en el hospital.” (Pronovost & Vohr, 2010, p.46.)

Aprender a trabajar juntos para comunicarse y manejar la información emocionalmente difícil con los pacientes y familias requiere de apertura, entendimiento y habilidad para así poder generar mensajes de una manera sensitiva y respetuosa.

Enunciado General de Competencia CC (competencias de comunicación): *Comunicarse con los pacientes, familias, comunidades, y otros profesionales de la salud de una forma responsiva y responsable para apoyar un acercamiento de equipo en el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad.*

Competencias específicas de las competencias de comunicación:

CC1: Elegir herramientas y técnicas de comunicación efectivas, incluyendo sistemas de información y tecnologías de comunicación para facilitar discusiones e interacciones que aumenten la función del equipo.

CC2: Organizar y comunicar información con pacientes, familias, y miembros del equipo al cuidado de la salud de una forma entendible, y evitando siempre que sea posible, usar sólo la terminología específica a una disciplina.

CC3: Expresar las opiniones a los miembros del equipo con confianza, claridad, y respeto.

“Comunicar también se refiere a los aspectos de apertura, estilo, y expresión de sentimientos y pensamientos. Esta comunicación debe dirigirse a modificar de forma positiva el trabajo de equipo (Essens et al., 2009).

CC4: Escuchar activamente y fomentar las ideas y opiniones de todos los miembros del equipo.

CC5: Generar retroalimentación oportuna, sensitiva, e instructiva con respecto del desempeño en equipo.

CC6: Usar un lenguaje respetuoso y apropiado durante las situaciones difíciles.

CC7: Reconocer cómo la individualidad de cada miembro del equipo, incluyendo su nivel de experiencia, cultura, poder, y jerarquía, contribuye con la comunicación efectiva, la resolución de los conflictos, y las relaciones de trabajo interprofesionales positivas (University of Toronto, 2008).

CC8: Comunicar consistentemente la importancia del trabajo de equipo en el cuidado centrado en el paciente y enfocado hacia la comunidad.

Dominio de Competencias 4: Equipos y Trabajo de Equipo:

Antecedentes: Aprender a ser interprofesional significa aprender a ser un buen jugador de equipo. Los comportamientos de trabajo de equipo son aplicables en cualquier establecimiento donde los profesionales de la salud interactúen en pro de los pacientes y comunidades. Los comportamientos de trabajo de equipo involucran cooperar en la provisión de cuidado centrado en el paciente, así como coordinar el cuidado con otros profesionales de la salud de tal forma que se eviten brechas, redundancias, y errores, y que se fomente la colaboración a través de la toma compartida de decisiones, especialmente ante circunstancias de incertidumbre.

“Un componente esencial para la práctica del cuidado primario centrada en el paciente es el trabajo de equipo interprofesional. Los equipos con alto funcionamiento requieren la colaboración entre médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos clínicos, administradores, asistentes médicos, etcétera..” (Department of Veterans Affairs, August 26, 2010, p.2)

Aprender a trabajar en equipos implica hacerse parte de un complejo sistema que debe organizarse para poder compartir el cuidado de una persona o población.

Una fuente potencial de conflicto entre los miembros del equipo es la diversidad de sus experiencias y habilidades profesionales, pero los conflictos también pueden surgir con respecto del liderazgo. Independientemente de la fuente, enfocarse en las metas centradas en el paciente y tratar el conflicto de forma abierta, constructiva, y a través de una comunicación interprofesional efectiva, fortalece la habilidad de trabajar juntos y de crear un equipo más efectivo.

Los buenos líderes buscan satisfacer las necesidades del paciente y de la comunidad, y valoran las contribuciones de todos los miembros de su equipo. Estos líderes interactúan con los miembros para propiciar contribuciones potenciales y fomentar el trabajo en conjunto a través del entendimiento de las dinámicas del equipo (Zaccaro, Heinen, & Shuffler, 2009).

Trabajar en equipos involucra compartir la experiencia propia y promover la autonomía profesional para trabajar cercanamente con los otros, incluyendo pacientes y comunidades. La responsabilidad, resolución de problemas, y toma de decisiones compartida son algunas de las características del trabajo de equipo. Valorar trabajar con otros para proveer cuidado centrado en el paciente y orientado hacia la comunidad, siendo claro sobre los roles y responsabilidades de otros, y practicando la comunicación interprofesional, contribuye de forma muy importante con el funcionamiento efectivo del trabajo de equipo.

Entender cómo trabajan los equipos, y determinar qué es lo que los hace efectivos, son áreas ricas para la investigación (e.g., Salas, Goodwin, & Burke, 2009).

Enunciado General de Competencia de Trabajo en Equipo (TE): *Aplicar valores para la construcción de relaciones y principios de las dinámicas de equipo para planear y proveer un cuidado centrado en el paciente y enfocado en la comunidad que sea seguro, oportuno, eficiente, efectivo, y equitativo.*

La educación interprofesional es vista como una estrategia de implementación clave del *Healthy People 2020 Education for Health* por que apoya la preparación de la siguiente generación de profesionales de la salud para enfrentar mejor los problemas prevenibles de salud." (Evans, Cashman, Page, & Garr, 2011).

Competencias específicas de equipo y trabajo de equipo:

TE1: Describir el proceso de desarrollo y los roles y prácticas de los equipos efectivos.

TE2: Desarrollar consenso sobre los principios éticos para guiar los aspectos del cuidado de pacientes y del trabajo de equipo.

TE3: Integrar a otros profesionales que sean apropiados para la situación de cuidado específica en un proceso de resolución de problemas compartido y centrado en el paciente.

TE4: Integrar el conocimiento y experiencia de otras profesiones apropiadas a las situaciones de cuidado específicas para informar las decisiones de cuidado, respetando los valores del paciente y la comunidad, así como las preferencias y prioridades para el cuidado.

TE5: Aplicar prácticas de liderazgo que apoyen la práctica colaborativa y la efectividad de equipos.

TE6: Integrar a otros miembros para constructivamente manejar desacuerdos con respecto a los valores, roles, metas, y acciones que surjan entre los profesionales del cuidado de la salud, los pacientes y las familias.

TE7: Compartir la responsabilidad con otras profesiones, pacientes, y comunidades favoreciendo los resultados en pro de la prevención.

TE8: Reflejar sobre el desempeño individual y de equipo.

TE9: Usar estrategias de mejoramiento para incrementar la efectividad del trabajo de equipo.

TE10: Usar la evidencia disponible para informar sobre el desempeño del equipo.

TE11: Proceder efectivamente en equipos y en diferentes roles en una variedad de establecimientos.

Competencias, Objetivos y Actividades de Aprendizaje:

Las competencias individuales que nosotros hemos identificados bajo cuatro dominios de competencias nucleares pueden ser pensadas como objetivos de aprendizaje para alcanzarse durante la licenciatura. La *University of Virginia* identificó cinco competencias interprofesionales nucleares: comunicación, profesionalismo, solución compartida de problemas, toma de

decisiones en conjunto, y resolución de conflictos. Estas competencias tienen paralelismos con nuestros enunciados de competencia. Por ejemplo, para la competencia nuclear de profesionalismo, un objetivo de aprendizaje es “mostrar interés, confianza, y respeto mutuo entre las profesiones” (*University of Virginia*, n.d.). Un acercamiento similar fue seguido para llevar a cabo diversos objetivos de aprendizaje que satisficieran las cinco competencias del IOM en relación con la farmacéutica en el cual, para el tópico de “roles, responsabilidades, y profesionalismo interprofesional” los objetivos de aprendizaje fueron: “Describir roles y responsabilidades individuales” y “demostrar consenso dentro del equipo” (Burning et al., 2009).

Otras actividades tales como experiencias de aprendizaje internacional son casi siempre interprofesionales, pero típicamente no han sido vistas a través de este lente; y oportunidades para explotar experiencias de aprendizaje existentes, tales como estudiantes de diferentes profesiones siendo co-localizados en el mismo establecimiento clínico y al mismo tiempo, tampoco han sido lo suficientemente promovidas.

Este tipo de iniciativas refuerzan la importancia de integrar la educación y la práctica para generar competencia, tal y como este reporte lo enfatiza; sin embargo, hay mucho por entender con respecto de las mejores formas de ayudar a los estudiantes a aprender esto. Se necesita entender cuales actividades nutren los valores, conocimientos o destrezas que apoyan estas competencias. Por esto un aspecto crítico es la elección de las pedagogías de enseñanza-aprendizaje, por ejemplo aprendizaje activo versus pasivo, auto dirigido versus dirigido por los académicos, etcétera (Cooke, Irby & O’Brien, 2010).

Hay muchos factores involucrados. Por ejemplo: ¿están las actividades colectivamente orientadas? ¿Son compatibles dentro de varios establecimientos? ¿Apoyan la integración con estudiantes de otras profesiones? ¿Son actividades de corto o largo plazo? ¿Son obligatorias u opcionales? ¿La enseñanza es provista en cursos por separado ó en secuencias en el currículum? ¿Se les da a los estudiantes flexibilidad de elecciones de aprendizaje ó se espera que sigan una estructura rígida para alcanzar las competencias interprofesionales? Etcétera. La relevancia de las actividades de aprendizaje sobre el cambiante mundo de la práctica colaborativa interprofesional, ultimadamente determinará qué tan útiles son estas experiencias para los estudiantes mientras avanzan en sus carreras.

Nuevas tecnologías educacionales tales como el aprendizaje en línea, educación a distancia, innovaciones de interconectividad, y simulaciones están superando las tradicionales barreras del aprendizaje con respecto del espacio y del tiempo (Weinstein et al., 2010). El uso de estas tecnologías de aprendizaje puede ayudar a llevar el mundo de la práctica a las comunidades, donde el trabajo de equipo frecuentemente sucede de forma asincrónica (Aston, 2011).

Ejemplos de Actividades de Aprendizaje:

El diseño e implementación de actividades de aprendizaje interprofesional en los Estados Unidos está expandiéndose, y en este sentido existen buenos ejemplos:

Ejemplo A. El *Jefferson Health Mentors Program* es una experiencia de aprendizaje interprofesional de dos años en la que diversos equipos de estudiantes de medicina, enfermería, farmacéutica, terapia física, terapia ocupacional, y terapia familiar, son entrelazados en conjunto con un “Mentor de la Salud”. Entre los objetivos de aprendizaje se encuentran: 1) que los estudiantes entiendan los roles de sus colegas y estén preparados para funcionar como miembros de equipos de cuidado, y 2) que los estudiantes entiendan el punto de vista de los individuos con condiciones crónicas y estén preparados para proveer cuidados centrados en el paciente, la familia y la comunidad. Este programa incorpora la competencia cultural, la comunicación,

y las experiencias que fortalecen al equipo. Está diseñado con 8 módulos para más de 1,000 estudiantes y está anidado en los existentes cursos de cobertura de las profesiones de la salud, empleando una combinación de aprendizaje didáctico y activo, y usando el análisis reflexivo de los estudios de caso (Collins et al., 2009).

Ejemplo B. La *University of Washington* está desarrollando programas educacionales exportables para ayudar a los estudiantes a aprender comunicación interprofesional efectiva. El entrenamiento emplea una combinación de presentaciones didácticas y modelación de diversos roles y escenarios usando métodos de simulación. Estudiantes de medicina, enfermería, farmacéutica, y odontología son expuestos a información basada en la evidencia concerniente a errores que resultaron en daños. Los estudiantes se reflejan en el escenario haciendo simulaciones. Durante estas prácticas, ellos pueden identificar cómo sus profesiones pudieran estar involucradas en ambientes reales y cómo pueden afrontar las diversas situaciones y prevenir errores (Gray, 2011). Este ejemplo ilustra algunas formas para evaluar objetivos y competencias de aprendizaje de comportamiento específicos alrededor de los valores y la ética interprofesional. El desarrollo de la competencia en el dominio de los valores y la ética implica colocar a los pacientes y comunidades en el centro del cuidado, construyendo una relación de confianza también con las familias y otros miembros del equipo, actuando con honestidad e integridad, manejando los conflictos éticos específicos al cuidado interprofesional, y respetando la diversidad de las diferencias individuales y culturales. El desarrollo de competencia en el dominio de la comunicación interprofesional enfatiza el uso de lenguaje respetuoso, la organización y comunicación de la información con los pacientes, familias y miembros del equipo de salud de una forma entendible eligiendo herramientas y técnicas de comunicación efectivas, especialmente ante las situaciones difíciles.

Ejemplo C. Los proyectos de aprendizaje son frecuentemente usados como oportunidades educacionales basadas en los valores para ayudar a los estudiantes a desarrollar conocimiento y destrezas con una orientación comunitaria, en especial con respecto a las poblaciones vulnerables y con mayor riesgo. Existe literatura relativa al acercamiento del aprendizaje por servicio, y esta forma metodológica está siendo aplicada cada vez más frecuentemente en la educación interprofesional. El *Urban Service Track* de la *University of Connecticut* ofrece a los estudiantes de las escuelas de medicina, enfermería, farmacéutica, y odontología que estén interesados en el cuidado primario, la oportunidad de hacerse *Urban Health Scholars* (Clark-Dufner, Gould, Dang, Goldblatt & Jonson, 2010). El programa fue creado y está sostenido por el *Connecticut Area Health Education Center Program*, y localizado dentro de la *University of Connecticut Center for Public Health and Health Policy*. Tres principios comunes a todos los estudiantes participantes son: 1) interés en trabajar con los pacientes más necesitados, 2) un historial de voluntarismo, y 3) un compromiso de aprender y trabajar en equipos de cuidado interprofesional. Las áreas de competencia fueron identificadas en colaboración con practicantes de cuidado primario dedicados a los pacientes más necesitados. Durante un período de dos años, los estudiantes son asignados a centros de salud comunitarios federales y participan en una variedad de actividades de aprendizaje elegidas para ayudarlos a desarrollar éstas competencias.

Etapas del Desarrollo de Competencias:

Paralelamente, la idea de aprendizaje interprofesional como un proceso continuo es consistente con el proyecto *Medical Outcomes Project* del ACGME en el cual se definen niveles más específicos de desempeño que deben ser demostrados durante los tres años de residencia (ACGME, March 23, 2010). Los nuevos reportes sobre educación continua en los Estados Unidos indican que el aprendizaje tiene lugar más allá del período de licenciatura, particularmente en los sitios de trabajo.

“Una capacidad puede ser definida como una aplicación integrada del conocimiento donde los estudiantes o practicantes pueden adaptarse al cambio, desarrollar nuevos comportamientos y continuar mejorando el desempeño.” (Walsh et al pp. 232-233)

Los enunciados de competencia descritos en este reporte reflejan el punto final de una educación profesional de licenciatura. Por ejemplo, la *University of Toronto* (2008) usa un marco de trabajo curricular de tres etapas de exposición, inmersión, y competencia para preparar a los estudiantes de las profesiones de la salud para la práctica colaborativa. El programa culmina en la demostración de las competencias nucleares.

Por su parte, la *Medical University of South Carolina* se ha propuesto el objetivo de que todos sus estudiantes de las profesiones de la salud adquieran las competencias interprofesionales, y sus cuatro metas más específicas conducen una “espiral de aprendizaje” conceptualizada alrededor de dos dimensiones: 1) construir competencias de trabajo de equipo a través de una secuencia de “preparar, pensar, practicar, y actuar”, y 2) transformar las formas de conocer a partir de acercamientos transicionales, independientes, y contextuales (Blue, Mitcham, Smith, Raymond, & Greenberg, 2010; Medical University of South Carolina, 2007). Mientras avanzan a través de estas cuatro etapas del ciclo de aprendizaje, los estudiantes van adquiriendo, aplicando y demostrando sus competencias de trabajo de equipo interprofesional en establecimientos cada vez más complejos.

Análogamente, el nuevo programa de salud de la *University of Minnesota* dedica tres fases a tres dominios de competencia interprofesional: profesionalismo/ética, comunicación, y trabajo de equipo. Las experiencias de aprendizaje culminan con los estudiantes trabajando en equipos interprofesionales que identifican las necesidades de salud. Las expectativas son que todos los estudiantes logren adquirir las competencias interprofesionales definidas por la *Academy Health Center* antes de graduarse (University of Minnesota, 2010; Josiah Macy Jr. Foundation, 2010).

También existe un programa en la *Western University of Health Sciences* enfocado sobre acercamientos de aprendizaje secuencial didáctico, con simulación, y clínico, donde los estudiantes de nueve profesiones experimentan una serie de actividades de aprendizaje en diversos establecimientos hospitalarios o comunitarios (Western University of Health Sciences, 2011). Un elemento importante de estos programas es que usan un amplio rango de actividades extracurriculares para ayudar a los estudiantes a alcanzar las metas de competencia.

“Las teorías de aprendizaje pueden contribuir al entendimiento e implementación de la Educación Interprofesional” (Sargeant, 2009, p. 179)

Teorías sobre la Educación Interprofesional:

La educación interprofesional necesita de teorías apropiadas. En este reporte se consideraron, entre otros, la revisión de teorías sobre el aprendizaje interprofesional de Reeves et al., 2007, el artículo de Sargeant (2009) en el que se examinan teorías sobre complejidad, identidad social, profesionalismo, comunidades de práctica, y aprendizaje reflexivo, experimental y transformativo, las teorías cognitivas propuestas por Brandt, Farmer & Buckmaster, 1993, y el acercamiento ecológico de Cooke, Gorman, & Rowe, 2009.

Los Retos Clave para la Implementación de las Competencias Interprofesionales Nucleares:

Se necesitan apoyos de liderazgo administrativo para obtener recursos para consolidar el componente interprofesional en la educación de los estudiantes de las profesiones de la salud.

Ejemplos positivos lo constituyen la *Medical University of South Carolina*, que eligió el tema de educación interprofesional para su Plan de Aumento de Calidad de 10 años requerido para la reafirmación de la acreditación por la *Southern Association of Colleges and Schools*, y las *University of Minnesota*, *Rosalind Franklin University*, y *Western University of Health Sciences*, que están entre las escuelas implementando programas de educación interprofesional con especial apoyo administrativo, la *Vanderbilt University* que ha establecido contacto con otras universidades para agregar estudiantes de farmacéutica y trabajo social y aumentar la experiencia de sus estudiantes de medicina y enfermería en su programa de Aprendizaje Interprofesional, la *University of California, San Francisco* y la *Rosalind Franklin University*, las cuales han establecido programas interprofesionales en conjunto, lo mismo que el *Medical University of South Carolina's Faculty Development Institute* y la *University of Toronto*, y también el proyecto descrito por Curran et al. (2009) en Canadá para desarrollar un programa de asesoría para las competencias para la práctica colaborativa dentro del contexto de la *Interprofessional Team Objective Structured Clinical Examination*, en el cual ocho organizaciones participan en la iniciativa *Accreditation of Interprofessional Health Education* apoyadas por *Health Canada* adoptado diversos principios compartidos para evaluar las actividades de educación interprofesional (*Accreditation of Interprofessional Health Education*, 2009a, 2009B).

Los retos para lograr la adaptación transformacional de las profesiones de la salud son enormes. Enfrentamos la necesidad de reorganizar las funciones de las profesiones de la salud, extendiendo los roles e integrando más que nunca las funciones de todos los involucrados en el cuidado. En este proceso la educación es fundamental.

Notas y Referencias:

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). (2011). Common program requirements. Chicago. Retrieved April 1, 2011 from http://www.acgme.org/acwebsite/home/Common_Program_Requirements_07012011.pdf

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). (2010, March 23). Next accreditation system focus of CEO's speech at 2010 ACGME Annual Educational Conference. Retrieved April 8, 2011 from http://www.acgme.org/acwebsite/newsReleases/newsRel_3_23_10_1.asp

Accreditation Council for Pharmacy Education. (2011). Accreditation standards and guidelines for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree. Retrieved April 7, 2011 from http://www.acpe-accredit.org/pdf/S2007Guidelines2.0_ChangesIdentifiedInRed.pdf

Accreditation of Interprofessional Health Education. (2009a). National forum. Ottawa: Health Canada. Retrieved January 2, 2011 from http://www.cihc.ca/static/docs/aiphe/AIPHE_National_Forum_Report.pdf

Accreditation of Interprofessional Health Education. (2009b). Principles and practices for integrating Interprofessional education into the accreditation standards for six health professions in Canada. Health Canada. Retrieved January 2, 2011 from http://www.cihc.ca/files/AIPHE_Principles_and_Implementation_Guide_EN.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Health Care Innovations Exchange. (April 14, 2008, updated April 28, 2010). Medical team training using crew resource management principles enhances provider communication and stimulates improvements in patient care. Rockville, MD. Retrieved April 7, 2011 from <http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=1809>

Agency for Healthcare Research and Quality. (nd). TeamSTEPPS National Implementation. TeamSTEPPS curriculum tools and materials. Rockville, MD. Retrieved April 9, 2011 from <http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm>

American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. (2008). Preventive oral health interventions for pediatricians. *Pediatrics*, 122, 1387-1394.

American Association of Colleges of Nursing. (2006). The essentials of doctoral education in advanced nursing practice. Washington, DC: Author. Retrieved March 29, 2011 from <http://www.aacn.nche.edu/dnp/pdf/essentials.pdf>

American Association of Colleges of Nursing. (2008). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Washington, DC: Author. Retrieved March 29, 2011 from <http://www.aacn.nche.edu/education/pdf/BaccEssentials08.pdf>

American Association of Colleges of Nursing. (2011). The essentials of a master's education in nursing. Draft. February 7, 2011. Washington, DC: Author. Retrieved March 29, 2011 from <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/DraftMastEssentials.pdf>

American Association of Colleges of Nursing and Association of American Medical Colleges. (2010). Lifelong learning in medicine and nursing, Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing.

American Association of Colleges of Pharmacy. Center for the Advancement of Pharmaceutical Education. (2004). Educational Outcomes. Alexandria, VA: Author. Retrieved April 7, 2011 from <http://www.aacp.org/resources/education/Documents/CAPE2004.pdf>

American Dental Education Association. (2008). Competencies for the new general dentist. *Journal of Dental Education*, 72, 823-826.

Association of American Medical Colleges (AAMC). (2008). Learn, serve, lead. Washington, DC: Author.

Association of American Medical Colleges (AAMC). (1999). Communication in medicine. Contemporary issues in medicine. Report III. Medical School Objectives Project. Washington, DC: Author.

Association of Schools of Public Health (ASPH). (2006, August). Master's degree in public health core competency development project. Version 2.3. Washington, DC: Author. Retrieved April 16, 2011 from <http://www.asph.org/document.cfm?page=851>

Association of Schools of Public Health (ASPH). (2011, March). Undergraduate public health learning outcomes. {Draft} Model Version 1.0. Washington, DC: Author. Retrieved April 16, 2011 from http://www.asph.org/userfiles/UGPHLearningOutcomes_ModelVersion1.0_2011_03_09.pdf

Aston, S. (2011, April 14). Interprofessional education: Big picture perspectives from the field. Panel presentation at Joint AACOM & AODME annual meeting. Meeting future health care needs: The role of interprofessional education, Baltimore, MD.

- Baggs, J., & Schmitt, M.H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in the MICU. *Research in Nursing and Health*, 20, 71-80.
- Baker, D. P., Gustafson, S., Beaubien, J.M., Salas, E., & Barach, P. (2005a). Medical team training programs in health care. pp. 253-267 in *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. Volumes 4, Programs, tools, and products*. AHRQ Publication Nos. 050021 (1-4). February 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Retrieved March 23, 2011 from <http://www.ahrq.gov/qual/advances/>
- Baker, D.P., Gustafson, S., Beaubien, J. M., Salas, E., & Barach, P. (2005b). Medical teamwork and patient safety: The evidence-based relation. Literature review. AHRQ Publication No. 05-0053, April 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Retrieved March 23, 2011 from <http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>
- Baldwin, D.C., Jr. (May 6, 2010). Fostering interdisciplinary teamwork in graduate medical education. Presentation. Sixth Annual AAMC Physician Workforce Research Conference. Alexandria, VA.
- Baldwin, D.C. Jr. (2006). Two faces of professionalism. In K. Parsi & Sheehan, M. N. (eds.). *Healing as vocation: A medical professional primer* (pp. 103-118). Lanham, New York: Rowman & Littlefield.
- Banks, S., Allmark, P., Barnes, M., Barr, H., Bryant, L., Cowburn, M., et al. (2010). Interprofessional ethics: A developing field? Notes from the Ethics & Social Welfare Conference, Sheffield, UK, May 2010. *Ethics and Social Welfare*, 4(3), 280-294. Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12, 181-187.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: Argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Berwick, D., Davidoff, F., Hiatt, H., & Smith, R. (2001). Refining and implementing the Tavistock principles for everybody in health care. *BMJ*, 323, 616-620.
- Blank, L., Kimball, H., McDonald, W., & Merino, J. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter 15 months later. *Annals of Internal Medicine*, 138, 839-841.
- Blue, A. V., Mitcham, M., Smith, T., Raymond, J., & Greenberg, R. (2010). Changing the future of health professions: Embedding interprofessional education within an academic health center. *Academic Medicine*, 85, 1-6.
- Blue, A. V., Zoller, J., Stratton, T.D., Elam, C. L., & Gilbert, J. (2010). Interprofessional education in U.S. medical schools. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 204-206.
- Brandt, B. L., Farmer, J. A. & Buckmaster, A. (1993). Cognitive apprenticeship approach to helping adults learn. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 1993(59), 69-78.
- Buring, S., Bhushan, A., Broeseker, A., Conway, S., Duncan-Hewitt, W., Hansen, L. et al. (2009). Interprofessional education: Definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4), 1-8.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010, February). A national interprofessional competency framework. Retrieved April 25, 2010 from <http://www.cihc.ca/resources/publications>

Charles, G., Bainbridge, L., & Gilbert, J. (2010). The University of British Columbia model of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 9-18.

Chesluk, B. (2010, October 20). Assessing physician competency in teamwork. Conference presentation. *Interprofessional education: The new foundation for healthcare delivery*. Indiana University. Indianapolis, IN.

Clark, P., Cott, C., Drinka, T.J.K. (2007). Theory and practice in interprofessional ethics: A framework for understanding ethical issues in health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 21, 591-603.

Clark-Dufner, P., Gould, B., Dang, D. K., Goldblatt, R.S., & Johnson, J. (2010). The University of Connecticut Urban Service Track: An effective academic-community partnership. *Connecticut Medicine*, 74(1), 33-36.

Coggeshall, L. T. (1965). *Planning for medical progress through education*. Evanston, Illinois: Association of American Medical Colleges.

Collins, L., Arenson, C., Rattner, S., Wallock, S., Umland, E., Hewston, L., et al. (2009). The Health Mentors Program: A longitudinal chronic illness mentorship program. Retrieved April 16, 2011 from MedEdPORTAL:<http://services.aamc.org/30/mededportal/servlet/s/segment/mededportal/?subid=4062>

Cooke, N.J., Dorman, J.C., & Rowe, L.J. (2009). An ecological perspective on team cognition. In E. Salas, G. F. Goodwin & Burke, S. (Eds.) *Team effectiveness in complex organizations*. New York: Psychology Press.

Cooke, M., Irby, D.M. & O'Brien, B.C. (2010). *Educating physicians: A call for reform of medical school and residency*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Commission on Dental Accreditation. (2010). *Accreditation standards for dental education programs*. Chicago: American Dental Association.

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55, 122-131.

Cronenwett, L., Sherwood, G., Pohl, J., Barnsteiner, J., Moore, S., Sullivan, D., et al. (2009). Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nursing Outlook*, 57, 338-348.

Curran, V., Casimiro, L., Banfield, V., Hall, P., Lackie, K., Simmons, B., et al. (2009). Research for interprofessional competency-based evaluation (RICE). *Journal of Interprofessional Care*, 23, 297-300.

D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Supplement 1), 8-20.

Department of Veterans Affairs. Veterans Health Administration. (2010, August 26). VA requests proposals for primary care education centers of excellence. Program Announcement, Washington, DC: Author. Retrieved April 9, 2011 from http://www.va.gov/oa/rfp_coe.asp

Dombeck, M.T. (1997). Professional personhood: Training, territoriality and tolerance. *Journal of Interprofessional Care*, 11, 9-21.

Edmondson, A. C. & Roloff, K. S. (2009). Overcoming barriers to collaboration: Psychological safety and learning in diverse teams. In Salas, E., Goodwin, G. F., & Burke, C. S. (Eds.) *Team effectiveness in complex organizations* (pp. 183-208). New York: Psychology Press.

Essens, P. J. M.D., Vogelaar, A. L.W., Mylle, J. J. C., Blendell, C., Paris, C., Halpin, S. M., et al. (2009). Team effectiveness in complex settings: A framework. In Salas, E., Goodwin, G. F., & Burke, C. S. (Eds.) *Team effectiveness in complex organizations* (pp. 293-320). New York: Psychology Press.

Evans, C. H., Cashman, S. B., Page, D.A., & Garr, D. R. (2011). Model approaches for advancing interprofessional prevention education. *American Journal of Preventive Medicine*, 40, 245-260.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376 (9756), 1923-1958.

Gittel, J. (2009). *High performance healthcare*. New York, NY: McGraw Hill.

Gray, L. (2011, March 30). UW students from different health professions train as patient-care teams. *UW Today*. Seattle, WA: University of Washington. Retrieved April 17, 2011 from <http://www.washington.edu/news/articles/students-from-different-health-professions-train-as-teams> See also, retrieved April 16, 2011. <http://uwconnect.adobeconnect.com/p96258444/?launcher=false&fcsContent=true&pbMode=normal>

Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions. (2010). Consensus outcomes from the 2010 All-Advisory Committee meeting. Unpublished internal document.

Hean, S. (in press). The measurement of stereotypes in the evaluation of interprofessional education. In J. Jackson & P. Blateau (Eds.). *Innovation, implementation, and evaluation: The keys to unlocking interprofessional learning*. Basingstoke: Palgrave.

Institute of Medicine. (1972). *Educating for the health team*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.

Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm*. Washington DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Washington, DC: The National Academies Press.

Interprofessional Education Team, Faculty of Health and Wellbeing, Sheffield Hallam University (2010),

Interprofessional Capability Framework 2010: Mini-guide. Also, Self Assessment of Interprofessional Capability. Sheffield, UK: Author.

Interprofessional Professionalism Collaborative. Definition of Interprofessional Professionalism. Retrieved December 14, 2010 from <http://interprofessionalprofessionalism.weebly.com/>

Josiah Macy Jr. Foundation. (2010). *Educating nurses and physicians: Toward new horizons*. New York, NY: Author. Retrieved April 11, 2011 from <http://www.macyfoundation.org/publications/publication/educating-nurses-and-physicians-toward-new-horizons>

Kaiser Family Foundation. (2010). Focus on health reform. Summary of new health reform law. No. Publication #8061. Menlo Park, CA: Author. Retrieved March 16, 2011 from <http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>

King, H. B., Battles, J., Baker, D. P. Alonso, A., Salas, E., Webster, J., et al. (2008, July). TeamSTEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Volume 3. Performance and

tools. (Pp. 5-20). AHRQ Publication Nos. 08-0034 (1-4). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Retrieved March 23, 2011 from <http://www.ahrq.gov/qual/advances2/>.

Kirkpatrick, D. L. (1967). Evaluation of training, in R. Craig & L. Bittel (Eds.). *Training and development handbook* (pp. 87-112). New York: McGraw-Hill.

Lamb, G, Schmitt, M, Edwards, P., Sainfort, F., Duva, I., & Higgins, M. (2008, October 2-4). Measuring staff nurse care coordination in the hospital. Presentation at the National State of the Science Congress on Nursing Research. Washington, DC.

Maine, L. (2005). Viewpoints. *The Class of 2015. American Journal of Pharmaceutical Education*. 69, 390-391.

Macintosh, S. E., Adams, C.E., Singer-Chang, G., & Hruba, R. J. (2011, in press). An osteopathic approach to implementing and promoting interprofessional education. *Journal of the American Osteopathic Association*.

McNair, R.P. The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education*, 39, 456-464.

Medical University of South Carolina. (2007, February). *Creating Collaborative Care (C3): A Quality Enhancement Plan (QEP)*. Charleston, SC: Author.

O'Halloran, C., Hean, S., Humphris, D., & McLeod-Clark, J. (2006). Developing common learning: The new generation project undergraduate curriculum model. *Journal of Interprofessional Care*, 20, 12-28.

O'Neil, E.H. & the Pew Health Professions Commission. (1998). *Recreating health professional practice for a new century-The fourth report of the Pew Health Professions Commission*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.

Peysen, A., Gerard, F.M., & Roegiers, X. (2006). Implementing a pedagogy of integration: Some thoughts based on a textbook elaboration experience in Viet Nam. *Planning and changing*, 37 (1/2), 37-55.

Pronovost, P. & Vohr, E. (2010). *Safe patients, smart hospitals*. New York: Hudson Street Press.

Reeves, S. Fox, A., & Hodges, B.D. (2009). The competency movement in the health professions: Ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice. *Advances in Health Sciences Education*, 14, 451-453.

Reeves, S., Suter, E., Goldman, J., Martimianakis, T., Chatalalsingh, C., & Dematteo, D. (2007). A scoping review to identify organizational and education theories relevant to interprofessional education and practice. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Retrieved April 6, 2011 from http://meds.queensu.ca/quipped/assets/ScopingReview_IP_Theories_Dec07.pdf

Roegiers, X. (2007). Curricular reforms guide schools: but, where to? Curriculum change and competency-based approaches: A worldwide perspective. *Prospects*, 37, 155-186.

Salas, E., Goodwin, G. F., & Burke, C. S. (Eds.) (2009). *Team effectiveness in complex organizations*. New York: Psychology Press.

Sargeant, J. (2009). Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29, 178-184.

Schmitt, M.H., Baldwin, D.C. Jr., & Reeves, S. (forthcoming). Continuing interprofessional education: Collaborative learning for collaborative practice. In D.K. Wentz (Ed.). *Continuing medical education: Looking back, planning ahead*. Hanover, NH: Dartmouth College Press.

Schmitt, M.H. & Stewart, A. L. (2011). Commentary on "Interprofessional Ethics - A Developing Field?": A Response to Banks et al. (2010). *Ethics and Social Welfare*, 5(1), 72-78.

Shannon, S. (March, 2011). The growing case for interprofessional education. *Inside OME*. 5(3). Chevy Chase, MD: American Association of Colleges of Osteopathic Medicine. Retrieved April 10, 2011 from <http://www.aacom.org/resources/ome/2011-03/Pages/president.aspx>

Singla, D. L., MacKinnon, G. E., MacKinnon, K. J., Younis, W., & Field, B. (2004). Interdisciplinary approach to teaching medication adherence to pharmacy and osteopathic medical students. *Journal of the American Osteopathic Association*, 104, 127-132.

Steinbrook, R. (2009). Health care and the American Recovery and Reinvestment Act. *New England Journal of Medicine*, 360, 1057-1060.

Stern, D. T. (2006). *Measuring medical professionalism*. New York, NY: Oxford University Press.

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 41-51.

ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education*, 39, 1176-1177.

ten Cate, O. & Scheele, F. (2007). Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and practice? *Academic Medicine*, 82, 542-547.

Thistlethwaite, J. & Moran, M. on behalf of the World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice (2010). Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 503-513.

University of British Columbia College of Health Disciplines. (2008). The BC competency framework for interprofessional collaboration. Vancouver, BC: Author. Retrieved March 4, 2011 from <http://www.chd.ubc.ca/files/file/BC%20Competency%20Framework%20for%20IPC.pdf>

University of Minnesota Academic Health Center. Office of Education. (2010). 1Health. Minneapolis, MN: Author. Retrieved April 11, 2011 from <http://www.ahc.umn.edu/1health/>

University of Minnesota. Academic Health Center, Office of Education, (2009). Comparison study of health professional health accreditation standards. Minneapolis, MN: Author. Retrieved January 2, 2011 from <http://www.interprofessional education.umn.edu/imgs/AccreditationDocFinal030510.pdf>

University of Toronto. (2008). Advancing the interprofessional education curriculum 2009. Curriculum overview. Competency framework. Toronto: University of Toronto, Office of Interprofessional Education. Retrieved December 18, 2010 from <http://www.interprofessional education.utoronto.ca/std/docs/Core%20Competencies%20Diagram%202010.pdf>

University of Virginia. (nd). Interprofessional core competencies. Charlottesville, VA: Author. Retrieved April 15, 2011 from <http://ipe.virginia.edu/what-is-ipe/>

Walsh, C. I., Gordon, F., Marshall, M., Wilson, F., & Hunt, T. (2005). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5, 230-237.

Weinstein, R.S., McNeely, R.A., Holcomb, M.J., Doppalapudi, L., Sotelo, M.J., Lopez, A.M., et al. (2010). Technologies for interprofessional education: e-classroom-of-the-future. *Journal of Allied Health*, 39, 238-245.

Western University of Health Sciences. (2011), *Interprofessional Education Model*. Pomona, CA: Author. Retrieved April 7, 2011 from <http://www.westernu.edu/interprofessional-model>

Wilder, R.S., O'Donnell, J.A., Barry, M., Galli, D.M., Hakim, F.F., Holyfield, L.J. & Robbins, M.R. (2008). Is dentistry at risk? A case for interprofessional education. *Journal of Dental Education*, 72, 1231-1237.

World Health Organization (WHO). (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization. Retrieved April 11, 2011 from http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf

Zaccaro, S.J., Heinen, B. & Shuffler, M. (2009). Team leadership and team effectiveness. In Salas, E., Goodwin, G. F., & Burke, C. S. (Eds.) *Team effectiveness in complex organizations* (pp. 83-111). New York: Psychology Press.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T26**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Un Marco de Trabajo de Competencia Interprofesional Nacional

Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework [monografía en internet] Vancouver:

Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010 [consultado 7 de agosto 2012] Disponible en:
http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

CIHCPIIS

Canadian Interprofessional Health Collaborative

Un Marco de Trabajo de Competencia Interprofesional Nacional: Febrero de 2010

El Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) está formado por organizaciones, educadores, profesionales, y estudiantes dedicados a la salud a lo largo de todo el Canadá. Nosotros creemos que la educación interprofesional y la práctica colaborativa centrada en el paciente son clave para la construcción de equipos de cuidado de la salud efectivos que puedan mejorar la experiencia y los resultados de los pacientes.

Canadian Interprofessional Health Collaborative
College of Health Disciplines
University of British Columbia
Vancouver BC V6T 1Z3 Canada
www.cihc.ca

Prefacio:

Durante los pasados tres años, el Comité de Currículo de la CIHC ha ido identificando un número de asuntos que afectan el desarrollo de la educación interprofesional para la práctica colaborativa centrada en el paciente (IECPCP). Actualmente, estos retos están siendo enfrentados por diversas instituciones dedicadas a la generación de profesionales para el cuidado de la salud, buscando actualizar sus currículos educativos e implementando programas para que sus estudiantes puedan dominar las competencias para la práctica colaborativa interprofesional.

Estas competencias, entendidas como conocimientos, facultades, destrezas, etcétera, claramente definidas y medibles, son ahora una norma que diversas instituciones dedicadas al cuidado de la salud buscan alcanzar. Con este documento, la CIHC ofrece a los colegas de la comunidad interprofesional global una herramienta de orientación sobre este importante tema e invita a todos los colegas a compartir sus experiencias y aprendizajes, de tal forma que la meta de contar con un sólido conjunto de competencias interprofesionales pueda ser alcanzada.

John H.V. Gilbert, PhD, FCAHS
Project Lead, CIHC

Introducción:

El objetivo global de la educación y la práctica colaborativa interprofesional es generar mejores resultados en los usuarios de los sistemas de salud. La colaboración interprofesional ocurre cuando los estudiantes/practicantes/pacientes/clientes/familias y comunidades desarrollan y mantienen relaciones de trabajo colaborativas e interprofesionales que conllevan a resultados de salud óptimos. Por esta razón, la educación y práctica

colaborativa interprofesionales están siendo incorporadas a los actuales modelos de cuidado, y por consiguiente, necesitamos identificar y entender sus características.

En el otoño del 2008, el Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), con el financiamiento de HealthCanada, estableció un grupo de trabajo con los siguientes objetivos:

- 01:** revisar la literatura relacionada con competencias profesionales,
- 02:** revisar los marcos de trabajo existentes sobre educación y práctica interprofesional,
- 03:** desarrollar un marco de trabajo de competencia para todo el Canadá sobre la colaboración interprofesional.

Antecedentes:

Durante las pasadas décadas, diversas competencias para la práctica han ido desarrollándose como resultado de nuevos conocimientos, destrezas, actitudes, y comportamientos; y un ejemplo de esto lo constituye el CanMeds Competency Framework para medicina y su adaptación a la farmacéutica y terapia ocupacional en el Canadá [1,2,3]. Análogamente, la regulación de la práctica profesional también ha impulsado estos desarrollos, incluyendo el marco de trabajo Canadiense armonizado de competencias para el ingreso de las graduadas de enfermería a la práctica profesional [4], algunos marcos de trabajo para la psicología clínica [5], y otros marcos de organizaciones específicas tales como el Canadian Patient Safety Institute [6] y el Public Health Agency of Canada [7]. En todos estos esfuerzos se reconoció la importancia de la colaboración y el trabajo de equipo sin embargo no se identificaron claramente *cuáles* son las competencias necesarias Barr [8], McPherson, Headrick and Moss [9], y McNair [10].

Este es un intento para desarrollar un modelo canadiense de competencias interprofesionales que sea aplicable a todas las profesiones de la salud.

La CIHC ha adoptado la meta propuesta por Rogiers de alcanzar un conjunto de competencias que “permitan al estudiante dominar aquellas situaciones que enfrentará en su práctica profesional” [11]. Este marco de trabajo de competencias es necesario para orientar a los estudiantes y practicantes a entender los procesos de:

- 1)** dar sentido al proceso de aprendizaje (proceso),
- 2)** diferenciar los asuntos por su relevancia (relevancia),
- 3)** aplicar el aprendizaje a las situaciones de la práctica (aplicación), y
- 4)** asociar los elementos de aprendizaje (integración).

Por su parte, Tardiff [12] propuso cinco características clave para entender estas competencias:

- a)** Complejidad (resultantes de la dinámica de componentes),
- b)** Adición (suman conocimientos, destrezas, actitudes, etcétera),
- c)** Integración (incluyen una diversidad de recursos individuales),
- d)** Desarrollo (tienen capacidad de desarrollo de por vida), y
- e)** Evolución (generan nuevos entendimientos).

Este documento describe un acercamiento hacia las competencias interprofesionales con el objeto de guiar la educación y la práctica colaborativa interprofesionales en una variedad de contextos..

¿Qué es Colaboración Interprofesional?:

La colaboración interprofesional es el proceso de desarrollar y mantener relaciones de trabajo interprofesionales efectivas con los estudiantes/practicantes/pacientes/clientes/familias y comunidades para generar resultados de salud óptimos. Entre los elementos de colaboración se incluyen el respeto, la confianza, la toma de decisiones compartida, y la formación de sociedades.

¿Cómo es éste Marco de Trabajo?:

El Marco de Trabajo de Competencia Interprofesional Nacional del CIHC, más que enfocarse sobre comportamientos demostrados para determinar la competencia (capacidad), se apoya sobre las habilidades para integrar conocimientos, destrezas, actitudes, y valores para alcanzar juicios [11,12].

¿Qué se asumió?:

01: los enunciados de competencia fuertes pueden ser vigentes durante amplios periodos de tiempo,

02: los descriptores de competencia identifican conocimientos, destrezas, actitudes, valores y juicios que son dinámicos y se encuentran en constante evolución,

03: el aprendizaje interprofesional es aditivo y refleja un proceso continuo y de por vida,

04: la práctica colaborativa interprofesional es esencial para el mejoramiento de los resultados de salud de pacientes/clientes/familia y comunidad,

05: el nivel de competencia interprofesional demostrado es dependiente de la profundidad y amplitud de la educación y práctica que involucra a todos los proveedores de cuidado de la salud,

06: la adopción de competencias interprofesionales dentro de los programas profesionales de la salud ocurre a diferentes ritmos dependiendo del nivel del estudiante y de la complejidad de las tareas de aprendizaje,

07: la adopción de competencias interprofesionales puede requerir cambios en la percepción de los estudiantes, practicantes y educadores sobre la colaboración interprofesional,

08: la práctica colaborativa interprofesional requiere de una cultura consistente que apoye las competencias colaborativas interprofesionales,

El Marco de Trabajo de Competencia Interprofesional Nacional:

Este Marco de Trabajo de Competencia Interprofesional Nacional facilita el acercamiento para describir las competencias necesarias para la generación y el mantenimiento de la colaboración interprofesional efectiva. Los conocimientos, las destrezas, las actitudes, y los valores que dan forma a los juicios esenciales para la práctica colaborativa interprofesional se integran en seis dominios de competencia. Estos seis dominios son:

- 01:** Clarificación de roles,
- 02:** Cuidado centrado en el paciente/cliente/familia/comunidad,
- 03:** Funcionamiento del equipo,
- 04:** Liderazgo colaborativo,
- 05:** Comunicación interprofesional,
- 06:** Resolución de conflictos interprofesionales.

01: Clarificación de roles:

Enunciado de competencia:

Los estudiantes/practicantes entienden su rol único así como los roles de los colegas de otras profesiones, y usan este conocimiento de forma apropiada para establecer y lograr metas de paciente/cliente/familia y comunidad.

Para apoyar la práctica colaborativa interprofesional los estudiantes/practicantes demuestran que tienen claridad de roles:

- 01:** describiendo su propio rol y los de los otros,
- 02:** reconociendo y respetando la diversidad de otros roles considerando profundamente sus competencias y responsabilidades,
- 03:** llevando a cabo sus propios roles de una forma culturalmente respetuosa,
- 04:** comunicando los roles, conocimientos, destrezas y actitudes, usando un lenguaje apropiado,
- 05:** solicitando el acceso a las destrezas y los conocimientos de otros colegas de una forma apropiada y por medio de consultas,
- 06:** considerando los roles de los otros para la determinación del propio,
- 07:** integrando las competencias y los roles en modelos de atención.

02: Cuidado centrado en el paciente/cliente/familia y comunidad:

Enunciado de competencia:

Los estudiantes/practicantes buscan, integran y valoran como compañeros, el ingreso de la información sobre el cuidado centrado en el paciente/cliente/familia/comunidad para el diseño e implementación de los servicios de cuidado.

Para que la práctica colaborativa interprofesional esté centrada en el paciente/cliente/familia y comunidad los estudiantes y practicantes necesitan:

- 01:** apoyar la participación de pacientes/clientes/familias y comunidad en las actividades del personal al cuidado de su salud, incluyendo el cuidado, la planeación, la implementación, y la evaluación,
- 02:** compartir la información con pacientes/clientes/familias y comunidades de una forma respetuosa y entendible, y fomentando su participación en la toma de decisiones,
- 03:** asegurar que la educación y los apoyos apropiados sean provistos a los pacientes/clientes/familias y comunidades por parte de los estudiantes/practicantes, y
- 04:** escuchar respetuosamente las necesidades expresadas de todas las partes para proveer cuidados o servicios específicos.

En el cuidado centrado en el paciente/cliente/familia y comunidad, el equipo interprofesional integra y valora, como un socio integral, la información generada por pacientes/clientes/familias y comunidades en el diseño e implementación del cuidado. Orchard define este cuidado colaborativo como una sociedad entre un equipo de proveedores de salud y una entidad denominada paciente, donde éste retiene el control sobre su cuidado y da acceso al conocimiento y las destrezas de los miembros del equipo a su cuidado para llegar a un plan compartido [14].

03: Funcionamiento del equipo:

Enunciado de competencia:

Los estudiantes/practicantes entienden los principios de las dinámicas de trabajo de equipo y los procesos que conducen a una colaboración interprofesional efectiva.

Los estudiantes/practicantes son capaces de:

- 01:** entender los procesos de desarrollo en equipos,
- 02:** desarrollar un conjunto de principios de trabajo en conjunto en los que se respeten los valores éticos de todos los miembros,
- 03:** facilitar las discusiones e interacciones entre los miembros del equipo,
- 04:** ser respetuoso de la participación de todos los miembros en la toma de decisiones en conjunto,
- 05:** reflejar su funcionamiento con otros estudiantes/practicantes y hacia pacientes/clientes/familias y comunidades,
- 06:** establecer y mantener relaciones de trabajo efectivas y saludables con otros estudiantes/practicantes, y con pacientes/clientes/familias y comunidades,
- 07:** respetar la ética de los equipos, incluyendo la confidencialidad, la colocación de recursos, y el profesionalismo.

Las relaciones de trabajo seguras y efectivas, y la inclusión respetuosa de pacientes/clientes/familias y comunidades son características distintivas de la práctica colaborativa interprofesional, y para lograr esto, se requiere confianza, respeto, disponibilidad, comunicación abierta y escucha atenta. Los estudiantes/practicantes además deben ser capaces de compartir la

información necesaria para coordinar el cuidado con los pacientes/clientes/familias y comunidades evitando brechas, redundancias, y errores que impacten su efectividad y eficiencia.

Los estudiantes/practicantes necesitan regularmente reflejar su efectividad trabajando juntos para satisfacer las necesidades de sus pacientes/clientes/familias y comunidades. La conciencia y el compromiso con la ética interprofesional debe unir a todos los estudiantes/practicantes con la meta común de proveer el mejor cuidado posible. Esto es fundamental para poder trabajar de una forma colaborativa.

04: Liderazgo colaborativo:

Enunciado de competencia:

Los estudiantes/practicantes entienden y aplican principios de liderazgo que apoyen un modelo práctico colaborativo.

Este dominio apoya la toma compartida de decisiones y el liderazgo conservando la continua responsabilidad individual por las acciones propias definidas dentro del alcance de la práctica profesional de cada uno. En la práctica colaborativa interprofesional los estudiantes/practicantes determinan quien llevará el liderazgo de grupo apoyando:

- 01:** el trabajo con otros para conducir a resultados efectivos de pacientes/clientes/familias y comunidades,
- 02:** el desarrollo de relaciones de trabajo interdependientes entre todos los participantes,
- 03:** la facilitación de procesos de equipo efectivos,
- 04:** la facilitación de la toma efectiva de decisiones,
- 05:** el establecimiento de un clima propicio para la práctica colaborativa entre todos los participantes,
- 06:** la co-creación de un clima de liderazgo compartido para la práctica colaborativa,
- 07:** la aplicación de principios para la toma de decisiones de una forma colaborativa,
- 08:** la integración de principios para el mejoramiento continuo de la calidad.

Dentro del liderazgo colaborativo, los estudiantes/practicantes apoyan la elección de los líderes dependiendo del contexto y la situación y asumen una responsabilidad compartida ante los procesos elegidos para lograr los resultados. Hay dos componentes básicos en el rol del líder; uno orientado hacia las tareas y el otro hacia la relación. En el primer caso, el líder ayuda a otros miembros a mantenerse sobre una tarea hasta lograr la meta en conjunto acordada, mientras que en el segundo, el líder asiste a los miembros para trabajar juntos de formas cada vez más efectivas [15]. Es posible que existan múltiples líderes. Por ejemplo, un líder puede concentrarse en que los estudiantes/practicantes mantengan un flujo de actividad laboral, mientras el otro se dedica a inter-conectar a los pacientes/clientes/familias y comunidades a través de relaciones cooperativas.

05: Comunicación interprofesional:

Enunciado de competencia:

Los estudiantes/practicantes de las diferentes profesiones se comunican entre si de una manera colaborativa, responsiva, y responsable.

Para apoyar la práctica colaborativa interprofesional, los estudiantes/practicantes son capaces de:

- 01:** establecer principios de comunicación para el trabajo de equipo,
- 02:** activamente escuchar a otros miembros del equipo y a pacientes/clientes/familias y comunidades,
- 03:** comunicarse para asegurar un entendimiento común sobre las decisiones del cuidado,
- 04:** desarrollar relaciones de confianza con los pacientes/clientes/familias y comunidades, así como con los otros miembros del equipo,
- 05:** usar efectivamente las tecnologías de información y comunicación para mejorar el cuidado interprofesional centrado en el paciente/cliente/familia y comunidad, apoyando a los miembros del equipo para:
 - a) establecer metas compartidas,
 - b) establecer de forma colaborativa planes compartidos de cuidado,
 - c) apoyar la toma de decisiones compartida,
 - d) compartir diversas responsabilidades a lo largo de todo el proceso de cuidado,
 - e) demostrar respeto por todos los miembros del equipo y por los pacientes/clientes/familias y comunidades.

Las destrezas de comunicación son esenciales para todos los estudiantes/practicantes e involucran la habilidad de comunicarse efectivamente con otros, especialmente con aquellos de otras profesiones así como con pacientes/clientes/familias y comunidades, de una manera colaborativa, responsiva y responsable. La comunicación en los ambientes interprofesionales es demostrada a través de una escucha activa y otros comportamientos no verbales así como verbales que implican negociaciones, consultas, interacciones, discusiones, debates, etcétera. La comunicación interprofesional respetuosa implica la completa revelación y transparencia de todas las interacciones con los otros incluyendo a pacientes/clientes/familias y comunidades. Todos los miembros del equipo mantienen una comunicación interprofesional que es consistentemente auténtica en la que se demuestra confianza entre estudiantes/practicantes y pacientes/clientes/familias y comunidades.

06: Resolución de conflictos interprofesionales:

Enunciado de competencia:

Los estudiantes/practicantes activamente se integran con otros, incluyendo pacientes/clientes/familias y comunidades para, de forma positiva y colaborativa, identificar y solucionar los desacuerdos conforme vayan surgiendo.

Para apoyar la práctica colaborativa interprofesional, los miembros del equipo consistentemente identifican conflictos de una manera constructiva al:

- 01:** evaluar la naturaleza de los conflictos,
- 02:** reconocer las fuentes potenciales de conflicto y tomar acciones constructivas para abordarlas,
- 03:** identificar las situaciones que tienen probabilidad de conducir a desacuerdos o conflictos, incluyendo ambigüedad de roles, gradientes de poder y diferencias en los objetivos,
- 04:** conocer y desarrollar estrategias para enfrentar los conflictos,
- 05:** establecer guías para identificar desacuerdos.

Los conflictos pueden originarse de diversas fuentes incluyendo:

roles: estos involucran asuntos de responsabilidad, percepciones de cargas laborales, o ambigüedad entre estudiantes/practicantes,

metas: diferencias relacionadas con las metas pueden surgir por filosofías hacia el cuidado, creencias religiosas/espirituales, valores, estilos, etcétera.

Tales desacuerdos generalmente se asocian con relaciones de poder. Estas situaciones implican que los estudiantes/practicantes necesitan alcanzar acuerdos que incluyan el compromiso de abordar los conflictos de forma constructiva. Además, en estos acuerdos tienen que considerarse la experiencia, valores, preferencias, necesidades, situaciones, contextos, etcétera, de los pacientes/clientes/familias y comunidades. Los proveedores del cuidado de la salud necesitan aceptar la responsabilidad de reconocer cuando ocurran los desacuerdos (o puedan ocurrir) y aplicar los principios para identificar tales desacuerdos y lograr resultados positivos.

Recursos Adicionales:

Existen recursos que apoyan la colaboración interprofesional para asistir con la aplicación del National Interprofesional Competency Framework por ejemplo:

- 01: Canadian Interprofesional Health Collaborative (CIHC) www.cihc.ca
- 02: Canadian Interprofesional Health Collaborative, (2008). Knowledge Transfer & Exchange in Interprofesional Education: Synthesizing the Evidence to Foster Evidence-based Decision-making. Vancouver, BC.
- 03: Centre for Advancement of Interprofesional Education (CAIPE) www.caipe.uk.org

Glosario de términos:

Educación interprofesional: las ocasiones cuando dos o más profesiones aprenden con, a partir de, y con respecto a otras profesiones para mejorar la colaboración y la calidad del cuidado [18]. Nota: incluye todo el aprendizaje de salud, social, académico, establecimientos, estudiantes/practicantes y pacientes/clientes/familias y comunidades.

Competencia: un complejo acto de saber que incluye el continuo desarrollo de conocimientos, destrezas, actitudes, y juicios que conllevan a efectivamente llevar a cabo actividades requeridas en una ocupación o función de acuerdo a estándares esperados [10, 11].

Dominio de competencia: un grupo de actividades interactuantes de un todo.

Enunciado de competencia: un enunciado generalizador fuerte que guía el comportamiento y que dura amplios períodos de tiempo.

Descriptor de competencia: identifica destrezas y actitudes que son dinámicas y evolutivas.

Competencias interprofesionales: describen la compleja interacción de conocimientos, destrezas, actitudes, valores, y juicios que a su vez permiten al proveedor de cuidado aplicar estos componentes en todas las situaciones colaborativas. Las competencias interprofesionales deben guiar el crecimiento y desarrollo a lo largo de toda la vida y conllevar a que el profesional efectivamente lleve a cabo las actividades requeridas en los diversos contextos.

Colaboración interprofesional: una sociedad participatoria y colaborativa entre un equipo de proveedores de la salud y un cliente (pacientes/familias/comunidades para la toma de decisiones compartida sobre asuntos de la salud [13].

Lista de referencias:

1. Royal Collage of Physicians and Súrgenos of Canada. (2005). The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Ottawa, ON.<http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>
2. Canadian Council for accreditation of Pharmacy Programs. (2006) Accreditation Standards and Guidelines for the Baccalaureate Degree Program in Pharmacy. (revised). Ottawa, ON. <http://www.ccapp-accredit.ca/standards>
3. Canadian association of Occupational Therapists. (2007). Profile of occupational therapy practice in Canada. Ottawa, ON: CaPT Publications aCe. <http://www.caot.ca/pdfs/otprofile.pdf>.
4. Black, J., et al. (2008). Competencies in the context of entry-level registered nurse practice: a collaborative project in Canada. *International Nursing review*, 55, 171-178.
5. Arredondo, P., Shealy, C., Neale, M., & LaPearl Logan, W. (2004). Consultation and interprofessional collaboration: Modeling for the future. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 787-800.

6. Canadian Patient Safety Institute. (2008). *The Safety Competencies Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*, First Edition Ottawa, ON.
http://www.patientsafetyinstitute.ca/uploadedFiles/Safety_Competencies_16Sep08.pdf
7. Public Health Agency of Canada. (2007). *Core Competencies for Public Health in Canada: release 1.0*. Ottawa, ON.
<http://www.phacaspc.gc.ca/ccph-cesp/index-eng.php>
8. Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12 (2), 181-187.
9. McPherson, K., Headrick, L, & Moss, F. (2001). Working and learning together: Good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality in Health Care*, 10 (Supp II), 1146-1153.
10. McNair, R. P. (2005). The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education*, 39: 456-464.
11. Roegiers, X. (2007). Curricular reforms guide schools: but, where to? Curriculum change and competency-based approaches: A worldwide perspective. *Prospects*, 37(2), 155-186.
12. Tardif, J. (1999). *Le transferts des apprentissages (Transfer of Learning)*. Montréal: Les éditions Logiques.
13. Orchard, C., Curran, V. & Kabene, S. (2005). Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online* 10(11): <http://www.med-ed-lonline.org>.
14. Orchard (2008) – Presentation on patient-centred care to CASN Nurse educators Conference, Queen’s University, Kingston, November 17.
15. Heineman, G.D., & Zeiss, A.M. (2002). *Team performance in health care: Assessment and development*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
16. Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2004), *Complicated and complex systems: What would successful reform of medicine look like*. In P-G Forest, G.P. Marchelidon, & T. McIntosh (editors) *Changing health care in Canada: Romanow Papers, Volume 2*. (pp. 21-52). Toronto: University of Toronto Press.
17. Commission on the future of health care in Canada (2002). *Shape the future of health care: Interim report*. Ottawa: Government of Canada.
18. Centre for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) (2002). *Definition of Interprofessional education (revised)*. <http://www.caipe.org.uk/>
19. Peyser, A., Gerard, F-M., & Roegiers, X. (2006). Implementing a pedagogy of integration: Some thoughts based on a textbook elaboration experience in Vietnam. *Planning and changing*, 37(1/2), 37-55./2), 37-55.
20. Blesma, R. G., Pavlova, M., Vaatstra, R., van Merode, G. G., Czabanowska, K., Smith, T., et al. (2008). Generic versus specific competencies of entry-level public health graduates: Employers’ perceptions in Poland, the UK, and the Netherlands. *Advances in Health*

Sciences Education, 13(3), 325-33. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-006-9044-0>
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ808687&site=ehost-live&scope=site>

21. Jonnaert, P., Masciotra, D., Barrette, J., Morel, D., & Mane, Y. (2007). From competence in the curriculum to competence in action. *Prospects: Quarterly Review of Comparative Education*, 37(2), 187-203. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/s11125-007-9027-9>
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ785213&site=ehost-live&scope=site>

22. Shepard, G., & Wahle, L. P. (1981). A competency-based approach to social work education: Does it work? *Journal of Education for Social Work*, 17(3), 75-82. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ258163&site=ehostlive&scope=site>

23. Joyner, C. W. (1994). Competency-based education and the factors influencing its implementation in traditional institutions. *Canadian Vocational Journal*, 30(2), 8-13. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ498601&site=ehost-live&scope=site>

24. Hager, P. (1995). Competency standards--A help or a hindrance? an Australian perspective. *Vocational Aspect of Education*, 7(2), 11-51. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ509520&site=ehost-live&scope=site>

25. Wright, J. C., Millar, S. B., Kosciuk, S. A., Penberthy, D. L., Wampold, B. E., & Williams, P. H. (1998). A novel strategy for assessing the effects of curriculum reform on student competence. *Journal of Chemical Education*, 75(8), 986-92. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ574364&site=ehost-live&scope=site>

26. Hyland, T. (1993). Competence, knowledge and education. *Journal of Philosophy of Education*, 27(1), 57-68.

27. Weinstein, J. (1998). The use of national occupational standards in professional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 169-179.

28. Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 41-51.

Otras referencias consultadas:

A. Bridging Relationships Across Interprofessional Domains. (2007). *Interprofessional Competencies: A Framework for Education & Practice*, University of New Brunswick. St. John's NB.
http://216.154.223.112:8080//braid/file_uploads/braid%20ip%20competencies%20report%20oct22_07.pdf

B. College of Health Disciplines, University of British Columbia & Interprofessional Network of BC (2008). *The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration*, Vancouver, BC.
<http://www.chd.ubc.ca/competency>

C. College of Health Disciplines, University of British Columbia. (2008). *Linking a Competency Framework on Interprofessional Collaboration to Curriculum Reform: Mapping the journey to collaborative practice*. Vancouver BC.

D. Curran, V., Casimiro, L., Oandasan, I., Hall, P., Lackie, K., Banfield, V., Wagner, S., Simmons, b., Tremblay, M. (2009) *Development and Evaluation of an Assessment Rubric for Measuring Interprofessional Collaborative Competencies (draft)*. Research for Interprofessional Competency-Based Evaluation (RICE) Group. Academic Health Council – Champlain Region Ottawa, ON.

E. McMaster University Program for Interprofessional Practice, Education and Research. (no date). Description of IPE Activities and Competencies. http://fhs.mcmaster.ca/ipe/competency_intro.htm

F. Registered Nurses Professional Development Centre & Nova Scotia Department of Health. (2007). Partners for Interprofessional Cancer Education: Interprofessional Facilitator Competencies, Halifax, NS.

G. Saskatchewan P-Cite Project of IECPCP. (2006) Key Competencies & Behavioural Indicators of Interprofessional Team Practice-Practitioner Level/ Senior Student Level, University of Saskatchewan.

H. University of Toronto, Office of Interprofessional Education. (2008). a Framework for the Development of Interprofessional Education, Values and Core Competencies.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T27**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa

WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [monografía en internet]. Geneva: Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health, 2010 [consultado 7 de agosto 2012] Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf

Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa:

Organización Mundial de la Salud

Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3)

Esta publicación es producida por el Health Professional Network Nursing and Midwifery Office del Department of Human Resources for Health.

Esta publicación está disponible en Internet en:
http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

Copias pueden ser solicitadas de: World Health Organization Department of Human Resources for Health, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

© World Health Organization 2010

Todos los derechos están reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden ser obtenidas de la WHO Press, World Health Organization, 20 avenue Appia, 1211, Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 71 3264; fax +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int) Las solicitudes para permiso de reproducir o traducir publicaciones de la OMS – ya sea para su venta o para distribución no-comercial – deberán dirigirse a la WHO Press, a la dirección arriba indicada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int)

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de opinión alguna por parte de la OMS con respecto de la situación legal de país, territorio, ciudad o área alguna o sus autoridades, o concerniente a la delimitación de sus fronteras o límites.

La mención de compañías específicas o de ciertos productos manufacturados no implica que estén recomendadas por la Organización Mundial de la Salud en preferencia de otros de naturaleza similar que no estén mencionados.

Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la Organización Mundial de la Salud para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado está siendo distribuido sin garantía de clase alguna, ya sea de forma expresa o implícita. La responsabilidad por la interpretación del material es del lector. En ningún evento la Organización Mundial de la Salud será acreditable por daños que surjan por el uso de esta publicación.

Editado por: Diana Hopkins, Freelance Editor, Geneva Switzerland

Layout: Monkeytree Creative Inc.

Reconocimientos:

El Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa es el producto del WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. El marco de trabajo fue preparado bajo el liderazgo de John Gilbert y Jean Yan, con el apoyo de Steven Hoffman.

La preparación de los documentos relativos a los antecedentes fue liderada por Marilyn Hammick (autora principal de Glossary and IPE Working Group Report), Steven J. Hoffman (co-autor de IPE International Scan), Lesley Hughes (co-autora del IPE Staff Development Paper), Debra Humphris (autora principal del SLSS Working Group Report), Sharon Mickan (co-autora de CP Case Studies), Mónica Moran (co-autora de IPE Learning Outcomes Paper), Louise Nasmith (autora principal del CP Working Group Report y CP Case Studies), Sylvia Rodger (autora principal del IPE International Scan), Madeleine Schmitt (co-autora del IPE Staff Development Paper) y Hill Thistlethwaite (co-autora del IPE Learning Outcomes Paper).

Contribuciones significativas también fueron hechas por Peter Baker, Hugh Barr, David Dickson, Wendy Horne, Yuichi Ishikawa, Susanne Linqvist, Ester Morgensen, Ratie Mpofu, Bev Ann Murria y Joleen Tirendi. Considerable apoyo fue brindado por el Canadian International Health Collaborative.

Apoyo administrativo y técnico fue provisto por Virgie Largado-Ferri y Alexandra Harris. Las gráficas fueron diseñadas por Susana Gilbert. Los principales redactores fueron Andrea Burton, Marilyn Hammick y Steven Hoffman.

La educación interprofesional es una oportunidad, no solamente de cambiar la forma en que pensamos sobre la educación de los futuros trabajadores de la salud, sino también de reconsiderar los medios tradicionales de provisión de cuidado. Yo creo que lo que estamos buscando no es únicamente un cambio en las prácticas educativas, sino también en la cultura del cuidado de la salud.

- Líder estudiantil

Mensajes Clave:

01: La Organización Mundial de la Salud y sus socios reconocen que la colaboración interprofesional en la educación y la práctica es una estrategia innovadora que tendrá un importante rol en la mitigación de la crisis global de la fuerza laboral de la salud.

02: La educación interprofesional ocurre cuando estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre, a partir de, y entre sí, para generar una colaboración efectiva y mejorar los resultados de salud.

03: La educación interprofesional es un paso necesario para preparar una fuerza de trabajo de salud “lista para la práctica colaborativa” y preparada para responder a las necesidades de salud.

04: Un trabajador de la salud listo para la práctica colaborativa es alguien quien ha aprendido cómo trabajar en un equipo interprofesional y también es competente para hacer esto.

05: La práctica colaborativa sucede cuando múltiples trabajadores de la salud con diferentes antecedentes profesionales trabajan en conjunto con pacientes, familias, y comunidades para proveer cuidado de la más alta calidad. Esto implica que los trabajadores de la salud integren a cualquier individuo cuyas destrezas puedan ayudar a lograr los objetivos de salud.

06: Después de 50 años, la Organización Mundial de la Salud y sus socios reconocen que existe suficiente evidencia que indica que la educación interprofesional genera práctica colaborativa efectiva.

07: La práctica colaborativa fortalece los sistemas y mejora los resultados de salud.

08: Las políticas integradas sobre salud y educación pueden promover una educación interprofesional y práctica colaborativa más efectiva.

09: Diversos mecanismos dan forma a la educación interprofesional y práctica colaborativa efectiva incluyendo:

- (a) prácticas de manejo de recursos y apoyos,
- (b) identificación y apoyo a personajes clave,
- (c) resolución a cambiar la cultura y actitudes de los trabajadores de la salud,
- (d) disposición para actualizar, renovar y revisar los currículos educativos existentes,
- (e) legislación apropiada que elimine barreras para la práctica colaborativa.

10: Considerando que los mecanismos que dan forma a la educación interprofesional y práctica colaborativa no son los mismos en todos los sistemas de salud, los creadores de estas políticas deben utilizar acercamientos que sean aplicables y apropiados para sus propios contextos.

11: Los líderes de la salud que elijen contextualizar y comprometerse con la educación interprofesional y práctica colaborativa posicionan sus sistemas de salud de forma que se logren las Metas de Desarrollo del Milenio.

12: *El Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación y Práctica Colaborativa* proporciona a los creadores de políticas de salud con ideas sobre cómo implementar la educación interprofesional y la práctica colaborativa dentro de sus contextos.

Antecedentes:

En un momento en el que el mundo está enfrentando una escasez de trabajadores de la salud, los creadores de políticas están buscando estrategias innovadoras que puedan generar programas que impulsen el desarrollo de esta fuerza de trabajo. El Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa subraya el estatus actual de la colaboración interprofesional, identifica los mecanismos que dan forma al trabajo de equipo colaborativo exitoso y delinea una serie de acciones que los creadores de políticas pueden aplicar dentro de sus sistemas de salud. La meta es proveer

estrategias e ideas que ayuden a los creadores de políticas a implementar elementos sobre educación interprofesional y práctica colaborativa que sean más benéficos para sus propias jurisdicciones.

En el Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa se reconoce que los sistemas de salud a lo largo del mundo tratan de adaptarse para satisfacer las necesidades de salud. Sin embargo, a su fuerza laboral se le encomienda la tarea de proveer servicios de salud en situaciones cada vez más complejas. Ante esta realidad, la evidencia ha mostrado que la experiencia interprofesional ha ayudado a estos trabajadores a adquirir destrezas para ser parte de una fuerza laboral de salud apta para la práctica colaborativa.

Una fuerza de trabajo lista para la práctica colaborativa implica que los trabajadores han sido educados de forma interprofesional. La educación interprofesional ocurre cuando estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre, a partir de, y entre sí, para generar colaboración efectiva y mejorar los resultados de salud. Una vez que los estudiantes entienden cómo trabajar interprofesionalmente, ellos están listos para ingresar a la práctica como miembros de equipos colaborativos. Este es un paso clave para hacer avanzar a los sistemas de salud, desde una situación de fragmentación hacia una de fortaleza. Los equipos interprofesionales al cuidado de la salud entienden cómo optimizar las destrezas de sus miembros, compartir el manejo de casos, y proveer mejores servicios de salud.

Avanzando en las políticas de educación y salud:

Los sistemas de salud y educación deben trabajar en conjunto para poder coordinar el diseño de su fuerza laboral. Algunos de estos mecanismos pueden clasificarse dentro de: **1)** mecanismos del educador (i.e., personal académico, personajes clave, apoyo institucional, compromiso, resultados de aprendizaje, etcétera), y **2)** mecanismos curriculares (i.e. logística y programación, contenido curricular asistencia obligatoria, principios de aprendizaje, etcétera). Al considerar estos mecanismos en el contexto local, los creadores de políticas de salud pueden determinar qué acciones pueden impulsar la educación interprofesional en sus jurisdicciones.

Análogamente, existen mecanismos relativos a la forma en que la práctica colaborativa es llevada a cabo. Algunos ejemplos de estos mecanismos pueden clasificarse en: **1)** mecanismos de apoyo institucional (i.e. modelos de gobernanza, protocolos estructurados, recursos operativos compartidos, políticas de personal, prácticas de manejo de apoyos, etcétera); **2)** mecanismos de cultura de trabajo (i.e. estrategias de comunicación, políticas de resolución de conflictos, procesos de toma de decisiones compartida, etcétera); y **3)** mecanismos medioambientales (i.e. ambiente, instalaciones, diseño de espacios, etcétera).

Un llamado para la acción:

Es importante que los creadores de políticas revisen este marco de trabajo a través de una lente global, pero considerando que cada sistema de salud es diferente y por lo tanto con necesidades específicas. Este marco de trabajo no tiene la intención de prescribir una lista de recomendaciones o acciones a seguir. Más bien tiene la intención de proveer a los creadores

de políticas con ideas sobre cómo contextualizar sus sistemas de salud y comprometerse a implementar principios de educación interprofesional y práctica colaborativa, compartiendo los beneficios con sus socios, educadores, y trabajadores de la salud.

La educación interprofesional y práctica colaborativa tienen un rol muy significativo para que los sistemas de salud en todo el mundo puedan enfrentar sus complejos retos. Este marco de trabajo es un llamado para la acción de los creadores de políticas, tomadores de decisiones, educadores, trabajadores, líderes comunitarios y promotores de la salud en general, a integrar la educación interprofesional y práctica colaborativa en todos los servicios que proveen.

Aprendiendo juntos a trabajar juntos por una mejor salud:

La necesidad de fortalecer los sistemas de salud se ha convertido en uno de los más urgentes retos para los creadores de políticas, trabajadores de la salud, administradores y miembros de la comunidad en todo el mundo. Los recursos humanos para la salud están en crisis. La escasez mundial de 4.3 millones de trabajadores de la salud ha sido unánimemente reconocida como una barrera crítica para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio (1, 2). En 2006, la 59 Asamblea de Salud Mundial respondió a esta situación adoptando la resolución WHA59.23 en la cual se hace un llamado para incrementar la generación de fuerza de trabajo de la salud a través de diversas estrategias, incluyendo el uso de “acercamientos innovadores para la enseñanza” (3).

Como resultado, gobiernos en todo el mundo están buscando soluciones innovadoras que transformen sus sistemas de educación para asegurar una provisión, mezcla y distribución adecuada de fuerza laboral para la salud. Una de las más prometedoras soluciones al respecto puede ser encontrada en la educación interprofesional.

Conceptos clave:

Trabajador de la salud: es un término inclusivo que se refiere a toda la gente involucrada en acciones cuya intención primaria es aumentar la salud. Incluidos en esta definición están aquellos quienes promueven y preservan la salud, aquellos que diagnostican y tratan las enfermedades, los trabajadores administrativos y de apoyo, los profesionales con áreas específicas de competencia, ya sea que estén regulados o no, o si son convencionales o complementarios (1).

La educación interprofesional: ocurre cuando dos o más profesiones aprenden de, a partir de, y entre sí, para generar una colaboración efectiva y mejorar los resultados de salud.

* Profesional es un término que incluye a individuos con los conocimientos y/o destrezas para contribuir al bienestar físico, mental y social de una comunidad.

Práctica colaborativa: en el cuidado de la salud ocurre cuando múltiples trabajadores de la salud con diferentes antecedentes profesionales proveen servicios al trabajar con pacientes, familias, y las comunidades para proveer cuidado de la más alta calidad.

* La práctica incluye tanto el trabajo clínico como el no clínico, incluyendo diagnósticos, tratamiento, monitoreo, comunicaciones, administración, e intendencia.

Salud y sistemas de educación: consisten en todas las organizaciones, gente y acciones cuya intención primaria es promover, restaurar o mantener la salud y facilitar el aprendizaje respectivamente. Incluyen esfuerzos para influir sobre los determinantes de la salud, actividades directas para el mejoramiento de la salud, y oportunidades en cualquier etapa de la carrera del trabajador de la salud (47-48).

* La salud es un estado de completo bienestar en lo físico, mental, y social y no meramente la ausencia de enfermedad (World Health Organization, 1948) (49).

* La educación es cualquier proceso formal o informal que promueve el aprendizaje el cual es cualquier mejoramiento en comportamiento, información, conocimientos, entendimiento, actitud, valores o destrezas (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1997) (50).

La *educación interprofesional* es esencial para el desarrollo de una fuerza de trabajo de la salud “lista para la práctica colaborativa”, una en la que el personal trabaje en conjunto para proveer servicios de cuidado en un amplio panorama de situaciones y establecimientos.

El Marco de Acción sobre la Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa provee una oportunidad en todos los niveles para fortalecer el desempeño de los sistemas de salud (2, 3).

La necesidad de colaboración interprofesional:

Algunos creadores de políticas de salud han dirigido su atención, desde los tradicionales métodos de enseñanza-práctica, hacia estrategias innovadoras que verdaderamente puedan fortalecer la fuerza de trabajo hacia el futuro (4-7). Pero a pesar de que hay mucho interés en impulsar la colaboración interprofesional, el deseo de permanecer en este tipo de iniciativas a largo plazo, frecuentemente es dejado de lado debido al surgimiento de crisis urgentes tales como epidemias de VIH/SIDA, tuberculosis, etcétera. Afortunadamente, muchos creadores de políticas están reconociendo que una fuerza de trabajo de salud flexible, fuerte, y colaborativa es una de las mejores formas de afrontar los altamente complejos retos de la salud, incluyendo las crisis, y en recientes años, han surgido asociaciones nacionales y regionales, así como centros académicos de excelencia, demostrando el creciente impulso hacia la colaboración interprofesional.

Ejemplos:

La salud materna y del infante son esenciales para el bienestar general de un país; sin embargo, cada día 1500 mujeres mueren por complicaciones en el embarazo o durante el alumbramiento. Por esto, los trabajadores de la salud que son capaces de practicar de forma colaborativa, tienen un rol muy importante para reducir estas alarmantes estadísticas.

Construir una red regional para apoyar la colaboración interprofesional hace posible que en todos los proyectos interprofesionales se compartan las mejores prácticas, retos y oportunidades.

-Líder Regional de Salud

Análogamente, la detección, tratamiento y prevención de enfermedades globales, tales como VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, requiere la colaboración de todos y cada uno de los trabajadores. Por esto, los equipos interprofesionales son indispensables para el éxito de los programas de manejo de estas enfermedades.

En situaciones de crisis y conflictos, una respuesta bien planeada es esencial. Por esto, los trabajadores de la salud deben tener los conocimientos y destrezas para movilizar los recursos y experiencias disponibles desde el sistema de salud hacia la comunidad en general. La educación interprofesional entrena a los trabajadores de la salud para que manejen colaborativamente estos conocimientos y destrezas.

Las epidemias y pandemias ejercen fuertes y repentinas demandas sobre los sistemas de salud, y sólo con trabajadores que laboran en equipos de práctica colaborativa es posible aumentar la capacidad de respuesta ante estos brotes, incluyendo los de influenza aviar. Por esto, en el evento de la aparición de epidemias globales o desastres naturales, la colaboración entre los trabajadores de la salud es la única forma de enfrentar tales crisis.

Los equipos interprofesionales también son los más capaces para proveer cuidado y prevenir y manejar condiciones crónicas.

En general, la educación interprofesional y práctica colaborativa maximizan las fortalezas y destrezas de los trabajadores de la salud, llevándolos a funcionar a su máxima capacidad.

Aprendizaje basado en el equipo en la Jimma University, Etiopía:

Desde 1990, la Jimma University ha colocado de 20 a 30 estudiantes del último año de medicina, enfermería, farmacéutica, y salud medioambiental en diversos centros de salud distritales. Los estudiantes proveen servicios que van desde la promoción de la nutrición hasta el cuidado primario y los servicios básicos de laboratorio, y al mismo tiempo van familiarizándose con los centros de salud regionales y otros estudiantes de otras disciplinas (51).

Monitoreo sobre prácticas de educación interprofesional:

Este marco de trabajo ha sido diseñado para ayudar a los tomadores de decisiones a aplicar mecanismos y acciones de acuerdo a las necesidades de sus jurisdicciones, proporcionando ideas internacionalmente relevantes.

Para capturar las actividades interprofesionales a nivel global, el WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice condujo un monitoreo internacional entre Febrero y Mayo de 2008. El objetivo fue:

- * determinar el estatus actual de la educación interprofesional,
- * identificar las mejores prácticas,
- * identificar barreras y factores promotores en la educación interprofesional.

Un total de 36 respondientes, representando 42 países de cada una de las seis regiones de la OMS, proporcionaron datos sobre sus respectivos programas de educación interprofesional. Estos individuos representaron varios campos incluyendo la práctica (14.1%), la administración (10.6%), la educación (50.4%) y la investigación (11.6%).

Los resultados indicaron que la educación interprofesional tiene lugar en diversos países y establecimientos del cuidado e involucra a estudiantes de diversas disciplinas, especialmente medicina, enfermería, y trabajo social. Para la mayoría de los respondientes, la educación interprofesional fue obligatoria. La integración estudiantil ocurrió principalmente a nivel licenciatura, con una distribución relativamente igual entre todos los años de estudio. Se encontró que los estudiantes son típicamente evaluados en situaciones de grupo (46% en países desarrollados, y 38.8% en países en desarrollo), seguido de asignaciones individuales, exámenes escritos y otros métodos (cuadros 1 y 2).

Cuadro 1: Tipos de estudiantes que recibieron educación interprofesional en las instituciones del respondiente:

Audiólogos	02.2%
Trabajadores de salud comunitaria	04.3%
Médicos	10.2%
Enfermeras y Parteras	16.0%
Nutriólogos	05.7%
Terapistas ocupacionales	08.9%
Farmacéuticos	07.7%
Asistentes médicos	02.2%
Fisioterapistas	10.1%
Podólogos	01.6%
Psicólogos	05.9%
Trabajadores sociales	09.3%
Patólogos	04.7%
Otros	06.7%

Cuadro 2: Proveedores de entrenamiento sobre educación interprofesional:

Académicos universitarios	24.6%
Comités y equipos de enseñanza	18.8%
Terapistas	12.3%
Personal pedagógico	07.2%
Consultores y Facilitadores	07.2%
Equipos de profesionales	03.6%
Auto-enseñanza	01.4%
Directores clínicos	07.2%
In situ laboral	08.7%
Nada	08.7%

Los respondientes reportaron que habían percibido beneficios a partir de la implementación de la educación interprofesional incluyendo:

Beneficios educacionales:

- * los estudiantes adquirieron experiencias reales,
- * los académicos de diversas profesiones aportaron para el desarrollo de estos programas,
- * los estudiantes aprendieron sobre el trabajo de otros practicantes.

Beneficios para las políticas de salud:

- * prácticas y productividad mejoradas,
- * resultados de paciente mejorados,
- * aumento de la moral del personal,
- * mayor seguridad para el paciente,
- * mayor acceso al cuidado de la salud.

Los 42 países representados por los respondientes:

Armenia, Australia, Bahamas, Bélgica, Canadá, Cabo Verde, República Centro Africana, China, Croacia, Dinamarca, Djibouti, Egipto, Alemania, Ghana, Grecia, Guinea, India, Irán, Irak, Irlanda, Japón, Jordania, Malasia, Malta, México, Nepal, Nueva Zelanda, Noruega, Pakistán, Papua Nueva Guinea, Polonia, Portugal, República de Moldavia, Arabia, Singapur, Sudáfrica, Suecia, Tailandia, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido, Estados Unidos de América, Uruguay.

La educación interprofesional y la práctica colaborativa en los resultados de pacientes:

Luego de casi 50 años de preguntas, ahora existe suficiente evidencia que indica que la educación interprofesional genera práctica colaborativa efectiva la cual a su vez optimiza y fortalece los servicios de salud y mejora los resultados (6-22).

* la práctica colaborativa puede mejorar:

- (a) el acceso a y la coordinación de los servicios de salud,
- (b) el uso apropiado de recursos clínicos especializados,
- (c) los resultados de salud para pacientes con enfermedades crónicas,
- (d) la seguridad del paciente.

* La práctica colaborativa puede disminuir:

- (a) las complicaciones de pacientes,
- (b) la duración de las estancias hospitalarias,
- (c) la tensión y conflicto entre los proveedores de cuidado,
- (d) los cambios de personal,
- (e) las admisiones hospitalarias,
- (f) las tasas de error clínico,
- (g) las tasas de mortalidad (18-20, 22, 23, 26-29).

* La práctica colaborativa en los establecimientos comunitarios de salud mental puede:

- (a) incrementar la satisfacción del paciente,
- (b) promover mayor aceptación del tratamiento,
- (c) reducir la duración del tratamiento,
- (d) reducir el costo del cuidado,
- (e) reducir la incidencia de suicidio (17, 21),
- (f) mejorar el tratamiento para los trastornos psiquiátricos,
- (g) reducir las visitas de pacientes externos (30).

Colaboración interprofesional cross-sectorial durante las crisis de salud:

En 2005, el norte de Pakistán experimentó un severo terremoto que provocó miles de lesionados. Los esfuerzos para proveer ayuda fueron particularmente retadores en las comunidades montañosas aisladas. Una clínica de heridos fue eventualmente abierta dentro de un hotel parcialmente construido, pero no tenía agua, lo que hacía muy difícil el control de las infecciones. Uno de los trabajadores de la salud voluntarios tomó la iniciativa de localizar un plomero calificado quien fue capaz de proveer a la clínica con el agua necesaria durante 48 horas. En esta situación, buscar la experiencia fuera del equipo de salud convencional aseguró que las víctimas fueran capaces de recibir servicios de salud de calidad a pesar de la dificultad de las circunstancias (52). Esta es una ocurrencia común en situaciones de emergencia donde la colaboración entre los sectores puede ser esencial para mejorar los resultados de salud (48).

* los paciente terminales y crónicamente enfermos quienes reciben cuidado basado en el equipo en sus hogares:

- (a) están más satisfechos con su cuidado,
- (b) reportan menos visitas a las clínicas,
- (c) presentan menos síntomas,
- (d) reportan una mejoría general en su salud (24, 31).

* los sistemas de salud se benefician a partir de la práctica colaborativa con la reducción de los costos por:

- (a) establecer e implementar equipos de cuidado primario para los pacientes mayores con enfermedades crónicas (31),
- (b) generar exámenes médicos y pruebas de laboratorio (32),
- (c) implementar estrategias multidisciplinarias para el manejo de pacientes con falla cardiaca (19),
- (d) implementar equipos de nutrición parenteral total dentro de los establecimientos hospitalarios.

Cualquier proyecto que integra diferentes especialidades o jurisdicciones necesita coordinar actividades para lograr la máxima efectividad. Este es particularmente el caso con las situaciones de emergencia. Es aquí, donde los equipos interprofesionales pudieran tener el mayor impacto sobre las emergencias de salud pública. El incremento en la coordinación y el funcionamiento facilitan una respuesta más eficiente y efectiva, así como la provisión de asistencia de forma más oportuna.

-National Chief Public Health Officer

La educación interprofesional puede impartirse en programas de licenciatura, posgrado, educación continua, etcétera. La educación interprofesional es generalmente bien recibida por los participantes quienes desarrollan destrezas de comunicación y aprenden a valorar los retos y beneficios de trabajar en equipos. La educación interprofesional genera respeto entre las profesiones de la salud, elimina estereotipos negativos, y evoca una ética centrada en el paciente (8).

La práctica colaborativa integra una fuerza de trabajo de la salud lista para la práctica y dispuesta a enfrentar problemas complejos. Estos trabajadores saben cómo colaborar y tienen las destrezas para poner su conocimiento interprofesional en acción con respeto por los valores y creencias de sus colegas. Estos profesionales pueden interactuar, negociar, y trabajar en conjunto.

Tener una relación personal con los miembros del equipo ayudó a generar confianza entre nosotros, y los colegas que confían entre sí buscarán más la colaboración.

-Trabajador Rural de la Salud

La educación interprofesional y práctica colaborativa no son soluciones absolutas, sin embargo, cuando son bien aplicadas, equipan a los trabajadores de la salud con destrezas y conocimientos para enfrentar retos más complejos.

Los sistemas de salud:

Todos los sistemas de salud comparten seis características:

- 01:** fuerza de trabajo,
- 02:** provisión de servicios,
- 03:** productos médicos, vacunas, tecnologías, etcétera,
- 04:** financiamiento,
- 05:** sistemas de información,
- 06:** liderazgo y gobernanza (32).

Y las estrategias de práctica colaborativa deben ser consideradas a partir de las necesidades y retos locales (22, 34, 35, 36, 37).

Reflexión crítica sobre la práctica colaborativa:

Varias clínicas de cuidado primario en Dinamarca mantienen registros sobre los servicios que cada uno de sus trabajadores de la salud proveen para facilitar la reflexión, la discusión abierta, y el mejoramiento entre su personal, con respecto de cómo trabajar de una forma colaborativa. Este proceso facilita compartir las mejores prácticas y promueve el espíritu de equipo (53).

Satisfacción y bienestar de la fuerza laboral de la salud:

Los trabajadores de la salud en equipos de cuidado primario en Australia e Inglaterra han reportado altos niveles de bienestar. Ellos comparten problemas y se apoyan entre sí, y la cooperación resultante aleja a los individuos de las interacciones negativas (54-56).

Equipos de salud en Brasil

En Brasil, la reforma de la constitución nacional de los 80's vio el establecimiento del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud. Esto condujo a la creación de Equipos de Salud Familiar comprendidos por un doctor, dos enfermeras, y diversos trabajadores de salud comunitaria. Estos equipos son responsables de monitorear un número específico de familias (57). Veinte años después del establecimiento del Sistema de Salud Unificado y 15 años luego de la implementación del programa Equipo de Salud Familiar, más de 88 millones de brasileños son cuidados por 28,000 Equipos de Salud Familiar y 16,000 Equipos de Salud Oral Familiar (57). En 2006, el National Primary Health-Care Policy reafirmó el compromiso del gobierno Brasileño hacia la expansión y consolidación de esta Red de Cuidado de la Salud sobre la base de Equipos de Salud Familiar enlazados con la población (58).

Educación interprofesional:

Al cambiar la forma en que los trabajadores piensan e interactúan, la cultura del ambiente laboral y las actitudes de la fuerza laboral van cambiando, mejorando la experiencia laboral del personal y beneficiando a la comunidad en general.

La educación interprofesional y práctica colaborativa son consideradas estrategias viables que pueden mitigar la escasez actual de la fuerza de trabajo de la salud. Para impulsar la educación interprofesional y práctica colaborativa, en este marco de trabajo se enuncian algunos mecanismos que los creadores de políticas y líderes de la sociedad pueden aplicar para desarrollar paradigmas para la educación y la práctica.

Esto me hizo más consciente de lo importante que es el proceso de cambio de paradigma. Los equipos pueden beneficiar a los pacientes, y esto me hace consciente de cómo quiero llevar a cabo mi práctica en el futuro.

- Estudiante de Farmacéutica

Entrenamiento de personal para la educación interprofesional

Un curso interprofesional para el East Carolina University's Rural Health Training Program en los Estados Unidos de América consistió de cuatro sesiones de tres horas durante cuatro meses. Los educadores participantes aprendieron cómo incrementar el confort de los estudiantes con el currículo interprofesional. El contenido incluyó encuentros regulares para discutir casos compartidos y retroalimentación (59).

El desarrollo de currículo para la educación interprofesional es un proceso complejo e involucra personal de diferentes contextos, establecimientos, e instituciones, y para desarrollarlo se requiere entre otros de:

* políticas institucionales de apoyo y compromiso administrativo (38)

- * mucha comunicación entre los participantes,
- * entusiasmo por el paradigma,
- * una visión y entendimiento compartidos sobre los beneficios de mejorar el currículo educativo,
- * una gran coordinación para identificar barreras para el progreso del currículo (39).

La preparación adecuada de instructores para el desarrollo, provisión, y evaluación de la educación interprofesional es fundamental (10, 14, 40, 41). Sin embargo, para la mayoría de los educadores, enseñar a los estudiantes a cómo aprender sobre, a partir de, y entre sí, es una experiencia nueva y retadora. Para que la educación interprofesional sea exitosamente integrada en el currículo, los académicos deben ser capacitados. Esto asegurará su involucramiento continuo y su disposición para seguir desarrollando el currículo con base en la retroalimentación de los estudiantes. La evidencia ha mostrado que la asistencia obligatoria es más efectiva cuando:

- * se usan los principios de aprendizaje más modernos (e.g. aprendizaje basado en la solución de problemas),
- * se reflejan las experiencias de los estudiantes en la práctica real (39),
- * se enfatiza la interacción entre los estudiantes.

Una educación interprofesional efectiva se apoya sobre un currículo que enlaza las actividades de aprendizaje con los resultados esperados y la evaluación de lo que ha sido aprendido (42).

La educación interprofesional ofrece a los estudiantes experiencias reales

En 1996 la Linkoping University en Suecia implementó una iniciativa de educación interprofesional para todos los estudiantes de las ciencias de la salud, y hasta 12 semanas del currículo educativo son dedicadas a este entrenamiento (60, 61).

Un programa de entrenamiento similar ha sido ofrecido en el Karolinska Institute a partir de 1998, que incluye un curso interprofesional obligatorio de dos semanas para estudiantes de medicina, fisioterapia y enfermería. De cinco a siete estudiantes trabajan en equipos para planear y organizar el cuidado de pacientes mientras sus supervisores actúan como entrenadores. Al final de cada cambio los equipos de estudiantes reflejan sus experiencias de aprendizaje con sus supervisores (62).

Desarrollo y provisión de currículo interprofesional

En la universidad Mahrajgunj de Nepal, el currículo sobre el cuidado de los recién nacidos fue actualizado en un taller que incluyó personal de enfermería y medicina. Los participantes trabajaron juntos para identificar componentes esenciales para integrar un nuevo currículo educativo, y encontraron que el personal de enfermería tenía mayor experiencia en el cuidado esencial de los recién nacidos en comparación con el personal médico (63).

En el Christian Medical Collage en Vellore, India, los estudiantes de enfermería son preparados para formar equipos de trabajo interprofesionales (64).

El New Generation Project en la University of Southampton apoya fuertemente el aprendizaje común en la práctica del cuidado de la salud. Este proyecto comprende un equipo de educadores e investigadores quienes han creado y desarrollado un paradigma que acerca a las profesiones de la salud a través del entendimiento común, el respeto mutuo, y la comunicación (65).

Educación interprofesional obligatoria

En Suecia, los Centres for Clinical Education llevaron a cabo evaluaciones de un curso interprofesional de dos semanas para estudiantes de medicina, enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, y reportaron que el carácter obligatorio del curso había generado mayor contacto entre el personal y los estudiantes – quienes además expresaron mayor interés en continuar con esos cursos (66).

Los participantes de estas iniciativas han demostrado mejoras:

- (a) siendo capaz de ser tanto líder, como miembro de equipo,
- (b) identificando y superando las barreras ante el trabajo en equipo,
- (c) entendiendo lo propios roles, responsabilidades y experiencia, así como aquellos de los otros trabajadores de la salud,
- (d) compartiendo las opiniones propias y de los colegas sobre las competencias,
- (e) escuchando a los miembros del equipo,
- (f) reflexionando críticamente sobre la propia relación con el equipo,
- (g) transfiriendo el aprendizaje interprofesional al establecimiento de cuidado,
- (h) trabajando colaborativamente para el mejor interés del paciente,
- (i) integrándose con pacientes, familias, y comunidades como socios en la provisión de cuidado,
- (j) entendiendo la visión estereotipada de otros trabajadores de la salud,
- (k) reconociendo que cada punto de vista de cada trabajador es igualmente válido e importante.

Nosotros damos la bienvenida a los hermanos y hermanas que están trabajando juntos para mejorar la salud de nuestra gente. Iremos contigo, te guiaremos, y te apoyaremos, te presentaremos a la comunidad, y tu encontrarás que cada una de nuestras comunidades comparte un sentido – nosotros te damos la bienvenida en esta ruta hacia la colaboración interprofesional.

-Líder de Comunidad Aborigen

Tabla 01: Acciones para impulsar la educación interprofesional para mejorar los resultados de la salud.

Acción	Participantes	Nivel de Integración	Resultados potenciales
1. Estar de acuerdo con una visión y propósito hacia la educación interprofesional	* Tomadores de decisiones * Creadores de políticas * Directores y administradores	Contextualizar * Visión: “Se fomentará que los estudiantes estén en clase y	* Toda la educación de los trabajadores de la salud está dirigida por una visión y propósito

	<ul style="list-style-type: none"> * Líderes educativos * Académicos * Trabajadores de la salud 	prácticas, y la educación interprofesional será fomentada en los principios de la práctica colaborativa.	interprofesional.
2. Desarrollar currículo de educación interprofesional de acuerdo a principios éticos	<ul style="list-style-type: none"> * Desarrolladores de currículo * Académicos * Líderes de educación * Investigadores 	<ul style="list-style-type: none"> Contextualizar * Enlazarse con investigadores locales para entender cómo las mejores prácticas en la educación interprofesional pueden ser aplicadas a sus contextos locales * Desarrollar currículo con base en recursos existentes 	<ul style="list-style-type: none"> * Un marco de trabajo de educación interprofesional que es específico a la región local y toma en consideración la cultura, geografía, historia, retos, locales * Compromiso de diversos componentes comunitarios, tales como trabajadores de la salud, investigadores e instalaciones.
3. Proveer apoyo organizacional, tiempo y recursos financieros para: <ul style="list-style-type: none"> * el desarrollo y provisión de una educación interprofesional * Entrenamiento de personal en educación interprofesional 	<ul style="list-style-type: none"> * Directores y administradores de salud * Líderes de educación 	<ul style="list-style-type: none"> Compromiso * Reservar un tiempo regular para llevar a cabo las actividades interprofesionales * Proveer incentivos al personal para participar en educación interprofesional 	<ul style="list-style-type: none"> * Una fuerza de trabajo de salud lista para la práctica colaborativa * Mayor satisfacción para los trabajadores de la salud
4. Introducir la educación interprofesional en todos los programas de licenciatura y posgrado	<ul style="list-style-type: none"> * Líderes del gobierno * Creadores de políticas * Líderes de educación * Académicos * Desarrolladores de currículo * Directores y administradores 	<ul style="list-style-type: none"> Compromiso: * Desarrollar nuevos currículos * Manejar la resistencia a la re-educación de los trabajadores de la salud más veteranos 	<ul style="list-style-type: none"> * Una fuerza de la salud lista para la práctica colaborativa * La educación interprofesional y la práctica colaborativa integradas en los sistemas de salud
5. Asegurar que el personal responsable de desarrollar, proveer y evaluar la educación interprofesional sea competente en estas tareas	<ul style="list-style-type: none"> * Académicos * Líderes de educación 	<ul style="list-style-type: none"> Compromiso: * Proveer a los educadores y al personal con oportunidades para discutir retos y éxitos compartidos * Proveer recursos para educadores y personal * Enfocarse sobre el mejoramiento continuo usando las herramientas de evaluación apropiadas 	<ul style="list-style-type: none"> * Educación fortalecida con un enfoque hacia la educación interprofesional y práctica colaborativa
6. Asegurar el compromiso de los líderes de la educación con la educación interprofesional	<ul style="list-style-type: none"> * Líderes de educación * Directores y administradores 	<ul style="list-style-type: none"> * Permitir a los educadores, supervisores clínicos y personal adjunto compartir experiencias interprofesionales con sus supervisores y líderes 	<ul style="list-style-type: none"> * Actitudes mejoradas con respecto de otras profesiones de la salud * Comunicación mejorada entre trabajadores de la salud

Práctica colaborativa:

La práctica colaborativa funciona mejor cuando está organizada alrededor de las necesidades específicas de la población y cuenta con apoyo institucional (43). El personal que participa en la práctica colaborativa necesita modelos claros de gobernanza, protocolos estructurados y procedimientos operativos compartidos.

Estrategias de comunicación efectivas

En un hospital psiquiátrico de Tamilnadu, India, un equipo de salud mental trabaja interprofesionalmente para proveer cuidado. En este establecimiento, rondas clínicas son llevadas a cabo en conjunto, permitiendo a todas las profesiones estar integradas en el proceso de toma de decisiones. Los individuos de estos equipos han enfatizado que el éxito se debe a su entendimiento de las responsabilidades, a la confianza entre los colegas, a la comunicación abierta y honesta, y a la inclusión de la familia y la comunidad en el cuidado del paciente (68).

Visiones de estudiantes sobre la educación interprofesional

En la University of Queensland en Australia, los estudiantes reportaron haber adquirido un mayor entendimiento sobre la necesidad de comunicación efectiva luego de asistir a un taller interprofesional sobre niños con desordenes de coordinación en el desarrollo (69).

Algunas estructuras de la toma de decisiones compartida

En una clínica de salud comunitaria en India, el cuidado es administrado por un equipo de trabajadores de la salud. Cada practicante tiene una carga de casos de cerca de 3,000 pacientes, y los médicos proveen apoyo durante las horas clínicas (64)

Las políticas de personal necesitan reconocer y apoyar la práctica colaborativa ofreciendo remuneraciones adecuadas. La práctica colaborativa es efectiva cuando hay oportunidades para la toma de decisiones compartida y para tener encuentros de equipo rutinarios; ya que esto permite a los trabajadores de la salud decidir sobre los planes de manejo de pacientes, balancear sus tareas individuales y compartidas, y negociar los recursos compartidos. Los sistemas y procesos de información estructurados, las estrategias de comunicación efectivas, las políticas de resolución de conflictos, y los diálogos regulares entre los equipos y miembros de la comunidad colaborativa, todos tienen un impacto fundamental en el establecimiento de una buena cultura de trabajo.

El diseño adecuado del espacio y de los ambientes puede aumentar significativamente la práctica colaborativa. Es necesario considerar las recomendaciones de los miembros de los equipos de cuidado, pero también de los pacientes y de la comunidad. El espacio físico no debe reflejar una jerarquía de posiciones, y debe facilitar las comunicaciones y eliminar barreras para la colaboración efectiva (44).

El curso fue muy útil para considerar mejor los roles y perspectivas de otras profesiones de la salud, desarrollando relaciones laborales eficientes.

- Estudiante de fisioterapia.

Tabla 02: Acciones para impulsar la práctica colaborativa para el mejoramiento de resultados de salud.

Acción	Participantes	Nivel de Integración	Resultados Potenciales
Estructurar procesos que promuevan la toma de decisiones compartida, la continua comunicación, y la integración de la comunidad	* Administradores de personal de la salud * Trabajadores de la salud	* Discutir y compartir ideas para los procesos de comunicación * Desarrollar un sentido de comunidad a través de la interacción y apoyo del personal	* Un modelo de práctica colaborativa que reconozca los principios de la toma de decisiones compartida y la mejor práctica con todas las profesiones
Diseñar un ambiente que promueva, apoye y extienda la práctica colaborativa interprofesional	* Creadores de políticas * Administradores de instalaciones de salud * Trabajadores de la salud * Planeadores de capital * Planeadores de espacios	* Ubicar los equipos para facilitar el flujo de comunicación	* Canales de comunicación mejorados * Aumento de satisfacción entre los trabajadores de la salud
Desarrollar políticas de personal que reconozcan y apoyen la práctica colaborativa y ofrezcan remuneración justa	* Gobierno * Administradores de instalaciones para la salud * Creadores de políticas * Cuerpos reguladores	* Revisar las políticas de personal y considerar planes innovadores sobre incentivos y remuneraciones	* Mejoramiento del ambiente laboral para los trabajadores
Desarrollar un modelo de provisión que tenga el tiempo y espacio adecuados para desarrollar la colaboración interprofesional	* Administradores de instalaciones de salud * Creadores de políticas * Trabajadores de la salud	* Fomentar que el personal se reúna para discutir casos, retos, y éxitos * Proveer oportunidades para que el personal se involucre en el desarrollo de procesos de planeación estratégica	* Acción mejorada entre la administración y el personal * Mayor cohesión y comunicación entre los trabajadores de la salud
Desarrollar modelos de gobernanza para establecer trabajo de equipo y responsabilidad compartida en la provisión de cuidado como práctica normativa	* Administradores de instalaciones para la salud * Creadores de políticas * Líderes del gobierno	* Revisar y actualizar los modelos de gobernanza existentes * Desarrollar un plan estratégico para desarrollar modelos de educación interprofesional y práctica colaborativa	* Un compromiso para integrar la práctica interprofesional en el ambiente laboral * Un modelo de gobernanza actualizado, descriptores de empleo, visión, misión, y propósito

Objetivos de visión y programas:

En Nepal, una estrategia nacional llamada Saving Newborn Lives fue implementada para enfrentar las altas tasas de mortalidad de recién nacidos. Reuniendo al personal de enfermería y medicina, esta meta común se convirtió en el catalizador para el desarrollo de un currículo integrado que fortaleció las relaciones entre ambas profesiones (56).

Práctica colaborativa y ambiente adaptado:

El establecimiento físico para la práctica colaborativa es muy importante para alcanzar calidad en el cuidado provisto por los equipos interprofesionales. Por ejemplo, para trabajadores de la salud que proveen servicios relativos a salud mental o enfermedades crónicas, un lugar de trabajo en calma es esencial (47).

Legislación para apoyar la práctica colaborativa

En 2008, el Gobierno de la Columbia Británica de Canadá aprobó una legislación que promueve e incrementa la práctica colaborativa interprofesional (45).

Mecanismos gubernamentales que dan forma a la educación interprofesional en Noruega

En 1972, el gobierno noruego enunció que para preparar una fuerza laboral para trabajar interprofesionalmente y de forma colaborativa, los estudiantes de las ciencias de la salud deben ser educados juntos. En 1995 se recomendó que todos los programas de enfermería, trabajo social y salud comunitaria incluyeran un currículo nuclear común que contemplara teorías científicas, ética, comunicación y colaboración. Todas las universidades adoptaron el núcleo común y el gobierno fomentó los estudios compartidos (70).

Sistemas de salud y educación: mejorando los resultados:

Los sistemas de salud y educación deben coordinar esfuerzos para asegurar que su fuerza laboral se integre con personal calificado, y se coloque en el lugar correcto y en el momento preciso. Por esto, en el desarrollo de la práctica colaborativa, los trabajadores y educadores de la salud deben planear cómo hacer la transición de la educación hacia los ambientes laborales.

La legislación es un mecanismo clave a través del cual los sistemas de salud y educación son organizados, monitoreados y administrados, y debido a que los cambios legislativos pueden influir sobre cómo los trabajadores de la salud son educados, regulados y remunerados, la legislación tiene un fuerte impacto sobre el desarrollo, implementación y sustentabilidad de la educación interprofesional y la práctica colaborativa. Por lo tanto, la regulación es una parte importante de la agenda legislativa, ya que mientras la fuerza laboral se va diversificando, los creadores de políticas deben identificar el rol de la regulación para reconocer y apoyar los nuevos y emergentes perfiles profesionales.

La forma en la cual los servicios de salud y educación son financiados influye en el éxito de la educación interprofesional y práctica colaborativa, y paralelamente, cómo los trabajadores de la salud son remunerados afecta la forma en que estos colaboran y demuestran trabajo de equipo en la práctica.

Fue un sentimiento esperanzador tener el apoyo, camaradería y cooperación de otros estudiantes y tutores en la comunidad, y esto nos dio la oportunidad de experimentar roles tanto de aprendizaje como de enseñanza - en lo particular, me ayudó a ser consciente de algunas de las creencias falsas entre las profesiones y las limitaciones de nuestra propia profesión.

- Estudiante de medicina

Los mecanismos de gobernanza que establecen los estándares sobre la seguridad de pacientes también deben ser considerados en el diseño de la educación interprofesional y práctica colaborativa. Si la regulación es demasiado rígida, los diversos procesos pueden fragmentarse. Por otra parte, si la regulación es razonablemente flexible, hay más oportunidad de integrar la educación interprofesional en la práctica.

Compromiso político sostenido:

En Japón, el Gobierno Municipal de Kobe se comprometió con un modelo de práctica colaborativa para ayudar a reducir las tasas de mortalidad infantil. Este programa, llamado The Supporting Room, provee cuidado ocupando personal de diferentes profesiones (71).

Políticas de educación y salud integradas como mecanismos de apoyo

Un cambio explícito en la política de salud en Inglaterra requirió que todas las universidades que preparan profesionales de la salud desarrollaran e integraran la educación interprofesional en los salones de clase y en la práctica (6). En Canadá, uno de los resultados de la Comisión Romanov (72) en la cual se revisó y se propuso un modelo futuro para el sistema de salud canadiense, fue la recomendación de que la educación interprofesional fuera impulsada con la intención explícita de promover el trabajo basado en el equipo (73-74).

En Tailandia, la Khon Kaen University está respondiendo a la escasez mundial de trabajadores de la salud coordinando encuentros entre hospitales comunitarios, organizaciones administrativas y personal diverso para desarrollar programas que apoyen a los practicantes y educadores de la salud (75).

Educación interprofesional y seguridad de pacientes

En los Estados Unidos de América, el Institute of Medicine emitió un reporte en 2003 titulado, *Health Professions Education: A Bridge to Quality* (76), en el cual se enfatizó la necesidad de adoptar y desarrollar la educación interprofesional y práctica colaborativa. Este documento fue consecuente a la publicación de dos reportes anteriores sobre seguridad de pacientes, *To Err is Human* (77) y *Crossing the Quality Chasm* (78), en 1999 y 2001 respectivamente.

En todos los países existen estructuras regulatorias que pueden funcionar como barreras o facilitadores para la educación interprofesional y práctica colaborativa (42). Por ejemplo, un gobierno incluyó en su legislación de salud una cláusula que requiere que los cuerpos regulatorios integren la educación interprofesional como parte de sus alcances (45), mientras otro gobierno incluyó un requerimiento en el se indica que los miembros de la comunidad deben ser parte del panel de selección para la admisión del estudiante en la educación interprofesional (46-48). En respuesta a los asuntos sobre seguridad enunciados en *To Err is Human*, en 2003 el Institute of Medicine emitió el reporte *Health Professions Education: a Bridge to Quality*, en el que se enfatiza la necesidad de una educación interprofesional y práctica colaborativa.

Tabla 3. Acciones para apoyar la educación interprofesional y la práctica colaborativa al nivel sistema:

Acción	Socios	Nivel de Compromiso	Resultados Potenciales
Generar capacidad de fuerza de trabajo a nivel local y nacional	<ul style="list-style-type: none"> * Líderes del gobierno, * Administradores de instalaciones para la salud * Líderes de educación * Creadores de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> *integrarse en discusiones con socios y líderes del cuidado * Desarrollar estrategias de planeación a corto y largo plazo para el reclutamiento y retención 	<ul style="list-style-type: none"> * Planeación de una fuerza de trabajo interprofesional a corto, mediano, y largo plazo * Dirección clara y definida de los recursos humanos de la salud
Crear estándares de acreditación para los programas de educación basados en la educación interprofesional	<ul style="list-style-type: none"> * Líderes de educación * Cuerpos reguladores * Legisladores * Líderes del gobierno * Investigadores 	<ul style="list-style-type: none"> * Revisar estándares actuales de acreditación y asegurar que los estándares futuros incluyan educación interprofesional y práctica colaborativa * Asegurar que los estándares de acreditación de todas las profesiones incluyan un lenguaje común sobre la educación interprofesional y práctica colaborativa 	Estándares de acreditación actualizados para todas las profesiones con un tema compartido sobre educación interprofesional y práctica colaborativa
Crear marcos de trabajo de políticas y regulación que apoyen a los educadores y trabajadores de la salud a promover y practicar de forma colaborativa, incluyendo nuevos roles y modelos de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> * Líderes del gobierno * Asociaciones profesionales * Autoridades regulatorias * Líderes de educación * Legisladores 	<ul style="list-style-type: none"> * Fomentar que los legisladores desarrollen modelos legislativos apropiados para apoyar la práctica colaborativa * Integrar socios y trabajadores de la salud en discusiones sobre los roles y las responsabilidades de las nuevas profesiones 	* Marcos de trabajo legislativos y regulatorios que apoyen la educación interprofesional y la práctica colaborativa
Crear marcos de trabajo y destinar financiamiento para los resultados interprofesionales como parte de un aprendizaje de por vida de la fuerza de trabajo de la salud	<ul style="list-style-type: none"> * Asociaciones profesionales * Cuerpos regulatorios * Líderes del gobierno * Agencias del gobierno * Líderes de educación * Legisladores 	<ul style="list-style-type: none"> * Desarrollar programas y cursos que se ajusten a la educación de licenciatura y posgrado 	* Aprendizaje de por vida de los trabajadores de la salud para actualizarlos en la práctica colaborativa durante toda su carrera
Crear un ambiente en el cual poder compartir las mejores prácticas sobre planeación de fuerza de trabajo, financiamiento y remuneración para la educación interprofesional y práctica colaborativa	<ul style="list-style-type: none"> * Líderes de gobierno * Investigadores * Líderes de educación * Administradores de instalaciones de salud 	<ul style="list-style-type: none"> * Encuentros que reúnan a los personajes clave para compartir éxitos y retos 	<ul style="list-style-type: none"> * Un modelo de financiamiento coherente para la colaboración interprofesional * Comunicación mejorada entre todos los niveles del sistema de salud * Desarrollo de una base de datos sobre las mejores prácticas

Conclusión

La Organización Mundial de la Salud reconoce que la colaboración interprofesional en la educación y práctica es una estrategia innovadora que puede tener importantes impactos para mitigar la crisis global de la salud. El propósito del Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa es orientar. En este marco de trabajo se

presentan algunos ejemplos de proyectos existentes alrededor del mundo para proveer a los lectores con ideas sobre cómo implementar e integrar estas estrategias en sus regiones.

La educación interprofesional y práctica colaborativa pueden ser conceptos difíciles de explicar, entender e implementar. Muchos trabajadores de la salud creen que trabajan de forma colaborativa simplemente por que laboran con otros trabajadores de la salud. En la realidad, ellos pudieran únicamente estar trabajando dentro de un grupo en el cual cada individuo ha acordado usar sus propias destrezas para lograr un objetivo común. La colaboración, sin embargo, no sólo se refiere a acuerdos y comunicación, sino también a creatividad y sinergia.

Nosotros sabemos que la colaboración interprofesional es clave para proveer el mejor cuidado. Esto significa que necesitamos asegurar que nuestros estudiantes de salud y servicios humanos obtengan el conocimiento y las destrezas necesarias a través de una educación interprofesional desde las etapas más tempranas de la escuela.

- Ministro Asistente para la Salud y la Educación

Este marco de trabajo está enfocado hacia la importancia de introducir la educación interprofesional y práctica colaborativa como estrategia para mejorar los resultados. No es suficiente que los trabajadores de la salud sean profesionales. Los trabajadores de la salud necesitan ser interprofesionales.

Rol de las organizaciones globales de la salud:

Las políticas de salud están cada vez más influidas por organizaciones internacionales. Por lo tanto, las Instituciones de salud globales, organizaciones no gubernamentales, y diversas agencias todas tienen roles importantes para desarrollar la educación interprofesional y práctica colaborativa al:

- * apoyar a los creadores de políticas de salud que promueven la introducción, integración, y mantenimiento de la educación interprofesional y práctica colaborativa.
- * Asegurar que los programas y proyectos educacionales sean desarrollados considerando la educación interprofesional y práctica colaborativa.
- * Proveer financiamiento que facilite los esfuerzos para establecer y desarrollar la educación interprofesional y práctica colaborativa a nivel local, nacional, y regional.
- * Apoyar la coordinación entre los sistemas de salud y educación.
- * Apoyar la educación interprofesional y práctica colaborativa al asegurar que ésta permanezca como una prioridad en la agenda de salud global.
- * Trabajar entre organizaciones para identificar las oportunidades donde la educación interprofesional y práctica colaborativa puedan fortalecer los programas existentes, así como los nuevos.
- * Adoptar un liderazgo global comprometido con la educación interprofesional y práctica colaborativa internacional.

La educación interprofesional y práctica colaborativa es acerca de: **1)** los trabajadores de la salud que proveen servicios y trabajan juntos para asegurar que los pacientes y la comunidad reciban el mejor tratamiento, **2)** los educadores que entienden la importancia de reunir estudiantes de diversas disciplinas para aprender sobre, a partir de, y entre sí, **3)** los líderes de la salud y creadores de políticas que luchan para asegurar que no se formen barreras para implementar la práctica colaborativa dentro de

las instituciones, 4) los individuos que requieren y usan los servicios de salud, confiando que los trabajadores de la salud están trabajando colaborativamente para proveerles el mejor servicio posible, etcétera.

Más que proveer un conjunto de instrucciones o recomendaciones, en este marco de trabajo se busca fomentar acuerdos para actuar.

Tabla 4. Resumen de mecanismos identificativos que dan forma a la educación interprofesional y práctica colaborativa:

Educación Interprofesional	Práctica Colaborativa	Sistemas de Salud y Educación
Mecanismos del educador * Personajes clave * Apoyo institucional * Compromiso administrativo * Objetivos compartidos * Entrenamiento de personal	Apoyos institucionales * Modelos de gobernanza * Políticas de personal * Procedimientos operativos compartidos * Protocolos estructurados * Prácticas administrativas de apoyo	Provisión de servicios de salud * Planeación de capital * Comisionamiento * Financiamiento * Modelos de remuneración
Mecanismos curriculares * Principios de aprendizaje * Evaluación * Asistencia obligatoria * Aprendizaje contextual * Resultados de aprendizaje * Logística y programación * Contenido de programa	Cultura laboral * Estrategias de comunicación * Políticas de resolución de conflictos * Procesos de toma de decisiones compartida * Ambiente construido * Instalaciones * Diseño de espacio	Seguridad de paciente * Acreditación * Registro profesional * Regulación * Manejo de riesgo

Otros ejemplos de acciones que los creadores de políticas pueden tomar para conceptualizar la importancia de la educación interprofesional y práctica colaborativa incluyen:

- * acordar sobre cómo la educación interprofesional y práctica colaborativa pueden beneficiarse de la comunidad local, y cómo los accionistas clave pueden trabajar juntos,
- * considerar cómo estructurar procesos en una forma en que se promueva la toma compartida de decisiones, la comunicación, y el involucramiento de la comunidad,
- * introducir capacidad laboral integrada a lo largo de los sistemas de salud y educación a nivel local, nacional, y regional.

Compromisos

El compromiso de los líderes de la práctica y la educación de la salud para trabajar juntos con el objeto de implementar formas innovativas de proveer educación interprofesional y práctica colaborativa es uno de los pasos más importantes.

Ejemplos de acciones que los creadores de políticas pudieran llevar a cabo para demostrar su compromiso con la educación interprofesional y práctica colaborativa en sus jurisdicciones incluyen:

- * introducir la educación interprofesional en todos sus programas relacionados con la educación y el entrenamiento,
- * actualizar las políticas de personal para reconocer y apoyar la práctica colaborativa y ofrecer modelos de remuneración justos,
- * armonizar la forma en la cual los programas de salud son fundamentados, financiados y comisionados para asegurar que no existan barreras para la práctica colaborativa.

Líderes estudiantiles como socios para el cambio:

Miles de estudiantes de ciencias de la salud a lo largo del Canadá se reunieron en 2005 para formar el National Health Sciences Students' Association como un movimiento para adquirir experiencia en la práctica interprofesional. Con una red de 22 universidades y diversas profesiones relacionadas con la salud, los líderes estudiantiles diseñan y proveen programas de servicio comunitario, social, y académico que promueven la práctica colaborativa. Ejemplos lo constituyen la Association's University of Toronto, la Dalhousie University, y la University of British Columbia (79).

Observando la alegría de los futuros líderes del cuidado de la salud aprendiendo unos de los otros, pienso en la renovación de nuestro sistema de cuidado para los próximos años.

- Enfermera en jefe

Maximizando la colaboración interprofesional

En la región de Muscat de Omán, varias clínicas han fomentado un fuerte apoyo para la práctica colaborativa (80)

Experiencia

La educación interprofesional y práctica colaborativa requieren de promotores que reconozcan que el sistema de salud no es ideal ni sostenible en su forma actual, y que la creación de una fuerza de trabajo colaborativa es una de las mejores formas de fortalecerlo y transformarlo. La meta es que la práctica colaborativa se haga parte integral de cada trabajador de la salud. La práctica colaborativa debe ser la norma, pero para alcanzar esta meta, se necesitan cambios en las actitudes, en los sistemas, en las creencias, etcétera.

Las políticas tienen un rol muy importante para la promoción del cambio.

Otros ejemplos de acciones que los creadores de políticas pueden tomar para impulsar la educación interprofesional y la práctica colaborativa incluyen:

- * fomentar que líderes en instituciones de educación, gobiernos y establecimientos de la práctica compartan su compromiso para mantener y desarrollar la educación interprofesional,
- * compartir las lecciones aprendidas sobre los modelos de planeación, financiamiento, y sostén de fuerza de trabajo para apoyar la educación interprofesional y práctica colaborativa;
- * fomentar la administración para apoyar el trabajo de equipo y la responsabilidad compartida por la provisión de cuidado.

La educación interprofesional y práctica colaborativa pueden tener un rol muy significativo para mitigar muchos de los retos enfrentados por los sistemas de salud en todo el mundo. Por esto, ahora es el momento para actuar e implementar estas estrategias que tienen el potencial de transformar la provisión de cuidado, de fortalecer los sistemas de salud y ultimadamente de mejorar los resultados de salud. El WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice desea que este marco de trabajo tenga el ímpetu necesario para que los creadores de políticas a lo largo de todo el mundo integren la educación interprofesional y práctica colaborativa en sus sistemas de salud. Al implementar estrategias que promuevan la colaboración interprofesional, los sistemas de salud empezarán a moverse desde un estado fragmentado hacia uno fortalecido y con resultados de salud mucho mejores.

Referencias:

1. World Health Organization. World health report 2006 – working together for health. Geneva, 2006.
- 2 Global Health Workforce Alliance. GHWA welcomes G8 commitment for action on chronic health worker shortages. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/workforcealliance/news/g82008/en/index.html>, accessed 12 August 2008).
- 3 Resolution WHA59.23. Rapid scaling up of health workforce production. In: Fifty-ninth World Health Assembly, Geneva, 22–27 May 2006. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHA59/2006/REC/1).
- 4 Matthews Z, Channon A, Van Lerberghe W. Will there be enough people to care? Notes on workforce implications of demographic change 2005–2050. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/hrh/resources/workforce_implications.pdf, accessed on 11 August 2008).
- 5 Strategic principles for workforce development in New Zealand. Wellington, Health Workforce Advisory Committee, 2005.
- 6 Working together, learning together: a framework for lifelong learning for the NHS. London, Department of Health, 2001 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009558, accessed 27 July 2008).
- 7 The primary health care package for South Africa – a set of norms and standards. Pretoria, South Africa, Department of Health, 2000 (<http://www.doh.gov.za/docs/policy/norms/fullnorms.html>, accessed on 31 July 2008).

- 8 Reeves S et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 1.
- 9 Barr H et al. *Evaluations of interprofessional education: a United Kingdom review for health and social care*. London, BERA/CAIPE, 2000.
- 10 Reeves S. Community-based interprofessional education for medical, nursing and dental students. *Health and Social Care in the Community*, 2001, 8:269–276.
- 11 Reeves S. A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2001, 8:533–542.
- 12 Cooper H et al. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35:228–237.
- 13 Barr H et al. *Effective interprofessional education: assumption, argument and evidence*. Oxford, Blackwell Publishing, 2005.
- 14 Hammick M et al. A best evidence systematic review of interprofessional education. *Medical Teacher*, 2007, 29:735–751.
- 15 Reeves S et al. *Knowledge transfer and exchange in interprofessional education: synthesizing the evidence to foster evidence based decision-making*. Vancouver, Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2008.
- 16 Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, Issue 1.
- 17 Simmonds S et al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 2001, 178:497–502.
- 18 Naylor CJ, Griffiths RD, Fernandez RS. Does a multidisciplinary total parenteral nutrition team improve outcomes? A systematic review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2004, 28:251–258.
- 19 McAlister FA et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. *Journal of the American College of Cardiology*, 2004, 44:810–819.
- 20 Holland R et al. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*, 2005, 91:899–906.
- 21 Malone D et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 2. (Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2)
- 22 Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29(2):211-217.
- 23 Lemieux-Charles L et al. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 2006, 63:263–300.
- 24 Hughes SL et al. A randomized trial of the cost-effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Services Research*, 1992, 26:801–817.

- 25 Jansson A, Isacson A, Lindholm LH. Organisation of health care teams and the population's contacts with primary care. *Scandinavian Journal of Health Care*, 1992,10:257–265.
- 26 Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2006 (http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesisreport_ae.pdf, accessed 30 July 2009).
- 27 Morey JC et al. Error reduction and performance improvements in the emergency department through formal teamwork training: Evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553–1581.
- 28 West MA et al. Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *Journal of Organisational Behaviour*, 2006, 27:983–1002.
- 29 Yeatts D, Seward R. Reducing turnover and improving health care in nursing homes: The potential effects of self-managed work teams. *The Gerontologist*, 2000, 40:358–363.
- 30 Jackson G et al. A new community mental health team based in primary care: a description of the service and its effect on service use in the first year. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162:375–384.
- 31 Sommers LS et al. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:1825–1833.
- 32 Loxley A. *Collaboration in health and welfare*. London, Jessica Kingsley Publishers, 1997.
- 33 Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 12 August 2008).
- 34 Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995 [Command Paper: CM 5207]. London, Department of Health, 2001 (<http://www.bristol-inquiry.org.uk/>, accessed 27 July 2008).
- 35 Borrill C, West M. *Team working and effectiveness in health care: findings from the Healthcare Team Effectiveness Project*. Birmingham, Aston Centre for Health Service Organization Research, 2002.
- 36 Ham C. *Clinically integrated systems: The next step in English health reform?* London, The Nuffield Trust, 2005 (http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/Clinically_Integrated_Systems.pdf, accessed 31 July 2008).
- 37 Fabbicotti I, Helderman J. Integrated care for elderly. *Health Policy Monitor*, October 2003 (<http://www.hpm.org/survey/nl/b1/3>, accessed 30 July 2008).
- 38 Stone M. Coming in from the interprofessional cold in Australia. *Australian Health Review*, 2007, 31:332–340.
- 39 Freeth D et al. *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford, Blackwell Publishing, 2005.
- 40 Davidson M et al. Interprofessional prequalification clinical education: a systematic review. *Australian Health Review*, 2008, 32:111–120.
- 41 Steinert Y. Learning together to teach together: interprofessional education and faculty development. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19(Suppl. 1): 60–75.

- 42 Gilbert JHV. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19(Suppl. 1):87–106.
- 43 D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19(Suppl. 1):8–20.
- 44 Newton C, Bainbridge L. Space design can enhance interprofessional health education and collaborative practice. (In preparation.)
- 45 Health Professions Act, R.S.B.C. 2008, c. 183, s. 16(2)(k). Victoria, Government of British Columbia, 2008.
- 46 Wenman H. Working towards full participation. London, General Social Care Council, 2005/Tomorrow's doctors. London, General Medical Council, 2003/ Statement of common purpose for subject benchmark statements for the health and social care professions. Gloucester UK, Quality Assurance Agency for Higher Education, 2006.
- 47 World health report 2000 – health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 48 World health report 2007 – a safer future: global public health security in the 21st century. Geneva, World Health Organization, 2007.
- 49 Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946. Signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948. *Official Records of the World Health Organization*, 1946, No. 2, p.100.
- 50 International standard classification of education. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1997 (http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced_1997.htm, accessed 13 August 2008).
- 51 Global Health Workforce Alliance. Scaling up, saving lives: Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf, accessed 9 August 2008).
- 52 Redwood-Campbell L. [unpublished data: personal communication], 8 August 2008.
- 53 Ledderer L et al. Collaborative practice in general practice in Denmark. Odense, University of Southern Denmark, 2008.
- 54 Borril C et al. Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*, 2000, 6:34–37.
- 55 Haward R et al. Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *British Journal of Cancer*, 2003, 89:15–22.
- 56 Taylor J, Blue I, Misan G. Approach to sustainable primary health care service delivery for rural and remote South Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 2001, 9:304–310.
- 57 Lobato L, Burlandy L. The context and process of health care reform in Brazil. In: Fleury S, Belmartino S, Baris E, eds. Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Ottawa, International Development Research Centre, 2000 (http://www.idrc.ca/fr/ev-35305-201-1-DO_TOPIC.html, accessed 11 August 2008).

- 58 Lehmann U, Saunders D. Community health workers: what do we know about them? The state of evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva, World Health Organization, 2007. http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf accessed 11 August 2008).
- 59 Clay MC et al. Applying adult education principles to the design of a preceptor development program. *Journal of Interprofessional Care*, 1999, 13:405–415.
- 60 Areskog NH. Multiprofessional education at the undergraduate level – the Linköping model, *Journal of Interprofessional Care*, 1994, 8:279–282.
- 61 Wahlström O, Sandén I, Hammar M. Multiprofessional education in the medical curriculum. *Medical Education* 1997, 31:425–429.
- 62 Ponzer, S et al. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and student’s perception on clinical education wards. *Medical Education*, 2004, 38:727–736.
- 63 Shrestha S. A case study of collaborative practice from Nepal. Kathmandu, Tribhuvan University, 2008.
- 64 Jacob B, Vijayakumar C, Jayakaran R. A collaborative practice case study describing the College of Nursing Community Health Programme in India. Vellore, Christian Medical College, 2008.
- 65 O’Halloran C, Hean S, Humphris D, Macleod-Clark J. Developing common learning: the New Generation Project undergraduate curriculum model. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:12–28.
- 66 Mogensen E et al. Centre for Clinical Education: developing the health care education of tomorrow. *Education for Health*, 2002, 15:19–26.
- 67 Ho K et al. Opportunities for global academic contribution to interprofessional education in e-health: case study of Universitas 21. *Journal of Interprofessional Care*. (In press.)
- 68 Chandy S, Jacob B. A collaborative practice case study from a mental health centre in India. Vellore, Christian Medical College, 2008.
- 69 Rodger S et al. Enhancing teamwork among allied health students: evaluation of an interprofessional workshop. *Journal of Allied Health*, 2005, 34:230–235.
- 70 Almås S, Barr H. Differential implementation and differential outcomes in undergraduate health and social care education. *Journal of Interprofessional Care*. (In press.)
- 71 Ishikawa Y. [unpublished data: personal communication], 9 July 2008.
- 72 Commission on the Future of Health Care in Canada: The Romanow Commission. Ottawa, Health Canada, 2002 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/romanow-eng.php>, accessed 27 July 2008).
- 73 Ontario Interprofessional Care Steering Committee. Interprofessional care: a blueprint for action in Ontario. Toronto, HealthForceOntario, 2007 (<http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20blueprint%20final.pdf>, accessed 11 August 2008).

74 Mable AL, Marriott J. Steady state – finding a sustainable balance point: international review of health workforce planning. Ottawa, Health Canada, 2001 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcssss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-steadystate-etastable/2002-steadystateetastable-eng.pdf, accessed 11 August 2008).

75 Khanitta N. A collaborative practice case study from Thailand. Khon Kaen, Khon Kaen University, 2008.

76 Institute of Medicine. Health professions education: a bridge to quality. Washington DC, National Academy Press, 2003.

77 Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC, National Academy Press, 1999.

78 Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC, National Academy Press, 2001.

79 Hoffman SJ et al. Student leadership in interprofessional education: benefits, challenges and implications for educators, researchers and policymakers. *Medical Education*, 2008, 42:654–661.

80 Tawilah J. [unpublished data: personal communication], 13 September 2008.

Anexo 1: Miembros del WHO Study Group on Interprofessional Education Collaborative Practice

Central Leadership Team

John HV Gilbert, University of British Columbia, Canada (Co-Chair)

Jean Yan, Human Resources for Health, World Health Organization (Co-Chair)

Steven J Hoffman, Human Resources for Health, World Health Organization (Project Manager)

Interprofessional Education Working Group

Peter G Baker, University of Queensland, Australia (Theme Leader),

Marilyn Hammick, Centre for the Advancement of Interprofessional Education, the United Kingdom,

Wendy Horne, Auckland University of Technology, New Zealand,

Lesley Hughes, University of Hull, the United Kingdom, Monica Moran, University of Queensland, Australia, Sylvia Rodger, University of Queensland, Australia

Madeline Schmitt, University of Rochester, the United States,

Jill Thistlethwaite, University of Sydney, Australia

Collaborative Practice Working Group

Yuichi Ishikawa, Kobe University, Japan (Theme Leader),

Susanne Lindqvist, University of East Anglia, the United Kingdom,

Sharon Mickan, Oxford Brookes University, the United Kingdom,

Ester Mogensen, Karolinska Institutet, Sweden,

Ratie Mpfu, University of the Western Cape, South Africa,
Louise Nasmith, University of British Columbia, Canada

System-level Supportive Structures Working Group

Debra Humphris, University of Southampton, the United Kingdom (Co-Theme Leader),
Jill Macleod Clark, University of Southampton, the United Kingdom (Co-Theme Leader),
Hugh Barr, Journal of Interprofessional Care, the United Kingdom,
Vernon Curran, Memorial University of Newfoundland, Canada,
Denise Holmes, Association of Academic Health Centers, the United States,
Lisa Hughes, Department of Health (England), the United Kingdom,
Sandra MacDonald-Rencz, Health Canada, Canada,
Bev Ann Murray, Health Canada, Canada

Anexo 2: Organizaciones Asociadas

Australasian Interprofessional Practice and Education Network (AIPPEN)

AIPPEN es una red de individuos, grupos, instituciones y organizaciones dedicadas a la investigación, provisión, promoción y apoyo de la educación interprofesional y práctica colaborativa. El objetivo principal de esta red es promover mejores resultados de cuidado de salud e incrementar la práctica interprofesional a través del aprendizaje interprofesional en Australia y Nueva Zelanda mediante el desarrollo de una red para promover comunicación y colaboración entre los miembros.

AIPPEN busca:

- * promover el desarrollo de una red que pueda enlazar la educación profesional con los sectores de cuidado, universidades, gobierno, practicantes y pacientes;
- * organizar una serie de seminarios y conferencias para compartir información y experiencias;
- * influir en la política y práctica de la fuerza laboral en Australia y Nueva Zelanda;
- * fomentar la investigación, evaluación y colaboración entre diferentes equipos que puedan demostrar ventajas económicas del aprendizaje interprofesional;
- * diseminar la información sobre aprendizaje interprofesional.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)

La CIHC es una sociedad colaborativa canadiense que impulsa la base de la evidencia sobre la Interprofessional Education for Collaborative Patient Centered Practice (IECPCP) para mejorar los servicios y educación de salud de los canadienses.

La CIHC busca:

- * facilitar la producción de conocimiento sobre educación interprofesional y práctica colaborativa;
- * apoyar sociedades estratégicas e innovativas que integren la colaboración interprofesional en la educación, investigación y práctica;
- * promover un acercamiento coordinado para el desarrollo y reforma de currículo;
- * articular, impulsar, y apoyar una agenda de investigación y evolución para la educación interprofesional y práctica colaborativa;
- * desarrollar el Canadian Interprofessional Health Collaborative.

European Interprofessional Education Network (EIPEN)

El EIPEN busca establecer una red sustentable e inclusiva de gente y organizaciones en países socios para compartir y desarrollar enseñanza y aprendizaje interprofesional efectivo para mejorar la práctica colaborativa. EIPEN tiene dos objetivos entrelazados:

- * Desarrollar una red transnacional de universidades y empleadores en los países participantes;
- * promover las prácticas en el aprendizaje y enseñanza interprofesional en el cuidado de la salud.

Los más grandes socios provienen de Bélgica, Finlandia, Grecia, Hungría, Irlanda, Polonia, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido.

Journal of Interprofessional Care

El Journal of Interprofessional Care es un vehículo para la diseminación global de experiencia, política, evidencia de la investigación y perspectivas teóricas y de valor. El journal informa sobre la colaboración en educación, práctica e investigación entre medicina, enfermería, veterinaria, salud pública, trabajo social y profesiones asociadas para mejorar el estatus de salud y calidad de cuidado.

El alcance del journal sigue expandiéndose en respuesta de llamados para una colaboración más estrecha para atender a los niños, adultos mayores, gente con necesidades especiales, etcétera.

National Health Sciences Students' Association in Canada (NaHSSA)

Formado en Enero de 2005, el National Health Sciences Students' Association (NaHSSA) es la primera asociación de estudiantes interprofesionales en el mundo. Como una red que entrelaza gente de diversas universidades, el NaHSSA busca identificar las necesidades no satisfechas involucrando a los estudiantes de la salud en Canadá en la educación interprofesional mientras se promueven las actitudes, destrezas, y comportamientos necesarios para proveer cuidado centrado en el paciente de forma colaborativa. El NaHSSA tiene gran potencial de positivamente influir el desarrollo de la siguiente generación de proveedores de la salud en Canadá. El NaHSSA busca:

- * promover la educación interprofesional para la práctica colaborativa centrada en el paciente;
- * facilitar y potenciar oportunidades para la interacción interprofesional;
- * apoyar a los mejores estudiantes para liderar los esfuerzos interprofesionales ahora y en el futuro.

The Network: Towards Unity for Health

La red: TUFH es una asociación global de instituciones para la educación de profesionales de la salud comprometidos a contribuir, a través de la educación, investigación y servicio, con el mejoramiento y sustentabilidad de la salud en las comunidades que sirven.

Los miembros de la red TUFH buscan colaboración con sus sistemas de salud para mejorar la educación del personal y por lo tanto la salud de la comunidad. Los miembros de la TUFH también exploran acercamientos educacionales innovadores (e.g. educación basada en la comunidad, aprendizaje basado en la solución de problemas) para completar esta misión. La red TUFH enfatiza la investigación educacional para promover la eficacia en los servicios de salud.

Nordic Interprofessional Network (NIPNet)

La NIPNet es una red de aprendizaje para apoyar la colaboración interprofesional en la educación, la práctica y la investigación, y está principalmente enfocada hacia los educadores en Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia.

La NIPNet busca:

- * explorar teorías y bases de evidencia sobre colaboración interprofesional;
- * desarrollar acercamientos, métodos y evaluaciones sobre enseñanza y aprendizaje interprofesional;
- * estimular la colaboración entre los países Nórdicos y con los países internacionales sobre investigación y desarrollo de la educación interprofesional.

Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)

El CAIPE es una caridad independiente fundada en 1987. Es una institución con alrededor de 300 miembros quienes forman una red de apoyo mutuo. Incluye organizaciones e individuos a lo largo del Reino Unido, sectores voluntarios e independientes, y una creciente membresía internacional. Se ha expandido de sus raíces en el cuidado primario para incluir individuos y organizaciones en gobiernos, educación superior, asociaciones profesionales, Royal Colleges, cuerpos regulatorios y sectores voluntarios y privados. El CAIPE es un recurso nacional e internacional para la educación interprofesional en ambas universidades y sitios de trabajo a lo largo del cuidado de la salud.

El CAIPE promueve y desarrolla educación interprofesional como una forma de mejorar la colaboración entre practicantes y organizaciones. Apoya la integración del cuidado de la salud en comunidades locales. El CAIPE se enfoca hacia formas de hacer que las instituciones educativas y laborales dedicadas a la salud aprendan y trabajen en conjunto, promuevan su mutuo respeto, superen barreras para la colaboración y se integren en acciones en conjunto. El CAIPE promueve el aprendizaje interprofesional que activamente involucra usuarios de servicio y comunidades locales como socios esenciales. Cercanamente asociado con el trabajo que ha establecido la base de evidencia para la educación interprofesional, el CAIPE se dedica a asegurar la calidad de la educación interprofesional publicando los hallazgos relevantes sobre la mejor práctica.

Anexo 3: Metodología

El Programa sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa de la Organización Mundial de la Salud fue lanzado en Mayo de 2007 para ayudar a los Estados Miembros fortalecer sus sistemas de salud e identificar los retos relativos a la fuerza de trabajo de la salud. En colaboración con la International Association of Interprofessional Education and Collaborative Practice (InterEd), el WHO Health Professions Networks Team formó un Grupo de Estudio sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa consistente de 25 expertos sobre educación, práctica y política alrededor del mundo quienes fueron agrupados en tres áreas: 1) educación interprofesional; 2) práctica colaborativa; y 3) estructuras de apoyo a nivel sistema. El Grupo de Estudio de la OMS fue encomendado con las siguientes tareas:

- * revisar del reporte de 1988 del WHO Study Group on Multiprofesional Education of Health Personnel y evaluar los resultados positivos de este reporte y las áreas en las cuales poco o ningún progreso haya sido generado;
- * evaluar el actual estado de evidencia de investigación sobre educación interprofesional y práctica colaborativa, sintetizar esto dentro de un contexto internacional e identificar las brechas que aún deben ser resueltas;
- * conducir una revisión a nivel internacional sobre el medio ambiente para determinar el nivel de adquisición de educación interprofesional y práctica colaborativa, identificar ejemplos de éxitos, barreras, factores promotores y las mejores prácticas;
- * desarrollar un marco de trabajo conceptual que pueda identificar los asuntos clave que deberían ser considerados e identificados por la OMS y sus socios al formular un plan global de operación para la educación interprofesional y práctica colaborativa;
- * identificar, evaluar y sintetizar evidencia sobre los potenciales facilitadores, incentivos para la acción que pudieran ser recomendados como parte de una estrategia global para la educación interprofesional y la práctica colaborativa;
- * evaluar los esfuerzos y contribuciones del WHO Study Group.

Para enfrentar estos asuntos, el WHO Study Group ha preparado el Marco de Trabajo para la Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa, el cual está basado sobre evidencia de investigación y los principios del cuidado primario. Encuentros fueron llevados a cabo en Ginebra, Suiza, en Septiembre de 2007, y en Junio de 2008, y fueron complementados con tele-conferencias. Se establecieron sociedades con diversas organizaciones para incrementar la relevancia internacional del trabajo, e integrar a diversas instituciones incluyendo:

1. Australasian Interprofessional Practice and Education Network
2. Canadian Interprofessional Health Collaborative
3. European Interprofessional Education Network
4. Journal of Interprofessional Care
5. Canada's National Health Sciences students' Association
6. The Network: Towards Unity for Health
7. Nordic Interprofessional Network
8. Centre for the Advancement of Interprofessional Education

Además de la revisión de la literatura, el WHO Study Group se integró en otras diversas iniciativas de recolección de información.

Aunque este marco de trabajo identifica muchos de los asuntos relevantes relacionados con la educación interprofesional y la práctica colaborativa, no es exhaustivo. El Grupo de Estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa espera que este trabajo sea el principio de un gran cambio en los paradigmas de la salud.

Anexo 4: Anuncio público sobre la creación del Grupo de Estudio WHO sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa:

JEAN YAN, RN, PHD **1**, JOHN H. V. GILBERT, PHD **2**, &
STEVEN J. HOFFMAN, BHSC **3**

1 Co-Chair, WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice and Chief Scientist for Nursing & Midwifery, Department of Human Resources for Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland

2 Co-Chair, WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice; Principal and Professor Emeritus, College of Health Disciplines, University of British Columbia, Vancouver, Canada; Project Lead, Canadian Interprofessional Health Collaborative,

3 Project Manager, WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice, Department of Human Resources for Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland

La urgencia por acción para aumentar los recursos humanos para la salud internacionalmente fue recientemente subrayada por el World Health Report 2006: Working Together for Health el cual reveló una escasez mundial estimada de casi 4.3 millones de doctores, enfermeras, parteras y trabajadores de apoyo (1). En la 59va Asamblea Mundial de la Salud se reconoció esta crisis y se adoptó una resolución en 2006 haciendo un llamado para aumentar la fuerza de trabajo a través de varias estrategias incluyendo el uso de “acercamientos innovadores en la enseñanza” (2).

Como una estrategia innovadora para ayudar a enfrentar el reto de la escasez en la fuerza la fuerza laboral de la salud, estamos complacidos en anunciar el lanzamiento del World Health Organization (WHO) Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Trabajando en colaboración con el International Association for Interprofessional Education and Collaborative Practice (InterEd), esta iniciativa aporta al considerable progreso que ha sido alcanzado en esta área desde que la OMS primero identificó a la educación interprofesional como un importante componente del cuidado primario en 1978 (3) y emitió su reporte técnico en 1988 (4). No solamente el WHO Study Group conducirá a una muy necesaria revisión y evaluación del estado actual de la investigación en esta área, sino también identificará, evaluará y sintetizará la evidencia sobre facilitadores potenciales, iniciativas para la acción que pudieran ser adoptadas como parte de una estrategia global para la educación interprofesional y la práctica colaborativa. Este trabajo formará la base para esfuerzos de seguimiento y asegurará que actividades futuras estén enraizadas en la mejor evidencia posible.

El WHO Study Group consiste de 25 expertos sobre educación, práctica y política de cada región del mundo; miembros han formado tres equipos separados sobre educación interprofesional, práctica colaborativa, y estructuras de apoyo a nivel sistema que ahora son lideradas por el Prof. Peter G. Baker (University of Queensland, Australia), Prof. Yuichi Ishikawa (Kobe University, Japan) y el Prof. Dame Hill Macleod Clark (University of Southampton, UK) respectivamente. El WHO Study Group también ha establecido sociedades con diversas comunidades de expertos y entusiastas para integrar a la comunidad en esta histórica iniciativa maximizando el conocimiento y experiencia de forma global.

Es claro que ahora es un tiempo excitante de progreso para la educación interprofesional y a práctica colaborativa. Trabajar juntos para una mejor educación es más importante que nunca, y nosotros buscamos actualizarlo mientras el WHO Study Group y sus socios avanzan hacia un mayor entendimiento de este importante asunto.

Anexo 5: Recomendaciones clave a partir del reporte técnico del WHO Study Group on Multiprofesional Education for Health de 1988.

Las siguientes son recomendaciones propuestas por el WHO Study Group on Multiprofesional Education of Health Personnel en 1988.

8. Promoviendo el concepto de educación multiprofesional

Estas recomendaciones se refieren a la acción en diferentes niveles y sobre los varios cuerpos: institucionales (universidades y otras escuelas, otras instituciones de educación, organizaciones de profesionales de la salud, etc).

8.1 Nivel institucional

* Enlaces formales e informales deben ser establecidos entre las instituciones responsables por la educación de diferentes miembros del equipo de salud, y entre estos y los sectores no-salud que pudieran tener un impacto sobre la salud y que estén involucrados en actividades de desarrollo de las comunidades.

* Los roles y responsabilidades de cada miembros del equipo de salud deben ser re-definidos (servicio, entrenamiento, administración, relaciones de comunidad, etc.).

* La comunicación entre profesionales de la salud a todos los niveles deberá ser promovida y mejorada.

* El entrenamiento continuo debe ser provisto a todos los miembros del equipo de trabajo con una visión para fortalecer los equipos.

* Formas de reducir cualquier carga en el personal debe ser investigada, para generar mejor funcionamiento de equipo.

* Grupos deben ser formados en instituciones educacionales para revisar:
- sistemas para seleccionar estudiantes y personal;

- currículo, recursos de aprendizaje, laboratorios, etc.;
- sistemas para evaluar el desempeño de los estudiantes y los maestros;
- arreglos físicos, necesidades y uso de oficinas, instalaciones, transporte, etc.;
- integración de programas;
- roles y responsabilidades.

* Talleres sobre acercamientos sobre equipos deben ser organizados para todo el personal académico y administrativo en las instituciones educativas.

* Es importante reconocer la organización particular y las dificultades logísticas que surgen al establecer y mantener actividades educativas cooperativas entre diferentes facultades o departamentos.

* Integración de los servicios de desarrollo comunitario con el sector educativo deben ser fortalecidos.

* Un sistema de incentivos para fomentar los acercamientos hacia los equipos debe ser promovido.

* El involucramiento de la comunidad debe ser promovido.

* La investigación sobre el acercamiento a los equipos por las instituciones educacionales y servicios debe ser fortalecida.

* Comités multiprofesionales deberán ser establecidos para dar seguimiento a la aplicación de acercamientos de equipos.

* Un directorio internacional de programas de educación multiprofesional sería útil para promover la diseminación de información sobre la educación multiprofesional.

8.2 Nivel nacional o provincial:

* Es importante tener un compromiso fuerte con el concepto de equipo de la parte de los ministerios de educación.

* Los recursos de los ministerios preocupados deberán ser desarrollados y fortalecidos para permitir ponerlos en efecto.

* La estructura organizacional del sistema de salud deberá ser revisada con el objeto de hacer un mayor uso del acercamiento para el cuidado primario.

* Las necesidades de la fuerza laboral deberán ser determinadas y el rol de las instituciones educativas para las ciencias de la salud para enfrentar esas necesidades debe ser definido.

* El sistema para evaluación y supervisión de todas las categorías de trabajadores de la salud deberá ser revisada.

* Las descripciones de los trabajos para todos los miembros deberán ser distribuidas a todos los centros de salud, y esfuerzos hechos para desarrollar un esquema para modificar descripciones de roles como necesario.

* Sería útil publicar descripciones del rol de las ocupaciones representadas en los equipos de la salud. Las descripciones deberán indicar cómo las destrezas y conocimientos pertenecientes a cada disciplina pueden aumentar el funcionamiento de equipo. Deberán ser hechas ampliamente disponibles a través del sector salud y las instituciones de educación.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T28**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Fibromialgia: Síntomas, Función Física , y Comorbilidad en Adultos Medios y Mayores

Shillam CR, Dupree Jones K, Miller L.

Fibromyalgia Symptoms, Physical Function, and Comorbidity in Middle-Aged and Older Adults

Nurs Res. 201; 60(5): 309-17.

Fibromialgia: Síntomas, Función Física, y Comorbilidad en Adultos Medios y Mayores.

Nursing Research: September/October 2011 Vol 60, No 5.

Casey R. Shillam, PHD, RN-BC, Postdoctoral Fellow, Betty Irene Moore School of Nursing, University of California, Davies, Sacramento.

Kim Dupree Jones, PHD, RNC, FNP, Associate Professor, School of Nursing, Oregon Health and Science University, Portland.

Lois Millar, PhD, RN, FGSA, FAAN, Visiting Professor, Betty Irene Moore School of Nursing, University of California, Davies, Sacramento.

Antecedentes:

En diversos estudios se han reportado síntomas y niveles de función física en gente con fibromialgia; sin embargo, pocos de estos han sido enfocados hacia los adultos mayores.

Objetivos:

Las metas de este estudio fueron describir la frecuencia, severidad, y angustia generada por los síntomas de fibromialgia, y examinar las diferencias y nivel de función física entre grupos de adultos de edad media y edad avanzada.

Método:

Con los registros de una base de datos de una institución de cuidados terciarios, se enviaron por correo cuestionarios a una muestra aleatoria de 533 adultos de más de 50 años de edad diagnosticados con fibromialgia. Estos cuestionarios incluyeron 29 preguntas desarrolladas por investigadores para estimar la frecuencia (1-4), severidad (1-4), y angustia generada (0-4) de los síntomas de fibromialgia. Los participantes además completaron el instrumento *Late Life Function and Disability* (función y discapacidad en la última etapa de la vida), y el índice *Charlson Comorbidity Index* sobre comorbilidad.

Resultados:

53% de la muestra reportó por lo menos 20 síntomas en los 7 días anteriores. Los más frecuentes y severos fueron dolor, sueño no reparador, fatiga, entumecimiento, dificultad para permanecer dormido, y sudoración profusa. Los síntomas más angustiantes fueron miedo al empeoramiento de los síntomas, seguido por dificultad para permanecer dormido, fatiga, sueño no reparador, e inquietud en las piernas. Los participantes reportaron diversas limitaciones funcionales y algunas comorbilidades. El grupo de adultos de edad media reportó un mayor número total de síntomas que el grupo de adultos de edad avanzada.

Discusión:

Considerando que los adultos de edad media fueron más sintomáticos que los adultos de edad avanzada, se necesitan más estudios para entender la relación entre los síntomas de fibromialgia, la edad, y la función física.

Palabras clave: edad, comorbilidad, fibromialgia, función física, signos y síntomas.

La fibromialgia es un desorden debilitante multi-sintomático que incluye dolor que dura más de tres meses y que es particularmente severo en algunas áreas del cuerpo (Wolfe et al., 1990). La fibromialgia está afectando entre 6 y 10 millones de personas a nivel nacional, con un costo directo de más de \$20 billones (Robinson et al., 2003). Los estimados de prevalencia oscilan entre 4% y 7% de la población adulta en general, con una mayor prevalencia entre las mujeres, y que se va incrementando con la edad (Gowin, 2000; Wolfe, Ross, Anderson, Russell, & Herbert, 1995). La gente con fibromialgia reporta muchos síntomas así como una disminución de sus funciones físicas (Liedberg, Burckhardt, & Henriksson, 2006; Rutledge, Jones, & Jones, 2007; Sprott & Muller, 1998). La *National Fibromyalgia Association* (NFA) recientemente llevó a cabo un estudio con una amplia muestra a través de una encuesta en-línea a nivel nacional (Bennett, Jones, Turk, Russell, & Matallana, 2007), y en su muestra de 2,595 personas (47.3 ± 10.7 años de edad), los síntomas más frecuentemente reportados fueron dolor en la espalda baja (63%), dolores de cabeza recurrentes (47%), espasmos musculares (46%), y fatiga (40%). El 62% de la muestra reportó un bajo nivel de función física.

Un síntoma está definido como una experiencia subjetiva sobre un cambio en el funcionamiento biopsicosocial normal (Dodd et al., 2001; Lenz, Pugh, Milligan, Grift, & Suppe, 1997). Entre las dimensiones relativas comúnmente estudiadas de los síntomas se encuentran frecuencia, severidad, duración, angustia generada, lugar, e impacto afectivo. En la mayoría de los estudios sobre pacientes con dolor persistente, incluyendo los que sufren fibromialgia, se ha elegido la frecuencia o severidad de los síntomas para determinar el impacto sobre la calidad de vida (Bennett, 2002; Bookwala, Harralson, & Parmelee, 2003; Sprott & Muller, 1998; Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis, & Thaler, 2000; Given, Given, Azzouz, & Stommel, 2001). Se ha reportado que la angustia generada por los síntomas tiene además un impacto significativo sobre los mismos síntomas en gente que sufre fibromialgia (White, Nelson, Harth, Ostbye, & Speckley, 2002). Por ejemplo, en un reciente estudio se reportó que 83% de los diagnosticados con fibromialgia indicaron que la angustia había exacerbado sus síntomas en general (Bennett et al., 2007).

Los adultos de edad avanzada tienen mayor probabilidad de presentar condiciones comórbidas a medida que van envejeciendo (Yancik et al., 2007). La comorbilidad se define como la presencia concurrente de dos o más condiciones crónicas en un mismo individuo (Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury, & Roland, 200). Se ha reportado que diversas condiciones comórbidas están presentes en más del 35% de los pacientes con 65 años de edad, y que éstas se incrementan a los 70 y 80 años (Valderas et al., 2009). Estas múltiples y concurrentes condiciones frecuentemente tienen un efecto sinérgico (Yancik et al., 2007). Entre las comorbilidades encontradas en poblaciones con fibromialgia se encuentran osteoartritis, enfermedad tiroidea, diabetes mellitus, obesidad, y artritis reumatoide (Bazzichi et al., 2007; Bernatsky, Dobki, De Civita, & Penrod, 2005; Shaver, Wilbur, Robinson, Wang, & Buntin, 2006; Wolfe et al., 1995). El bajo nivel en la función física de los adultos mayores con fibromialgia implica aún mayores efectos limitantes y se correlaciona con un mayor riesgo de discapacidad e incremento en la carga financiera, y por consiguiente, pérdida de independencia (Boyd et al., 2007; Guralnick, Fried, & Salive, 1996). Es decir, en poblaciones de adultos mayores, el dolor persistente está fuertemente asociado con una función física disminuida (Bookwala et al., 2003), pérdida de movilidad (Jakobson, Klevsgard, Westergren, & Hallberg, 2003), y mayores niveles de discapacidad (Al Snih, Raji, Peek, & Ottenbacher, 2005).

Las complicaciones en la vejez de la población con fibromialgia han recibido poca atención en la literatura (Burckhardt, Clark, & Bennett, 2001; Valkeinen, Hakkinen, Hannonen, Hakkinen, & Alen, 2006), y al respecto se han reportado diversos resultados. Por ejemplo, en una investigación se reportó que una muestra de edad media experimentó mayor severidad de dolor, depresión, y problemas para dormir comparada con una muestra de edad mayor, mientras que en otro estudio se demostró lo contrario (Cronan, Serber, Walen, & Jaffe, 2002; Pamuk & Fakir, 2005).

Objetivos específicos:

El propósito de este estudio fue identificar brechas críticas de datos y hallazgos sobre adultos mayores con fibromialgia y describir un conjunto más comprensivo de síntomas. Simultáneamente, el estudio fue enfocado hacia la identificación de las dimensiones sintomatológicas de frecuencia, severidad, y angustia generada, ya que estas pronostican mejor la función física (Chang et al., 2000; Given et al., 2001). Se hipotetizó que aquellos con más de 65 años de edad reportarían más síntomas y comorbilidades, y que tendrían un menor nivel de función física que aquellos en el grupo de adultos de edad media.

Métodos:

Una muestra aleatoria de 533 pacientes fue obtenida a partir de una base de datos de pacientes de un centro médico académico en el Pacífico del Noroeste. La base de datos contiene registros de personas diagnosticadas con fibromialgia (ICD-9 729.1). El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de revisión del centro médico académico y de una institución financiera, y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes. Los criterios de inclusión fueron (a) edades de 50 años o más, (b) diagnóstico de fibromialgia de acuerdo a los criterios del *American Collage of Rheumatology* de 1990 (Wolfe et al., 1990), (c) la experimentación de por lo menos un síntoma, además de dolor, durante los pasados 7 días, y (d) capacidad de leer en inglés.

Mediciones:

Los datos fueron obtenidos a través de cuatro medidas de auto-reporte y de un cuestionario demográfico que fueron enviados por correo a los participantes. Los datos demográficos incluyeron año de diagnóstico con fibromialgia, años con síntomas de fibromialgia (un período usualmente mayor de un año), edad, raza, etnia, y género. Debido a que los participantes fueron capaces de responder a preguntas en sus propios hogares, se les pidió que completaran cada medida de forma separada y tomando descansos para no fatigarse y responder con mayor precisión. No hubo recordatorios para que se llenaran y devolvieran los cuestionarios.

Los síntomas de fibromialgia:

Fueron elegidos de una lista de los 29 más comunes (Bennett et al., 2007). La validez de contenido fue establecida con una muestra de 10 participantes de un grupo local de apoyo a pacientes con fibromialgia. En este proceso se identificaron cinco síntomas anteriormente no estudiados: (a) sudoración profusa, (b) facilidad de hacerse moretones, (c) sensibilidad a la luz o sonido, (d) manos o pies fríos, y (e) hipersensibilidad en la piel. Las dimensiones de los síntomas fueron medidas con una escala tipo likert de 1 (lo menos) a 4 (lo más) para frecuencia y severidad, y una escala de 0 (sin) a 4 (la mayor) para la angustia generada. Las puntuaciones de frecuencia, severidad, y angustia generada para cada síntoma fueron sumadas para crear una puntuación compuesta de impacto global de síntomas de entre 0 y 12.

Severidad de dolor:

Específicamente, el dolor fue medido usando el *Brief Pain Inventory* (M.D. Anderson Cancer Center, 2004). Este instrumento fue desarrollado originalmente para pacientes con cáncer pero también ha sido validado para fibromialgia, artritis, neuropatía diabética, neuralgia, y dolor persistente no maligno (Zelman, Gore, Dukes, Tai, & Brandenburg, 2005).

Función física percibida:

La función física percibida fue medida mediante el *Late Life Function and Disability Instrument* (LLFDI; Haley et al., 2002). El LLFDI es una medida auto-reportada que ha sido correlacionada con el desempeño físico y es aceptable como sustituto cuando la exploración física no es posible (Sayers et al., 2004). Los valores de consistencia interna van desde .63 hasta .86; la confiabilidad prueba y re-prueba está reportada como .90; y la validez concurrente, predictiva, y de contenido también han sido demostradas (Haley et al., 2002; McAuley, Konopack, Motl, Rosengren, & Morris, 2005; Sayers et al., 2004).

Comorbilidad:

Las puntuaciones de comorbilidad fueron estimadas con el *Charlson Comorbidity Index (CCI)*, un índice ponderado con puntuaciones que van desde 0 a 41, con las mayores puntuaciones reflejando más condiciones crónicas (Charlson, Pompei, Ales, & MacKensie, 1987). Una versión validada de auto-reporte del CCI, con confiabilidad prueba re-prueba varia entre .91 y .92, fue usada para este estudio (Kat, Chang, Sanga, Fossel, & Bates, 1996).

Métodos estadísticos

Estadísticas descriptivas y gráficas fueron usadas para describir la frecuencia, severidad, y angustia generada de cada síntoma, y para la información demográfica. Las puntuaciones en frecuencia, severidad, y angustia generada de cada síntoma fueron combinadas para crear una puntuación compuesta de impacto global. El análisis multivariado consistió de pruebas t para examinar las diferencias en los síntomas, comorbilidades, y función física de los grupos de adultos medios y adultos mayores.

Resultados:

Los resultados se muestran en las Tablas 1,2,3 y 4.

Tabla 1: Características Clínicas y Demográficas de la Muestra.

VARIABLES CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS	Muestra Total (171)	Adultos Edad Media (114)	Adultos Edad Avanzada (57)
Femeninas, n (%)	165 (96.5)	110 (96.5)	55 (96.5)
Edad, M +- DS (rango), años	60.7 +- 6.2 (50 - 76)	57.3 +- 4.3 (50 - 64)	67.7 +- 2.7 (65 - 76)
Raza, n (%)			
Diversas razas	9 (5.3)	7 (6.1)	2 (3.5)
Asiática	2 (1.2)	2 (0.9)	1 (1.8)
Indio Americano-Alaska	12 (7)	10 (8.8)	2 (3.5)
Blanca	163 (95.3)	107 (93.9)	56 (98.2)
Hispano	1 (0.6)	1 (0.9)	0 (0)
Índice de Masa Corporal			
Bajo Peso (<18.5)	2 (1.2)	2 (1.8)	0 (0)
Normal (18.5 - 24.9)	49 (26.7)	36 (31.6)	13 (22.8)
Sobre Peso (25 - 29.9)	58 (33.9)	36 (31.6)	22 (39.6)
Obeso (>= 30)	58 (34.5)	38 (33.3)	21 (36.8)
Años con Síntomas, M +- DS (rango)	21.8 +- 13.2 (4 - 69)	19.1 +- 11.6 (4 - 59)	27.3 +- 14.5 (8 - 69)*
Años desde el Diagnóstico, M +- (rango)	13.3 +- 7.1 (0 - 39)	12.3 +- 7.0 (0 - 37)	15.4 +- 7.0 (2 - 39)
Función Física (0 - 100), M +- DS (rango)	52.7 +- 9.0 (31.5 - 77.5)	52.8 +- 9.1 (31.5 - 76.0)	52.5 +- 8.9 (32.6 - 77.5)
Comorbilidades, M +- DS (rango)	1.7 +- 1.5 (0 - 7)	1.7 +- 1.5 (0 - 7)	1.8 +- 1.4 (0 - 6)
Número de Síntomas (0 - 29), M +- DS (rango)	19.9 +- 5.4 (6 - 29)	20.6 +- 5.5 (6 - 29)	18.6 +- 5.1 (6 - 29)*
Impacto Total (0 - 12), M +- DS (rango)	4.9 +- (0.4 - 10.5)	5.2 +- 2.0 (1.3 - 10.5)	4.4 +- 1.8 (0.4 - 8.3)

* Diferencia significativa a nivel $p < .05$

Tabla 2: Prevalencia de Síntomas e Impacto Global (N = 171)

Síntoma	n	% de la Muestra	Impacto Global (0-12) M+ DS
Dolor	171	100	8.45 +- 2.3
Entumecimiento	170	99	7.99 +- 2.7
Fatiga	163	95	8.69 +- 3.1
Sueño no reparador	159	93	8.41 +- 3.4
Olvidadéz	149	87	5.89 +- 3.3
Dificultad permanecer dormido	146	85	6.95 +- 3.8
Espasmos musculares	138	81	5.64 +- 3.6
Sensibilidad en piel	134	78	5.43 +- 3.7
Dificultad para concentrarse	130	76	5.70 +- 3.8
Dificultad para dormirse	128	75	6.03 +- 4.3
Sensibilidad a luz o sonido	128	75	5.77 +- 4.1
Sudoración profusa	125	73	5.65 +- 4.0
Ansiedad	123	72	4.34 +- 3.4
Tristeza	114	67	4.45 +- 3.9
Manos frías	113	66	4.66 +- 4.0
Facilidad de moretones	113	66	4.26 +- 3.6
Intestino irritable	106	62	4.75 +- 4.2
Hinchazón	104	61	3.83 +- 3.7
Incapacidad para disfrutar vida	101	59	4.23 +- 4.1
Vegija irritable	99	58	4.20 +- 4.2
Facilidad para caerse	99	58	3.72 +- 3.7
Inquietud en piernas	98	57	3.60 +- 3.7
Facilidad para accidentarse	97	57	3.24 +- 3.3
Dolores de Cabeza	96	56	3.81 +- 3.9
Facilidad para enojarse	94	55	3.27 +- 3.5
Miedo a empeoramiento de síntomas	93	54	3.98 +- 4.2
Sentirse mareado	90	53	2.75 +- 3.1
Sentirse como una carga para los demás	66	39	2.78 +- 4.0
Dolor pélvico	59	35	2.24 +- 3.4

Tabla 3: Síntomas comparados por orden sobre Frecuencia, Severidad, y Angustia Generada

Lugar	Frecuencia	Severidad	Angustia Generada
1	Dolor	Sueño no reparador	Miedo a empeoramiento de síntomas
2	Sueño no reparador	Fatiga	Dificultad para permanecer dormido
3	Fatiga	Dificultad para dormirse	Fatiga
4	Entumecimiento	Dificultad para permanecer dormido	Sueño no reparador
5	Dificultad para permanecer dormido	Sudoración profusa	Inquietud en piernas
6	Dificultad para dormirse	Entumecimiento	Dolor
7	Sensibilidad a luz o sonido	Dolor	Sentirse una carga para los demás
8	Manos frías	Sensibilidad a luz o sonido	Incapacidad de disfrutar la vida
9	Hipersensibilidad en piel	Intestino irritable	Intestino irritable
10	Facilidad de moretones	Manos frías	Dificultad para dormirse
11	Sudoración profusa	Vejiga irritable	Sudoración profusa
12	Dificultad para concentrarse	Miedo de empeoramiento de síntomas	Dificultad para concentrarse
13	Intestino irritable	Dolores de cabeza	Entumecimiento
14	Vejiga irritable	Sentirse una carga para los demás	Vejiga irritable
15	Miedo a empeoramiento de síntomas	Dificultad para concentrarse	Sensibilidad a luz o sonido

Tabla 4: Información sobre Comorbilidad CCI

Puntuación CCI, M +/- DS	
Muestra total	1.7 +/- 1.47
50 a 64 años de edad	1.6 +/- 1.50
65 o más años de edad	1.8 +/- 1.42
Rango de puntuaciones CCI, n (%)	
0	40 (23)
1	48 (28)
2	37 (22)
3	29 (17)
4	9 (5)
5	5 (3)
6	1 (1)
7	2 (1)

CCI = Charlson Comorbidity Index

Discusión:

Este estudio generó tres hallazgos notables: (a) La muestra total reportó un alto número de síntomas (19.9 +/- 5.4); (b) la dimensión de angustia generada en la muestra total mostró un orden diferente que en las dimensiones de frecuencia y severidad; y (c) hubo diferencias inesperadas entre los grupos de edades - el grupo de edad media reportó significativamente más síntomas que el grupo de edad avanzada, aunque no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de edad en cuanto a comorbilidad o función física. La hipótesis de que aquellos de 65 años o mayores reportarían más síntomas y comorbilidades y tendrían función física más pobre no fue apoyada por los hallazgos de este estudio. Más de la mitad de la

muestra reportó que habían experimentado por lo menos 20 síntomas en los pasados 7 días. Este promedio es mayor que aquél reportado en los estudios anteriores (Bennett, 2002; Sprott & Muller, 1998). No obstante que los órdenes de frecuencia y severidad de los síntomas fueron similares, la dimensión de angustia generada varió. Como fue esperado, el dolor, la fatiga, el sueño, y el entumecimiento fueron los síntomas más frecuentes y severos. Sin embargo, el síntoma que generó mayor angustia fue el miedo al empeoramiento de los síntomas. La literatura apoya el hallazgo de que los síntomas emocionales se agregan a la angustia generada por los síntomas físicos (Liedberg et al., 2006; Rutledge et al., 2007). La expresión de síntomas difirió significativamente entre el grupo de edad media y el grupo de edad avanzada. El grupo de edad media mostró significativamente mayor impacto global de síntomas que el grupo de edad avanzada en cuanto a dificultad para dormirse, dificultad para permanecer dormido, tener tendencia a sufrir accidentes, facilidad de moretones, y sudoración profusa. Otro hallazgo inesperado fue que no hubo diferencias significativas en cuanto a la comorbilidad entre los dos grupos de edad. En estudios previos con poblaciones de adultos mayores, en general, se reportaron números más altos de condiciones comórbidas en aquellos de más de 60 años de edad (Boyd et al., 2007; Guralnik et al., 1996).

Investigación Futura e Implicaciones para la Práctica de Enfermería:

Se necesitan más investigaciones para contrastar las medidas de auto-reporte de la función física con exámenes objetivos de laboratorio. Aún no está claro si las limitaciones en la función física en el envejecimiento ocurren como resultado de la fibromialgia o de comorbilidades o de ambos. Se sugiere para la práctica clínica de enfermería considerar la evaluación en especial de tres dimensiones de síntomas: frecuencia, severidad, y generación de angustia. Por ejemplo, a un paciente cuyo síntoma más angustiante es el miedo a que los síntomas se exacerben se le podrían ofrecer datos sobre el curso de la enfermedad y/o aplicársele terapias cognitivas de comportamiento con el objeto de reducir el pensamiento catastrófico. Los reportes de frecuencia de fatiga pudieran fomentar que se implementen protocolos específicos de actividad-descanso. Los reportes de dolor o desequilibrio del sueño pudieran orientar mejor los tratamientos farmacológicos. Se espera asegurar que, a través del manejo de síntomas por parte de las enfermeras, los pacientes sean capaces de mantener el mayor posible nivel de función física y calidad de vida.

syndrome, there remain significant gaps in the understanding of the effect of aging and comorbidity on physical function in an aging population. These gaps require further investigation as our population continues to age to better understand comorbidities associated with aging in those with FM and the influence of aging on symptoms in FM. ▣

Accepted for publication June 20, 2011.

Funding for this research was provided by The John A. Harford Foundation Program: Building Academic Geriatric Nursing Capacity; Sigma Theta Tau International, Beta Psi Chapter; and the Oregon Health and Science University Dean's Award.

The authors have no conflicts of interest to disclose.

Corresponding author: Casey R. Shillam, PhD, RN-BC, Betty Irene Moore School of Nursing, University of California, Davis, 4610 X Street, Suite 4202, Sacramento, CA 95817 (e-mail: casey.shillam@ucdmc.ucdavis.edu).

References

Al Snih, S., Raji, M. A., Peek, M. K., & Ottenbacher, K. J. (2005). Pain, lower-extremity muscle strength, and physical function among older Mexican Americans. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1394-1400.

Bazzichi, L., Rossi, A., Giuliano, T., De Feo, F., Giacomelli, C., Consensi, A., et al. (2007). Association between thyroid autoimmunity and fibromyalgic disease severity. *Clinical Rheumatology*, 26, 2115-2120. doi: 10.1007/s10067-007-0636-8.

Bennett, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): A review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(5 Suppl. 39), S154-S162.

Bennett, R. M. (2002). A survey of symptoms and treatment of fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 4, 285.

Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J., & Matallana, L. (2007). An Internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8, 27. doi: 1471-2474-8-27 [pii] 10.1186/1471-2474-8-27.

Bernatsky, S., Dobkin, P. L., De Civita, M., & Penrod, J. R. (2005). Co-morbidity and physician use in fibromyalgia. *Swiss Medical Weekly*, 135, 76-81. doi: smw-10774 [pii] 2005/05/smw-10774.

Bookwala, J., Harralson, T. L., & Parmelee, P. A. (2003). Effects of pain on functioning and well-being in older adults with osteoarthritis of the knee. *Psychology and Aging*, 18, 844-850.

Boyd, C. M., Weiss, C. O., Halter, J., Han, K. C., Ersler, W. B., & Fried, L. P. (2007). Framework for evaluating disease severity measures in older adults with comorbidity. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 286-295. doi: 62/3/286[pii].

Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (2001). Pain coping strategies and quality of life in women with fibromyalgia: Does age make a difference? *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(2), 5-18.

Chang, V. T., Hwang, S. S., Feuerman, M., Kasimis, B. S., & Thaler, H. T. (2000). The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF). *Cancer*, 89(5), 1162-1171.

Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383.

Crimmins, E. M., & Beltran-Sanchez, H. (2011). Mortality and morbidity trends: Is there compression of morbidity? *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 75-86. doi: gbq088 [pii] 10.1093/geronb/gbq088.

Cronan, T. A., Serber, E. R., Walen, H. R., & Jaffe, M. (2002). The influence of age on fibromyalgia symptoms. *Journal of Aging and Health*, 14, 370-384.

Dodd, M. J., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668-676.

Given, B., Given, C., Azzouz, F., & Stommel, M. (2001). Physical functioning of elderly cancer patients prior to diagnosis and following initial treatment. *Nursing Research*, 50, 222-232.

Gowin, K. M. (2000). Diffuse pain syndromes in the elderly. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 26, 673-682.

Guralnik, J. M., Fried, L. P., & Salive, M. E. (1996). Disability as a public health outcome in the aging population. *Annual Review of Public Health*, 17, 25-46.

Haley, S. M., Jette, A. M., Coster, W. J., Kooyoomjian, J. T., Levenson, S., Heeren, T., et al. (2002). Late Life Function and Disability Instrument: II. Development and evaluation of the function component. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57, M217-M222.

Jakobsson, U., Klevsgard, R., Westergren, A., & Hallberg, I. R. (2003). Old people in pain: A comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26, 625-636.

Katz, J. N., Chang, L. C., Sangha, O., Fossel, A. H., & Bates, D. W. (1996). Can comorbidity be measured by questionnaire rather than medical record review? *Medical Care*, 34, 73-84.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.

Liedberg, G. M., Burckhardt, C. S., & Henriksson, C. M. (2006). Young women with fibromyalgia in the United States and Sweden: Perceived difficulties during the first year after diagnosis. *Disability and Rehabilitation*, 28, 1177-1184. doi: R7V51272015N0616 [pii] 10.1080/09638280600551534.

Manton, K. G., Gu, X., & Lamb, V. L. (2006). Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103, 18374-18379. doi: 0608483103 [pii] 10.1073/pnas.0608483103.

Martin, L. G., Freedman, V. A., Schoeni, R. F., & Andreski, P. M. (2010). Trends in disability and related chronic conditions among people ages fifty to sixty-four. *Health Affairs*, 29, 725-731. doi: 29/4/725 [pii] 10.1377/hlthaff.2008.0746.

McAuley, E., Konopack, J. F., Motl, R. W., Rosengren, K., & Morris, K. S. (2005). Measuring disability and function in older women: Psychometric properties of the late-life function and disability instrument. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(7), 901-909.

M.D. Anderson Cancer Center. (2004). *Symptom assessment tools: Brief Pain Inventory*. Retrieved February 15, 2008, from <http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>

Pamuk, O. N., & Cakir, N. (2005). The variation in chronic widespread pain and other symptoms in fibromyalgia patients. The effects of menses and menopause. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(6), 778-782. doi: 1713[pii].

Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30A, 1326-1336.

Robinson, R. L., Birnbaum, H. G., Morley, M. A., Sisitsky, T., Greenberg, P. E., & Claxton, A. J. (2003). Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *Journal of Rheumatology*, 30, 1318-1325. doi: 0315162X-30-1318[pii].

Rutledge, D. N., Jones, K., & Jones, C. J. (2007). Predicting high physical function in people with fibromyalgia. *Journal of Nursing*



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T29

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Instrumento de Medición del Estudio: Evaluation of an Online Graduate Nursing Curriculum: Examining Standards of Quality

Avery MD, Cohen BA, Walker JD

Evaluation of an Online Graduate Nursing Curriculum: Examining Standards of Quality

Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh [serie en internet] 2008 [consultado 7 de agosto 2012];5:Article 44 [19 pags]

Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/ijnes.2011.8.issue-1/issue-files/ijnes.2011.8.issue-1.xml>

Instrumento de Evaluación para Cursos En-línea: Evaluation of an Online Graduate Nursing Curriculum: Examining Standards of Quality

Melissa D Avery, Bradley A Cohen, and J. D Walker

Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh. 2008 January 1; 5(1): Article 44. Published online 2008 December 30. doi: 10.2202/1548-923X.1538 PMID: PMC2920736. Copyright © 2008 The Berkeley Electronic Press. All rights reserved.

Califique la extensión de los siguientes enunciados de acuerdo a la siguiente escala: **1** = muy poco, **2** = poco, **3** = moderadamente, **4** = bastante, **5** = mucho. Luego comente sobre su respuesta.

01: Todos los objetivos están claramente enunciados, son medibles y específicos:

Extensión:

Comentario:

02: Las metas y los objetivos son apropiados para el nivel de conocimiento, destrezas y experiencia esperado de los estudiantes:

Extensión:

Comentario:

03: El instructor claramente delimita los conocimientos y destrezas pre-requeridos:

Extensión:

Comentario:

04: Las actividades de aprendizaje y las estrategias de enseñanza contribuyen con el logro de los objetivos del curso:

Extensión:

Comentario:

05: El instructor establece encuentros regulares y/o tiempos y métodos de respuesta para ayudar a los estudiantes con los problemas encontrados durante el curso:

Extensión:

Comentario:

06: Los requerimientos de tecnología necesarios para participar en el curso están claramente especificados tanto en destrezas como en equipo:

Extensión:

Comentario:

07: El instructor comunica el compromiso de tiempo esperado que precisamente refleja el nivel de esfuerzo por el crédito otorgado:

Extensión:

Comentario:

08: El instructor claramente describe las tareas (discusión, participación, proyectos, etcétera) incluyendo lo que se espera para completarlas satisfactoriamente:

Extensión:

Comentario:

09: El instructor dirige a los estudiantes hacia los recursos necesarios para completar las actividades de aprendizaje (e.g., biblioteca, publicaciones electrónicas, presentaciones de diapositivas, etcétera):

Extensión:

Comentario:

10: El instructor usa actividades variadas tales como estudios de caso, laboratorio virtual, simulación interactiva, proyectos cooperativos, auto-exámenes:

Extensión:

Comentario:

11: El medio es simple y suficientemente transparente para que los estudiantes puedan enfocarse sobre el contenido (e.g., estructura de navegación es fácil de aprender):

Extensión:

Comentario:

12: El instructor provee oportunidades para que los estudiantes puedan ajustar el curso (e.g., iniciar diálogos, proveer retroalimentación, determinar temas de discusión, etcétera):

Extensión:

Comentario:

13: El instructor fomenta que los estudiantes se reflejen en el proceso de aprendizaje (e.g., integrarse en auto-evaluaciones, desarrollar estrategias de solución de problemas, hacer conexiones entre las experiencias en clase y la práctica real, etcétera):

Extensión:

Comentario:

14: El contenido y las actividades de aprendizaje están organizadas de lo simple a lo complejo para apoyar la integración con los conocimientos previos:

Extensión:

Comentario:

15: El instructor facilita la interacción (e.g., establece un tono respetuoso y agradable, promueve los diálogos, incorpora nuevas ideas, desarrolla situaciones para la solución de problemas).

Extensión:

Comentario:

16: El instructor establece expectativas definidas para la comunicación, colaboración, y accesibilidad entre los estudiantes:

Extensión:

Comentario:

17: Comente sobre la interactividad de los cursos considerando el diseño de las actividades de aprendizaje, la presentación de información, la presencia de medios interactivos, y el nivel de integración de otros estudiantes:

Comentario:

18: En general:

a) *¿Qué es lo mejor de este curso?*

b) *¿Qué necesita mejorarse?*



ENEEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T30

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Evaluación de una iniciativa de Educación Interprofesional sobre Destrezas de Comunicación

Solomon P, Salfi J.

Evaluation of an Interprofessional Education Communication Skills Initiative

Educ for Health (Abingdon) [serie en internet] 2011[consultado 7 agosto 2012];24(2):[10 pags] Disponible en:
http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_616.pdf

Evaluación de una Iniciativa de Educación Interprofesional sobre Destrezas de Comunicación

Solomon P, Salfi J. *Evaluation of an Interprofessional Education Communication Skills Initiative*. Education for Health 11 (online), 2011: 616. Available from: <http://www.educationforhealth.net>

Abstract:

Contexto: La educación de los estudiantes, tanto de licenciatura como de posgrado, es precursor fundamental para desarrollar profesionales de la salud que sean capaces de trabajar colaborativamente.

Objetivos: Evaluar una iniciativa de educación interprofesional sobre destrezas de comunicación.

Métodos: La práctica de destrezas de comunicación consistió en un encuentro interactivo en presencia de personal académico en el cual, equipos de entre 5 y 8 estudiantes llevaron a cabo diversas entrevistas con pacientes estandarizados y desarrollaron planes de cuidado interprofesional. Para la evaluación se incluyeron medidas de satisfacción, la escala *Interprofessional Education Perception Scale* (IEPS), la escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), técnicas de grupos de enfoque, y entrevistas individuales.

Hallazgos: Un total de 96 estudiantes de medicina, enfermería, obstetricia, fisioterapia, terapia ocupacional, farmacéutica, y asistencia médica se auto-eligieron para participar en la evaluación. Los estudiantes reportaron haber quedado satisfechos con las sesiones sobre destrezas de comunicación. Aunque se distinguieron pocos cambios entre la pre y la post-práctica, estos fueron estadísticamente significativos en la escala IEPS. Los análisis cualitativos sugirieron que los estudiantes percibieron que habían aprendido sobre el panorama de la práctica de todos, y que habían adquirido confianza en sus destrezas para la comunicación.

Discusión y conclusión: La demanda de experiencias que provean a los estudiantes con destrezas para interactuar efectivamente seguirá aumentando a la par de la conciencia sobre la necesidad de impartir educación interprofesional. Por esto, las experiencias de aprendizaje que incorporen pacientes estandarizados y retroalimentación académica pueden promover el desarrollo de un aprendizaje interprofesional, y por lo tanto, la capacidad de los estudiantes para trabajar de forma colaborativa.

Palabras clave: destrezas de comunicación, educación interprofesional, evaluación.

Artículo:

Ha habido un creciente énfasis sobre la importancia de la práctica colaborativa interprofesional por que ésta aumenta la calidad, accesibilidad y continuidad del cuidado, y ayuda a disminuir conflictos, redundancias, y cambios entre el personal de la salud. La educación interprofesional (IPE) ocurre cuando dos o más profesiones aprenden con, a partir de, y entre sí, para

mejorar la colaboración, y la calidad del cuidado (2). Diversos promotores han sugerido que la educación interprofesional es importante para cultivar confianza y respeto, y para confrontar falsas concepciones y estereotipos, evitando prejuicios y rivalidad entre los diversos profesionales (2). La habilidad para comunicarse de una manera respetuosa facilita la conexión entre los miembros de un equipo por que promueve la conciencia de que todos tienen el mismo poder, y fomenta la toma de decisiones y responsabilidades correspondientes, pero compartidas (3). En recientes reportes relativos a las competencias interprofesionales esenciales, incluyendo los del *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC), se ha reforzado la importancia de las destrezas para la comunicación, y una de las recomendaciones más relevante fue “escuchar activamente y comunicarse efectivamente para asegurar un entendimiento común sobre las decisiones del cuidado y establecer metas y responsabilidades compartidas” (4). Por su parte, en una revisión de diversos cursos de comunicación interprofesional en programas de licenciatura en el Reino Unido, Priest et al (5), sugirieron que la autenticidad de la experiencia educacional interprofesional es fundamental para poder alcanzar la práctica colaborativa. Westber et al (6), llevaron a cabo una experiencia en la cual estudiantes de medicina, enfermería, y farmacéutica, participaron en entrevistas con pacientes estandarizados. Análogamente, Dobson et al (2), describieron una evaluación donde estudiantes de farmacéutica, nutrición, y fisioterapia entrevistaron pacientes estandarizados y desarrollaron planes de cuidado en conjunto.

En nuestro estudio, mientras unos estudiantes llevaban a cabo entrevistas individuales, otros estudiantes y personal académico observaban detrás de un espejo de una sola vista. Luego de las entrevistas, los estudiantes se reunían como grupo para desarrollar los planes de cuidado recibiendo retroalimentación por parte de personal académico. Nosotros buscamos desarrollar una iniciativa de destrezas de comunicación que fomentara que los estudiantes negociaran sus propios roles dentro de un equipo en diferentes escenarios. El propósito de este artículo es presentar una evaluación de una iniciativa sobre destrezas de comunicación interprofesional con estudiantes de licenciatura; sin embargo, ésta pudiera igualmente ser aplicada con estudiantes de posgrado.

EIP en la McMaster University:

El programa interprofesional en la McMaster University provee un contexto en el que todos los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud son requeridos para participar en actividades de educación interprofesional. Los estudiantes pueden elegir entre una variedad de actividades para satisfacer este requerimiento. Las actividades varían en duración y complejidad y son etiquetadas como exposición, inmersión, y dominio total. Algunos de los objetivos son:

Los estudiantes:

01: describirán sus propios roles y responsabilidades, así como el alcance general de la práctica de otros profesionales de la salud,

02: aprenderán a integrar otras profesiones en el cuidado de pacientes de acuerdo a roles, responsabilidades, y competencias,

03: colaborarán con otros profesionales para establecer metas comunes, y facilitar la toma de decisiones compartida y la resolución de problemas y conflictos,

04: contribuirán con la efectividad del equipo compartiendo información, escuchando activamente, respetando todas las opiniones, demostrando flexibilidad de criterios, usando un lenguaje común, generando retroalimentación, y respondiendo a la retroalimentación de los colegas.

En nuestro estudio, las sesiones de destrezas de comunicación fueron de aproximadamente tres horas. El formato consistió en una introducción y orientación, seguida de un encuentro de equipo en el cual los estudiantes revisaron un escenario y planearon una entrevista a un paciente estandarizado que fue especialmente entrenado sobre alguna situación - un ejemplo de escenario puede verse en la figura 1. Típicamente hubo entre 5 y 8 estudiantes en cada equipo. Cuando esta entrevista era concluida, el paciente salía del cuarto y los equipos de estudiantes se reunían para discutir sus hallazgos y su plan de tratamiento-cuidado. Una vez que esta tarea era completada, el paciente regresaba y se procedía con una discusión del plan con el paciente estandarizado. Aquí, un académico facilitador observaba todas las interacciones detrás de un espejo de una sola vista, y al completar esta interacción, una sesión de 60 minutos se llevaba a cabo en la cual el mismo académico facilitador proporcionaba retroalimentación individual y en conjunto.

Figura 1: Un escenario para destrezas de comunicación:

Este escenario involucra dos pacientes estandarizados – una madre y su hija, y los estudiantes pueden practicar evaluaciones y comunicación con ambas, así como la observación de la dinámica de los patrones de relación y comunicación entre una mujer grande con deterioro cognitivo, y su hija.

“La señora Cooke es una mujer de 74 años que vive con su perrito en un apartamento de una recámara. Recientemente enviudada, un administrador comunitario la visita para valorar sus funciones cognitivas. Previo a la visita, la Sra. Cooke estaba recibiendo una hora por semana de asistencia para ayudarla con su ducha. Cuando llega el administrador comunitario, la puerta del apartamento está abierta de par en par, la Sra. Cooke está ambulando sin medias, y con su blusa entre-abierta. Se observan raspones en sus piernas. Su cartera está abierta sobre la mesa de la cocina, junto a una caja de medicamentos vacía.”

Los diversos estudiantes se registraron para este evento interprofesional y se procuró una mezcla balanceada de profesiones.

Métodos de evaluación del programa:

La evaluación del programa incorporó medidas tanto cualitativas como cuantitativas.

Medidas de satisfacción:

Los estudiantes respondieron a cinco preguntas sobre su satisfacción con los diversos componentes de las sesiones de destrezas de comunicación. En el cuestionario se pidió a los estudiantes calificar estas actividades con una escala tipo Likert de 7 puntos desde muy insatisfecho hasta muy satisfecho. En uno de los reactivos se les pidió calificar su satisfacción general con toda la experiencia.

La Escala de Percepción sobre Educación Interdisciplinaria:

La Escala de Percepción sobre Educación Interdisciplinaria (IEPS) tiene 18 reactivos para estimar la percepción y cambio de actitud de los estudiantes, y se responde como una escala Likert de 6 puntos. Hay cuatro factores: competencia y autonomía, necesidad percibida de cooperación, percepciones de cooperación actual, y entendimiento de los valores de los otros. Las cuatro sub-escalas tienen un rango de puntuaciones de 72 a 96 y la máxima puntuación total del cuestionario es de 330. Los estudiantes en nuestra evaluación completaron el cuestionario IEPS antes de las sesiones de destrezas de comunicación, y luego otra vez, pero después de las sesiones.

Grupos de enfoque y entrevistas interprofesionales:

El propósito fue obtener información sobre las fortalezas y retos de la sesión de destrezas de comunicación, así como sobre el aprendizaje adquirido. Todos los grupos de enfoque y las entrevistas individuales fueron grabadas y analizadas para identificar las palabras o frases clave que representaron las posturas de los participantes (9).

Este proyecto recibió la aprobación ética por parte del Research Ethics Board de la McMaster University.

Resultados:

Reclutamos 96 estudiantes voluntarios. La edad media de los estudiantes fue 25.2 años, con un rango de 19 a 60 (tabla 1).

Tabla 1: Participantes en la sesión de destrezas de comunicación por género y disciplina

Disciplina	Mujeres	Hombres	Total
Medicina	22	7	29
Obstetricia	13	0	13
Enfermería	10	0	10
Terapia Ocupacional	9	0	9
Farmacéutica	3	1	4
Asistencia Médica	6	1	7
Fisioterapéutica	20	3	23
Total	83	12	95

Hallazgos cuantitativos:

La tabla 2 muestra un resumen de las puntuaciones de satisfacción. Para facilidad de interpretación, las respuestas que indicaron muy insatisfecho o insatisfecho fueron combinadas. La satisfacción fue prevalente y sólo hubo un estudiante que indicó insatisfacción, y cuatro que indicaron neutralidad. Los estudiantes reportaron estar satisfechos con la práctica en general, con las contribuciones del académico facilitador, y con las oportunidades de colaborar con estudiantes de otras profesiones. 85.4% (n=82) estuvieron satisfechos con la oportunidad de aprender sobre los roles de otras profesiones, 12.5% (n=12) indicaron que eran neutrales, y 2.1% (n=2) respondieron que estaban insatisfechos con respecto de esta actividad.

Tabla 2: Nivel de satisfacción de los estudiantes luego de las sesiones de destrezas de comunicaciones (n=96) con 3 datos missing

Reactivo	Satisfecho		Neutral		Insatisfecho	
	N	%	N	%	N	%
1. Relevancia clínica de los materiales del módulo	85	91.4	6	6.5	2	2.1
2. Contribución del académico facilitador con mi aprendizaje	93	96.9	3	3.1	0	0
3. Oportunidades de colaborar con estudiantes de otras profesiones	89	92.7	6	6.3	1	1
4. Oportunidades para aprender sobre los roles de estudiantes de otras profesiones de la salud	82	85.4	12	12.5	2	2.1
5. Satisfacción global	91	94.8	4	4.2	1	1

En la tabla 3 se muestran las puntuaciones IEPS pre y post práctica. Las puntuaciones medias fueron calculadas para ambas sub-escalas y para el total, y se aplicaron pruebas student t para examinar la significancia de las diferencias. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación global luego de la sesión de destrezas de comunicación ($p=.034$), así como en la puntuación de la sub-escala Percepción de la Cooperación Actual ($p=.009$).

Tabla 3: puntuaciones pre y post de las sesiones sobre la percepción de educación internacional

Sub-escalas IEPS	Media pre-evento (d.e.)	Media post-evento (d.e.)	Valor T	Sig.
Competencia y autonomía	79.39 (7.83)	79.86 (8.43)	-0.814	0.418
Necesidad de cooperación percibida	65.93 (8.27)	66.46 (8.16)	-0.623	0.535
Percepción de la cooperación actual	74.02 (9.21)	75.88 (9.30)	-2.685	0.009
Entenimiento de los valores de otros	49.13 (8.22)	49.78 (9.57)	-0.875	0.384
Puntuación global IEPS	266.56 (23.31)	270.92 (25.46)	-2.157	0.034

Hallazgos cualitativos:

Los estudiantes que proporcionaron retroalimentación cualitativa fueron: 8 de terapia ocupacional, 6 de medicina, 3 de enfermería, 2 de obstetricia, 2 de fisioterapia, y 1 de asistencia de medicina. Siete temas emergieron de los grupos de enfoque y entrevistas individuales:

Planeación para el éxito: los estudiantes reflexionaron sobre la importancia de las sesiones de planeación. Uno lo expresó así:

“fue bueno por que preguntamos a todos cosas como . . . y usted como enfermera, cual es su preocupación principal?, y usted como médico que opina?... etcétera.”

Importancia del académico facilitador: los estudiantes reconocieron que el académico facilitador fue muy importante en la experiencia. El académico facilitador intervenía si los estudiantes se atoraban, aseguraba que existiera un balance en el aprendizaje, reforzaba la comunicación, y proporcionaba retroalimentación. Un estudiante lo describió así:

“... nosotros teníamos mucho para empezar y a veces íbamos en direcciones equivocadas, entonces el académico facilitador venía y nos decía: ¿usted como médico, o usted como enfermera. . . que podría haber hecho para poner las cosas en el camino correcto? Y nos hacía reflexionar sobre cómo entender la situación.”

Generando confianza: no obstante que los estudiantes mencionaron que en ocasiones sintieron algo de estrés por tener que tomar decisiones con estudiantes que no habían conocido previamente, ellos reconocieron que las sesiones de destrezas de comunicación les permitieron aprender en situaciones sin riesgo, lo que les permitió ganar confianza en sus roles profesionales y para la comunicación.

“nosotros vamos todos a estar en el mundo real, ¿por que no practicar esto desde antes, aquí cuando podemos cometer los errores sin consecuencias?”

Balanceando las destrezas de comunicación con el aprendizaje interprofesional: las sesiones de destrezas de comunicación fueron complejas y requirieron que los estudiantes pensaran más allá de su estilo personal de comunicación para relacionarse con otros colegas. Las sesiones los retaron a promover sus propios roles profesionales pero sin dejar de considerar el panorama de los otros.

“... yo creo que aprendí más sobre las otras profesiones por las preguntas que los compañeros hacían al paciente.”

Falta de confort: no es de sorprenderse que los estudiantes sintieran una falta de confort inicial por tener que interactuar con estudiantes que no habían conocido previamente; sin embargo, un estudiante vio esto como una oportunidad de aprendizaje.

“Fue un poco extraño al principio, pero en la práctica real, esto también puede ser así. Por lo tanto, es buen entrenamiento aprender a familiarizarse con los posibles colaboradores.”

Aprendiendo sobre el panorama de práctica de los otros: los estudiantes identificaron que el aprendizaje sobre los roles y el alcance de la práctica de los otros fue una parte muy importante ya que, frecuentemente, estereotipos y falsos conceptos sobre las responsabilidades de cada profesión son vertidos en la práctica impactando negativamente los resultados. En nuestro estudio, algunos estudiantes expresaron sorpresa por el alcance de los roles de los otros.

“Yo nunca pensé que los farmacéuticos realmente tenían que comunicarse con los pacientes, pero fue fascinante ver que sí.”

Experiencia positiva: los estudiantes aprovecharon la oportunidad de interactuar en un ambiente realista, pero menos estresante, y valoraron la retroalimentación por parte de los académicos facilitadores.

“Fue maravilloso ver cómo todas las profesiones se traslapan en muchas áreas.”

Discusión:

Nuestra evaluación reveló que los estudiantes disfrutaron la oportunidad de interactuar con colegas de otras profesiones en un evento intensivo y realista. Los estudiantes adquirieron confianza a través de sus interacciones y aprendieron sobre el panorama de la práctica de los otros. Los pacientes estandarizados significaron una buena alternativa a la educación clínica *in situ*.

Aunque ha sido sometida a rigurosa psicometría, la IEPS no está exenta de problemas. En una revisión reciente, Thannhauser et al (10) reportaron que la falta de vocabulario consistente y de consenso con respecto de los elementos a ser medidos ha obstaculizado el desarrollo de herramientas psicométricas más robustas. Sin embargo, en nuestro estudio, una fortaleza clave fue el acercamiento con métodos mixtos.

La retro-alimentación de los estudiantes sugirió que el rol del académico facilitador es muy importante para afianzar un aprendizaje interprofesional. Los pacientes estandarizados también son contribuyentes importantes para el éxito, por esto, en algunos programas se han usado académicos y estudiantes que adoptan el rol de los pacientes (11, 12, 13).

Debido al énfasis sobre el aprendizaje interprofesional que la McMaster University fomenta, los estudiantes de nuestro estudio contaban con cierta experiencia previa que pudo haber contribuido a la retro-alimentación positiva que recibimos. También es importante tener en cuenta que las sesiones sobre destrezas de comunicación son solo uno de los componentes de un acercamiento en el cual la meta es graduar profesionales de la salud que puedan colaborar efectivamente en la práctica clínica.

Conclusiones

La necesidad de experiencias que provean a los estudiantes de la salud con las destrezas para interactuar efectivamente aumentará con la creciente conciencia sobre la necesidad de una educación interprofesional, y por lo tanto, será fundamental para los educadores del futuro innovar este tipo de prácticas.

Referencias:

1. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Ottawa, ON: Author; 2006.
2. Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Defining IPE [Internet]. Retrieved September 18, 2010 from www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/
3. Selle KM, Salamon K, Boarman R, Sauer J. Providing interprofessional learning through interdisciplinary collaboration: The role of modelling. *Journal of Interprofessional Care*. 2008; 22(1):85–92.

4. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver, BC: Her Majesty the Queen in Right of Canada; 2010.
5. Priest H, Sawyer A, Roberts P, Rhodes S. A survey of interprofessional education and communication skills in healthcare programmes in the UK. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; 19(3):236-250.
6. Westberg S, Adams J, Thiede K, Stratton T, Bumgardner M. An interprofessional activity using standardized patients. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2006; 70(2):1-5.
7. Dobson R, Taylor J, Cassidy J, Walker D, Proctor P, Perepelkin J. Interprofessional and intraprofessional teams in a standardized patient assessment lab. *Pharmacy Education*. 2007; 7(2):159-166.
8. Luecht R, Madsen M, Taugher M, Patterson B. Assessing professional perceptions: design and validation of an interdisciplinary education perception scale. *Journal of Allied Health*. 1990; 19(2):181-191.
9. Hseih H, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Research*. 2005; 15(9):1277-1288.
10. Thannhauser J, Russell-Mayhew S, Scott C. Measures of interprofessional education and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 2010; 24(4):336-339.
11. Morison S, Stewart C. Developing interprofessional assessment. *Learning in Health and Social Care*. 2005; 4(4):192-202.
12. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, Madular I, Solomon P, Thistlethwaite J. Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education*. 2010; 44:64-74.
13. Solomon P. Student perspectives on patient educators as facilitators of Interprofessional education. *Medical Teacher*. In press.

© Patricia Solomon, Jenn Salfi 2011 A licence to publish this material has been given to Education for Health, <http://www.educationforhealth.net>



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T31

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Diseñando una Agenda Nacional para la Investigación en la Educación de Enfermería

Valiga TM, Ironside PM.

Crafting a National Agenda for Nursing Education Research.

J Nurs Educ. 2012 Jan; 51(1):3-6

Diseñando una Agenda Nacional para la Investigación en la Educación de Enfermería

Journal of Nursing Education. Vol. 51. No 1. 2012

Teresa M. Valiga, EdD, RN, ANEF, FAAN
Profesora y Directora
Instituto para la Excelencia Educacional
Duke University School of Nursing

Pamela M Ironside, PhD, RN, ANEF, FAAN
Profesora Asociada y Directora
Centro para la Investigación en Educación de Enfermería
Indiana University School of Nursing

Este es un momento crítico en la historia de nuestra profesión. El creciente reconocimiento público sobre el vital rol de la enfermería para el cuidado de la salud en el futuro, implica que se tienen que formar más enfermeras a nivel maestría y doctorado (Institute of Medicine, 2011; Benner, Sutpen, Leonard, & Day, 2010; National League for Nursing, 2005), y esta realidad hace imperativo que la enfermería responda fortaleciendo las bases de su conocimiento sobre las cuales sus académicos puedan desarrollar y compartir una educación de la más alta calidad (Broome, 2009, p.178).

No obstante que algunos programas educativos han mostrado tener buenos resultados (Duffy, Frenn, & Patterson, 2011), otros análisis indican que, específicamente en cuanto a la investigación en educación de enfermería se refiere, no se ha hecho lo suficiente (Oermann, 200; Shultz, 2009; Yonge et al., 2005). Quizá las muestras de estudio han sido pequeñas, los estudios llevados a cabo en una sola institución, los instrumentos de medición no han tenido la suficiente validez y confiabilidad, etcétera. De hecho, la mayor parte de la literatura sobre educación de enfermería ha sido enfocada hacia estudiantes de pregrado, y por lo tanto, los resultados han sido conceptualizados de forma delimitada. Además, muchos de estos estudios han sido dirigidos para generar estrategias de enseñanza-aprendizaje muy específicas, y raramente, los diseños de investigación dan seguimiento a la transferencia de la realidad académica a la realidad de la práctica. Aunado a todo esto, hay que considerar también que muchas medidas educativas de "calidad", "éxito", "efectividad", etcétera, frecuentemente se limitan a los resultados de exámenes profesionales, y esto, a pesar de que no existe evidencia suficiente sobre la correlación de estas puntuaciones con la calidad y seguridad del cuidado provisto por los nuevos profesionales.

Crear una agenda nacional para la investigación en educación de enfermería no sólo se refiere a aumentar el grado de sofisticación de los estudios y de las medidas de resultados. Igualmente importante es cómo, simultáneamente, se puede mejorar nuestra capacidad para la investigación del desarrollo mismo de nuestra educación. Pocas escuelas de enfermería tienen programas de investigación sobre educación de enfermería en los que se incluyan a todos los actores (académicos, estudiantes, profesionales, establecimientos de cuidado, laboratorios, instituciones, etcétera, etcétera), y no obstante que diversos programas doctorales están apoyando cada vez más el desarrollo de estudiantes interesados en la investigación sobre educación de enfermería, pocos académicos tienen las trayectorias que puedan guiar este entrenamiento. Por lo tanto, en la agenda nacional sobre educación de enfermería debe considerarse la generación de recursos para impulsar a los expertos en

educación con trayectorias que tengan las características idóneas para apoyar el desarrollo de programas de investigación sobre educación.

El Jonas Center for Nursing Excellence (2011), en asociación con la National League for Nursing y la American Association of Colleges of Nursing, ha empezado a apoyar a estudiantes de doctorado en educación de enfermería. Análogamente, el programa 2011 de la Josiah Macey Jr. Foundation apoya a diversos académicos para que desarrollen innovaciones educacionales que impulsen la educación de enfermería y otras ciencias de la salud, sin embargo, se necesitan muchas más de estas iniciativas (Broome, 2009) ya que todas estas actividades en conjunto irán creando el terreno fértil para el desarrollo de nuestra educación. Así que, para hacer avanzar a la ciencia de la educación de enfermería, es necesario que todos los actores nos involucremos.

Referencias:

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating Nurses: A call for radical transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Broome, M. (2009). Building the science of nursing education: Vision of improbable dream? *Nursing Outlook*, 57, 177-179.

Duffy, J.R., Frenn, M., & Patterson, B. (2011). Advancing nursing education science: An analysis of the NLN's grant program 2008-2010. *Nursing Education Perspectives*, 32, 10-13.

Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington D.C. National Academies Press.

Jonas Center for Nursing Excellence. (2011). Jonas Nurse Leaders Scholar Program. www.jonascenter.org/grants/guidelines

Josiah Macey Jr. Foundation. (2011). Macey faculty scholars. www.josiahmaceyfoundation.org/macy-scholars

National Institute for Nursing Research. (2011). Institutional training programs (T32). www.ninr.nih.gov

National League for Nursing. (2005). *Transforming nursing education*. New York, NY.

Oerman, M.H. (2007, November). Evidence in nursing education: is it guiding our teaching? American Academy of Nursing 34 Annual Meeting and Conference. Washington DC.

Shultz, C. M. (2009). *Building a science of nursing education: foundation for evidence-based teaching and learning*. New York. National League for Nursing.

Yonge, O.J., Anderson M., Profetto-McGrath, J., Day, R. (2005). An inventory of nursing education research. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2(1), Article 11.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T32**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Aprendizaje Basado en el Equipo: una Revisión de la Literatura

Sisk RJ.

Team-Based Learning: Systematic Research Review

Nurs Educ. 2011;50(12): 665-9.

Aprendizaje Basado en el Equipo: una Revisión de la Literatura

Journal of Nursing Education Vol. 50. No. 12, 2011.

Rebecca J. Sisk, PhD, RN, CNE

Associate Professor, Chamberlain College of Nursing, National Management Offices, Lombard, ILL.

Abstract:

El aprendizaje basado en el equipo (ABE) es un método de aprendizaje activo desarrollado para ayudar a los estudiantes a alcanzar los objetivos de un curso mientras aprenden a funcionar en equipos. Muchos académicos han adoptado el ABE pero la evidencia sobre la efectividad de este acercamiento no está bien clara. 17 estudios originales sobre ABE son analizados en esta revisión sistemática. Estos estudios son de investigación descriptiva y experimental publicados de 2003 a 2011 en la literatura de enfermería, medicina, educación, y negocios. Generalmente, los estudiantes están satisfechos con el ABE y se integran con mayor frecuencia a los cursos con esta metodología, y se considera que los estudiantes en clases con ABE obtienen mejores puntuaciones en los exámenes. Sin embargo, se necesitan más estudios experimentales de alta calidad para confirmar que el aprendizaje basado en el equipo positivamente afecta las puntuaciones en los exámenes y genera estudiantes que tienen la habilidad para trabajar bien en equipos.

Artículo:

Los modelos para la práctica profesional del siglo 21 requieren de enfermeras que participen en esfuerzos organizacionales como miembros de equipos multidisciplinarios (American Nurses Credentialing Center, 2011). Además, desarrollar una cultura de seguridad es una meta crucial en las organizaciones para el cuidado de la salud (Nadzam, 2009). El trabajo de equipo es una parte importante en el desarrollo de una cultura de seguridad (Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, 2010). Aprender a funcionar dentro de equipos genera un marco de trabajo que es incompatible con las estructuras jerárquicas que se imponen mediante el poder (Lamontagne, 2010; Nadzam, 2009; Pfrimmer, 2009). Los métodos de enseñanza que fomentan una interacción de grupo saludable y responsable son una base indispensable para los estudiantes de enfermería. En este sentido, se han desarrollado una variedad de metodologías para ayudar a los estudiantes a trabajar juntos en grupos. Un interesante método ABE diseñado por Michaelsen, Knight, y Fink (2002) ha sido usado en una variedad de campos incluyendo negocios, ingeniería, enfermería, informática, y las humanidades.

Por todo lo anterior la pregunta es: ¿cuál es el efecto de aplicar ABE como una estrategia para mejorar los resultados educacionales?

Aprendizaje Basado en el Equipo:

El aprendizaje basado en el equipo es una forma especializada de aprendizaje de grupo en la que equipos de estudiantes se integran en tareas enfocadas hacia la resolución de problemas. La premisa fundamental del método es que la cohesión del equipo conducirá al aprendizaje (Michalsen & Sweet, 2008b). Esta metodología se caracteriza por cuatro principios:

- 01:** formar equipos heterogéneos.
- 02:** enfatizar la responsabilidad de los estudiantes.
- 03:** proveer tareas de equipo significativas enfocadas hacia la resolución de problemas del mundo real.
- 04:** proveer retroalimentación a los estudiantes.

A los estudiantes se les pide estudiar y preparar sus tareas para contribuir efectivamente con el equipo. Su preparación está determinada por pruebas sobre qué tan listos se encuentran, así como por la revisión de compañeros y responsabilidad de equipo. Cuando los estudiantes llegan a clase, primero presentan una breve prueba sobre qué tan listos se encuentran. Luego resuelven la misma prueba pero ahora en equipo. Los estudiantes luego hacen sus evaluaciones entre compañeros para calificarse sobre elementos tales como preparación individual, asistencia a clase, asistencia a conferencias de equipo, y contribuciones a las discusiones. Durante estos procesos, los académicos proporcionan retroalimentación.

Análisis de la Literatura sobre ABE:

Las variables comunes encontradas en el análisis fueron:

- 01:** satisfacción de los estudiantes.
- 02:** compromiso de los estudiantes.
- 03:** puntuaciones en los exámenes.

En general los estudiantes están satisfechos con el ABE como un método alternativo de aprendizaje, no obstante, algunos prefieren el método pasivo de formato de clase tradicional. Los datos encontrados en la literatura muestran que los estudiantes están más comprometidos con los cursos con ABE. Aunque los estudios han demostrado que las puntuaciones en los exámenes mejoran con ABE, no se ha precisado con claridad si esta comparación general es entre grupos o pre-prueba post-prueba. Una observación interesante es que los estudiantes que no son exitosos académicamente funcionan mejor en los cursos con metodología ABE.

Sugerencias para Investigación Futura:

Sugerencias sobre el diseño de investigación:

Los estudios sobre ABE deben ser más experimentales que descriptivos. Cuando se lleven a cabo comparaciones, las asignaciones aleatorias deben ser frecuentes. Se deben aplicar un reconocimiento pre-prueba sobre la situación de los estudiantes antes de cualquier aplicación de metodología ABE.

Sugerencias sobre los resultados:

Además de la necesidad de mejorar los diseños, los resultados investigados en estudios sobre ABE deben ser precisados. Primero, no obstante que la satisfacción de los estudiantes es importante, ésta no es una forma válida para evaluar si un método de enseñanza realmente funciona. Segundo, usar el compromiso de los estudiantes para integrarse en actividades de clase como variable de resultados es interesante, pero debe considerarse que esto está esperado por que el método así lo presupone. Tercero, el resultado más significativo para evaluar un método de enseñanza debe ser si los estudiantes realmente aprenden. Además de las puntuaciones en los exámenes, otros resultados como la prueba NCLEX (EPAC en la ENEO) y un seguimiento en el desarrollo de los graduados deben ser evaluados. Finalmente, quizá sea tiempo de considerar otro resultado, uno que será difícil de definir y medir – efectividad en el trabajo de equipo. En este sentido, encuestas y grupos de enfoque son dos formas con las cuales un programa educativo puede obtener datos de los alumnos y de los empleadores sobre este parámetro.

Conclusión:

Encontrar métodos para ayudar a los estudiantes a trabajar efectivamente en equipos es importante para desarrollar un ambiente seguro para el cuidado de la salud. Los artículos descritos en esta revisión confirman que el ABE es un método prometedor, pero para demostrar que el ABE es efectivo, los investigadores deben aplicar herramientas de medición sólidas para documentar y comparar todas las variables de resultados usando diseños experimentales y estadística inferencial.

Referencias:

Abdelkhalek, N., Hussein, A., Gibbs, T., & Hamdy, H. (2010). Using team-based learning to prepare medical students for future problem-based learning. *Medical Teacher*, 32, 123-129.

American Nurses Credentialing Center. (2011). Program overview. Re-trieved from <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview.aspx>

Bick, R.J., Oakes, J.L., Actor, J.K., Cleary, L.J., Felleman, D.J., Ownby, A.R., et al. (2009). Integrative teaching: Problem solving and integration of basic science concepts into clinical scenarios using team-based learning. *Journal of the International Association of Medical Science Educators*, 19, 26-34.

Chung, E.K., Rhee, J.A., Baik, Y.H., & A, O.S. (2009). The effect of team-based learning in medical ethics education. *Medical Teacher*, 31, 1013-1017.

Clark, M., Nguyen, H., Bray, C., & Levine, R. (2008). Team-based learning in an imdergraduate nursing course. *Journal ofNursing Education*, 47, 111-117.

- Espey, M. (2010). Valuing teams: What influences student attitudes? *North American College and Teachers Association Journal*, 54, 31-40.
- Feingold, C., Cobb, M., Givens, R., Arnold, J., Joslin, S., & Keller, J. (2008). Student perceptions of team learning in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 47, 214-222.
- Fund for the Improvement of Postsecondary Education. (2003). Evaluation of team learning in health-sciences education. Retrieved from <http://fipsdatabase.ed.gov/grantshow.cfm?grantNumber=P116B00088>
- Haberyan, A. (2007). Team-based learning in an industrial/organizational psychology course. *North American Journal of Psychology*, 9, 143-152.
- Hunt, D., Haidet, P., Coverdale, J., & Richards, B. (2003). The effect of using team learning in an evidence-based medicine course for medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15, 131-139.
- Kelly, P., Haidet, P., Schneider, V., Searle, N., Seidel, C., & Richards, B. (2005). A comparison of in-class learner engagement across lecture, problem-based learning, and team learning using the STROBE class-room observation tool. *Teaching and Learning in Medicine*, 17, 112-118.
- Koles, P., Nelson, S., Stolfi, A., Parmelee, D., & DeStephen, D. (2005). Active learning in a year 2 pathology curriculum. *Medical Education*, 39, 1045-1055.
- Koles, P., Stolfi, A., Borges, N.J., Nelson, S., & Parmelee, D.X. (2010). The impact of team-based learning on medical students' academic performance. *Academic Medicine*, 85, 1739-1745.
- Kühne-Eversmann, L., Eversmann, T, & Fischer, M. (2008). Team- and case-based learning to activate participants and enhance knowledge: An evaluation of seminars in Germany. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28, 165-171.
- Lamontagne, C. (2010). Intimidation: A concept analysis. *Nursing Forum*, 45(1), 54-65. doi: 10.1111/J.1744-6198.2009.00162.X
- McInerney, M.J., & Fink, L.D. (2003). Team-based learning enhances long-term retention and critical thinking in an undergraduate microbial physiology course. *Journal of Microbiology and Biology Education*, 4, M3-12. doi:10.1128/jmbe.v4.68
- Mennenga, H.A. & Smyer, T. (2010). A model for easily incorporating team-based learning into nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), Article 4.
- Michaelson, L.K., Knight, A.B., & Fink, L.D. (2002). *Team-based learning: A transformative use of small groups*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group.
- Michaelsen, L.K., & Sweet, M. (2008a). Creating effective team assignments. In L.K. Michaelsen, D.X. Parmelee, K.K. McMahon, & R.E. Levine (Eds.), *Team-based learning for health professions education: A guide to using small groups for improving learning* (pp. 35-36). Sterling, VA: Stylus.
- Michaelsen, L.K., & Sweet, M. (2008b). Fundamental principles and practices of team-based learning. In L.K. Michaelsen, D.X. Parmelee, K.K. McMahon, & R.E. Levine (Eds.), *Team-based learning for health professions education: A guide to using small groups for improving learning* (pp. 9-34). Sterling, VA: Stylus.
- Nadzam, D.M. (2009). Nurses' role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24, 184-188.

O'Malley, K.J., Moran, B.J., Haidet, P., Seidel, C.L., Schneider, V., Morgan, R.O., et al. (2003). Validation of an observation instrument for measuring student engagement in health professions settings. *Evaluation and the Health Professions*, 26, 86-103.

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (2009). Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of evidence. Retrieved from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

Parmelee, D.X., DeStephen, D., & Borges, N.J. (2009). Medical students' attitudes about team-based learning in a pre-clinical curriculum. *Medical Education Online*, 4(1), 1-7. doi:10.3885/meo.2009.Res00280

Pfimmer, D. (2009). Teamwork and communication. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 294-295.

Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., & Lackan, N. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 156-165. doi:10.1111/UJ.1547-5069.2009.01330.X

Sandor, M.K. (2008). Spirituality and clinical care: Comparing team-based learning strategies with lecture and standardized patient scenarios in an interdisciplinary course. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 8(2), 2p.

Thomas, P.A., & Bowen, C.W. (2011). A controlled trial of team-based learning in an ambulatory medicine clerkship for medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 23(1), 31-36.

Touchet, B.K., & Coon, K.A. (2005). A pilot use of team-based learning in psychiatry resident psychodynamic psychotherapy education. *Academic Psychiatry*, 29, 293-296.

Wiener, H., Plass, H., & Marz, R. (2009). Team-based learning in intensive course format for first-year medical students. *Croatian Medical Journal*, 50(1), 69-76.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T33

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Experiencias de Enfermeras Recién Graduadas en Programas de Entrenamiento Rotacional en Japón

Gregg MF, Shigematsu T, Hayashi C, Kono M, Yoshida K.

Newly Licensed Nurses' Experiences in Rotational Training Programs in Japan

J Contin Educ Nurs. 2011;42(2): 89-96

Experiencias de Enfermeras Recién Graduadas en Programas de Entrenamiento Rotacional en Japón

Misuzu F. Gregg, RN, PhD, Toyomi Shigematsu, RN, MN, Chifuyu Hayashi, RN, PhD, Masako Kono, RN, MA, y Kozue Yoshida, RN, BN.

The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol 42. No 2, 2011.

Abstract:

En este artículo se describen algunas experiencias de enfermeras recién graduadas en programas de entrenamiento rotacional. Para esto, se eligió un diseño descriptivo cualitativo. Las transcripciones de las entrevistas fueron codificadas para cada incidente y ordenadas para identificar agrupaciones comunes de experiencias. Los hallazgos indicaron que las recién graduadas enfermeras experimentaron tanto beneficios como adversidades por este sistema de entrenamiento. Ellas se beneficiaron por el aprendizaje extendido a través de diversas experiencias. Sin embargo, también experimentaron estrés y falta de sensación de satisfacción debido al corto período en cada rotación. Las enfermeras que están a cargo del desarrollo del personal deben intentar minimizar los efectos negativos y maximizar los efectos positivos para mejorar la competencia clínica de estas enfermeras.

Artículo:

Actualmente, la competencia clínica de las recién licenciadas enfermeras en Japón no es la adecuada para la práctica en hospitales debido a la complejidad del cuidado de los pacientes. La implementación de un sistema de entrenamiento de posgrado para mejorar el conocimiento y las destrezas de las recién licenciadas enfermeras ha estado en discusión durante 30 años. El anterior Ministro de Salud de Japón sugirió que un sistema de entrenamiento para las enfermeras recién licenciadas era necesario en 1987. La Japanese Nursing Association propuso que los programas de entrenamiento clínico para las recién licenciadas enfermeras deberían ser obligatorios a partir de 2005. El sistema de entrenamiento para las recién graduadas enfermeras depende de los hospitales que las contratan, pero algunos hospitales no tienen programas de entrenamiento (Kusama, 2007). El Ministry of Health, Labor and Welfare empezó a subsidiar programas de entrenamiento de enfermería en 2008, y comenzando en abril de 2010, diversos programas de entrenamiento clínico de posgrado fueron fomentados por ley; sin embargo, no hay regulaciones claras al respecto.

En Japón, muchos hospitales tienen orientaciones únicas y programas como-parte-del-trabajo. Algunos hospitales han iniciado programas de entrenamiento que duran más de 6 meses debido a que sus líderes han notado que las recién licenciadas enfermeras necesitan entrenamiento adicional en las especialidades de enfermería. Muchos reportes sobre entrenamiento clínico de posgrado pueden ser encontrados en publicaciones japonesas; sin embargo, no hay suficientes estudios sobre las experiencias de las recién graduadas enfermeras en cuanto a programas rotacionales. En este artículo se describen algunas experiencias de estas enfermeras. Finalmente se hacen recomendaciones para los programas de entrenamiento clínico de posgrado.

Revisión de la Literatura:

En Japón, aproximadamente el 80% de las escuelas de enfermería eran de diploma de 3 años en 2008 (nivel técnico). Actualmente, el número de programas de licenciatura se está incrementando rápidamente. Debido a que los programas de licenciatura tienen menos horas de prácticas clínicas que los programas de diploma hospitalario (en Japón), esta diferencia pudiera ser la responsable de las dificultades que algunas graduadas enfrentan. Sin embargo, el número de horas de práctica para todos los estudiantes de enfermería se ha reducido, y el número de materias requeridas para la práctica ha aumentado de 4 a 7. Por esta razón, las estudiantes de enfermería tienen tiempo limitado para prepararse para la práctica clínica en cada especialidad de enfermería. Aún más, las estudiantes de enfermería que no tienen una licencia están limitadas en las destrezas que pueden aplicar a pacientes en hospitales.

En Japón se ha reportado que 70% de las recién graduadas enfermeras pueden llevar a cabo sólo 4 de 104 destrezas por sí mismas al inicio de sus empleos (Japanese Nursing Association, 2002). Estas destrezas son básicas. Se espera que programas de posgrado resuelvan estas deficiencias. Actualmente, el entrenamiento que estas graduadas reciben depende de los hospitales, existen muchas clases de entrenamientos clínicos de posgrado en Japón, y en un hospital, estos programas redujeron la tasa de cambios de las recién graduadas de 17.5% en 2005 a 2.5% en 2007 (Homma & Souma, 2007).

La transición de estudiante a enfermera registrada es también difícil para las nuevas graduadas en otros países. En los Estados Unidos, aún después de 1 año de práctica, muchas recién graduadas enfermeras seguían teniendo dificultad para llevar a cabo varias destrezas de forma independiente (Fink, Krugman, Casey, & Goode, 2008). Los programas de enfermería de licenciatura preparan a las estudiantes para trabajar en diversos establecimientos; sin embargo, las graduadas tienen dificultad para practicar en los hospitales de cuidado agudo (Goode & Williams, 2004). El programa de residencia de enfermería de posgrado fue desarrollado por el University Health System Consortium y la American Association of Colleges of Nursing para facilitar esta transición (Krugman et al., 2006). Las evaluaciones de este programa han indicado menores tasas de cambios y mayores tasas de satisfacción, conduciendo a mejores expectativas sobre reclutamiento y retención (Altier & Krsek, 2006; Pine & Tart, 2007; Williams, Goode, Krsek, Vendas, & Lynn, 2007). Un estudio indicó que la tasa de cambios de las enfermeras recién graduadas se redujo de 50% en 2004 a 13% en 2005 a través de este programa (Pine & Tart, 2007).

En Australia, el programa de enfermería de posgrado fue implementado para desarrollar enfermeras registradas competentes y confiables (Levett-Jones & FitzGerald, 2005). No obstante que este programa ayudó en la transición de estudiante a enfermera, durante los primeros meses de empleo en entrenamiento rotacional, las nuevas graduadas enfermeras experimentaron choques de realidad cuando se movían a otras salas debida a la limitada asistencia que recibían de enfermeras más experimentadas (Kelly & Ahren, 2008).

El apoyo ha sido indicado como una forma de facilitar la transición de enfermera novata a avanzada en los programas de enfermería de posgrado (Johnstone, Kanitsaki, & Currie, 2007). Existen también grupos que proveen apoyo psicológico a las nuevas graduadas (Mangone & King, 2005), y el desarrollo del rol de tutora de enfermera de posgrado ha sido eficiente para promover la eficacia de estos programas de entrenamiento (Nicol & Young, 2007).

Objetivo del estudio:

En este estudio se reportaron algunas experiencias de enfermeras recién licenciadas en programas de entrenamiento rotacional que duraron más de 6 meses.

Métodos:

Se usó un diseño descriptivo cualitativo.

Obtención de datos y participantes del estudio:

Los datos fueron obtenidos través de entrevistas formales semi-estructuradas. Las participantes del estudio se encontraban en programas de entrenamiento rotacional en seis diferentes hospitales. Todas las participantes eran mujeres de entre 21 y 26 años de edad, con una media de 23.2 años. Con respecto de su educación básica de enfermería, tres se graduaron de escuelas de diploma (nivel técnico), dos se graduaron de programas de licenciatura, y una se graduó de un programa de 5 años que incluyó la preparatoria. Las entrevistas fueron llevadas a cabo de 6 a 8 meses después del inicio del programa rotacional.

Análisis de datos:

Los datos fueron analizados usando un método descriptivo cualitativo. Se grabaron las entrevistas. Todos los códigos fueron examinados y comparados en busca de similitudes y diferencias. Las categorías resultantes fueron discutidas entre los investigadores hasta alcanzar un consenso.

Consideraciones éticas:

Este estudio fue aprobado por el comité interno del Kobe City Collage of Nursing, Kobe, Japón. Una carta describiendo el propósito del estudio, los métodos de obtención de datos, y los acuerdos sobre confidencialidad fue enviada a los directores de los hospitales participantes. Cada director sugirió prospectos para el estudio, pero se acordó que no serían informados si estos prospectos habían participado o no. Todas las participantes firmaron su consentimiento sobre los riesgos, beneficios, costos, confidencialidad, y procedimientos de retiro.

Resultados:

Programas rotacionales:

Tres hospitales empezaron sus programas rotacionales más de dos años antes de las entrevistas, mientras los otros tres programas estaban en el primer año de sus programas. Cada hospital tenía una o más tutoras, o facilitadoras de programa, por sala. Cuatro participantes eligieron los hospitales específicamente debido a los programas rotacionales que les ofrecían.

Experiencias de las recién licenciadas enfermeras:

Seis categorías y 15 subcategorías emergieron del análisis de datos. Estas seis categorías fueron categorizadas en tres tipos de experiencias: intrapersonal, interpersonal, y de sistemas. Cada tipo de experiencia es discutido brevemente, con citas ilustrativas de las participantes.

Experiencias intrapersonales :

Las experiencias intrapersonales incluyeron “haber aumentado el aprendizaje a través de varias experiencias” y “tener estrés y falta de sentimiento de satisfacción.”

“Haber aumentado el aprendizaje a través de varias experiencias” es la ventaja ofrecida por los programas de entrenamiento rotacional. Las participantes del estudio ya habían rotado a través de varias salas, incluyendo salas de operación y unidades de cuidado intensivo, al momento de ser entrevistadas. Ellas consideraban que habían incrementado las oportunidades de aprendizaje gracias a los programas de entrenamiento rotacional. Una participante dijo:

Cuando yo quería observar las pruebas de un paciente, me lo permitían. Yo tuve muchas experiencias en 8 meses. Este es el beneficio del programa de entrenamiento rotacional.

Otra participante expresó un sentimiento de conocimiento de lo que sus pacientes experimentaban:

Cuando tengo que cuidar pacientes muy enfermos en nuestra sala, llegamos a entender mejor que antes a los pacientes por que aprendemos sobre las experiencias que tuvieron en la unidad de cuidados intensivos o en la sala de operación.

Las participantes reportaron que ellas pueden dar mejor cuidado a los pacientes por que tuvieron la oportunidad de aprender sobre las experiencias de los pacientes en diferentes condiciones de salud en diferentes salas.

Las participantes también consideraron que ellas tuvieron más oportunidades de aprendizaje por que, como enfermeras rotacionales, pueden tener menos pacientes que otras enfermeras. Ellas tienen suficiente tiempo para leer los resultados de los exámenes de laboratorio y reflexionar sobre su propia práctica. Una participante dijo:

Otras enfermeras tenían dos cuartos, pero las enfermeras rotacionales tienen solo un cuarto que comparten con una enfermera experimentada. Desde el inicio, yo no tuve que llenar los reportes de nuestros pacientes, así que tuve suficiente tiempo

para observar el cuidado que proporcionaba la enfermera experimentada. Yo encontré nuevas y mejores formas de cuidar a mis pacientes. Yo tuve mucha suerte.

Cuando las recién licenciadas enfermeras intentan encontrar un trabajo en un hospital, ellas tienen que indicar qué sala prefieren. Algunas participantes del estudio no tenían idea de que sala elegir. Esta es una de las razones por las cuales se integraban en programas de entrenamiento rotacional. En el momento de las entrevistas, algunas participantes habían decidido dónde querían trabajar, aunque otras no. Sin embargo, todas tenían un mejor entendimiento de dónde querían trabajar y qué querían hacer, en relación con su situación antes del programa de entrenamiento rotacional. Una participante explicó ese beneficio así:

Cada sala tiene su propia atmósfera y diferentes tipos de pacientes. Cada enfermera tiene una relación de uno a uno con cada paciente. Yo encontré un lugar donde me acomodaba mejor considerando la opinión de mi tutora y el tipo de pacientes que iba a cuidar. El programa de entrenamiento rotacional me da la oportunidad de tener claro esto, y cuando tu encuentras lo que quieres hacer, tu tienes mayor entusiasmo para trabajar.

No obstante que las participantes del estudio tenían la ventaja de programas de entrenamiento profesional, ellas reportaron que estaban “teniendo estrés y falta de sensación de satisfacción.” Las enfermeras rotacionales permanecen en una sala durante 1 a 3 meses, dependiendo del programa del hospital. Usualmente, ellas permanecen en la sala de operaciones y la unidad de cuidados intensivos por un mes. Las participantes que estuvieron en la unidad de cuidados intensivos por sólo 1 mes no pudieron dar cuidado alguno a los pacientes por que la destreza necesaria era grande. Cuando las enfermeras cambiaban de sala, ellas primero tenían que observar cómo el personal de sala cuidaba a los pacientes; por lo tanto, no tenían suficiente tiempo para cuidar a los pacientes por si mismas. Al momento que sabían cómo cuidar a los pacientes, ellas tenían que ser re-localizadas en otra sala. Consecuentemente, ellas se sentían insatisfechas en su rol de enfermeras. Una participante explicó sus sentimientos así:

Cuando yo estaba en la unidad de cuidados intensivos o la sala de operaciones, yo no podía dar cuidado alguno a mis pacientes. Yo no sentía satisfacción alguna. Cuando mis amigas que trabajaban para otros hospitales me dijeron su historia sobre cómo se sentían como enfermeras, yo me deprimí. Cuando mis amigas me dijeron sobre qué quieren hacer en enfermería, yo pensé que yo no había alcanzado ése nivel. Yo perdí toda mi motivación para la enfermería.

Las participantes del estudio valoraron las experiencias que tuvieron trabajando en diferentes salas. Sin embargo, al mismo tiempo, reportaron que muchas de sus experiencias habían sido “dispersas.” Una participante dijo:

Si yo trabajo en un hospital que no tiene programa de entrenamiento rotacional, sólo sabría los tratamientos y exámenes usados en la sala donde trabajo. Sin embargo, yo sentí que mis experiencias de aprendizaje fueron un poco dispersas. Esta es una de mis preocupaciones. Mis otras amigas que eligieron hospitales sin programa de entrenamiento rotacional estuvieron en una sola, pero la aprendieron con detalle.

Las participantes del estudio también tuvieron dificultad para adaptarse al medio ambiente de cada sala debido al limitado tiempo de cada rotación. Una participante describió su dificultad para acostumbrarse a cada nuevo ambiente así:

En Abril – al principio de la rotación – todo lo que podía hacer era acostumbrarme al sistema del hospital, por ejemplo a la cobranza, a dónde poner el equipo, etcétera. Yo no podía pensar en enfermería o pacientes. Cuando ya me había acostumbrado al trabajo, yo era rotada a la unidad de cuidados intensivos. Era un área totalmente diferente. Yo tenía que aprender un nuevo sistema desde el principio otra vez.

Con respecto de establecer relaciones con otras enfermeras en una sala, una participante dijo:

Cuando yo empecé en una nueva sala, yo estaba muy tensa por que no conocía a nadie, pero me acostumbré a ellas. Sin embargo, hay enfermeras rotacionales que dicen que tuvieron dificultad para establecer relaciones personales cada vez que eran rotadas.

Experiencias interpersonales:

Las experiencias interpersonales incluían “encontrar que a las enfermeras experimentadas les faltaba compañerismo”, “reconocer diferencias con nuevas enfermeras asignadas a la sala desde Abril”, y “recibir apoyo.”

Con respecto a “encontrar que a las enfermeras experimentadas les faltaba compañerismo”, en algunos casos, a las participantes se les dijo: “no tienes que recordar esto por que estas aquí sólo por esta rotación”, o “tu eres una enfermera que no pertenece a esta sala.” Ellas consideraban que las enfermeras de sala no querían repetir información tal como la localización del equipo cada vez que una nueva enfermera rotacional llegaba a la sala. En estas instancias, las enfermeras rotacionales percibían una falta de compañerismo de parte de las enfermeras experimentadas.

Las participantes del estudio fueron “reconociendo diferencias con las nuevas enfermeras asignadas a la sala desde abril.” Cuatro hospitales tienen un sistema que designa dos diferentes rutas para las nuevas enfermeras. Una ruta es el programa de entrenamiento rotacional; la otra es trabajar en una sala asignada desde el inicio. Las enfermeras rotacionales pensaron que estaban atrasadas con respecto de las enfermeras que habían trabajado en una sola sala desde el principio.

Una de las participantes fue re-localizada a la sala de operaciones en Noviembre. Había enfermeras que habían trabajado en la sala de operaciones por 8 meses. La enfermera rotacional dijo:

Frecuentemente no veo cómo trabajan, pero pienso que lo están haciendo bien, no sólo en términos de sus destrezas de enfermería, sino también en términos de otro trabajo tal como grabar las historias de salud. Lo están haciendo bien. Yo veo los puntos a favor de las enfermeras que han trabajado en la sala desde abril. Yo trato de no pensar que soy peor que ellas.

Las participantes del estudio también pensaron que las enfermeras experimentadas le daban prioridad a las enfermeras que habían trabajado en la sala desde el inicio del período.

A pesar de que las participantes del estudio tenían algo de estrés, ellas apreciaban “recibir apoyo” de las enfermeras ejecutivas, así como de otras enfermeras experimentadas que ya habían pasado por el mismo entrenamiento rotacional. Una participante lo expresó así:

Al principio de este programa de entrenamiento, hubo un momento cuando me sentí en problemas como enfermera rotacional. En ese momento, una enfermera experimentada que había sido enfermera rotacional, y que estaba en su segundo año en el hospital me dijo que ella entendía la importancia del programa de entrenamiento rotacional, y que yo debería continuar el programa por el resto del año. Ella dijo que yo entendería el valor del programa después.

Las participantes del estudio recibieron apoyo de tutoras y supervisoras. Las tutoras y supervisoras checaban las destrezas de enfermería de las participantes, y las enfermeras rotacionales las consultaban por problemas o preocupaciones. Durante el programa de entrenamiento rotacional, las participantes del estudio conocieron a mucha gente en los hospitales. Esta situación incrementó las oportunidades para que recibieran apoyo de otras personas.

Una participante del estudio dijo que ella conoció a una enfermera que realmente respetó. Esta experiencia ayudó a las participantes a encontrar una sala a la que querían ser asignadas.

Las participantes del estudio también se apoyaron unas a las otras al intercambiar información sobre las salas donde algunas de ellas ya habían trabajado previamente, y al hablar de sus experiencias como una forma de aliviar el estrés. Un hospital proporcionó oportunidades para que las enfermeras tuvieran un breve encuentro antes de concluir con sus turnos.

Experiencias de sistemas:

Las experiencias de sistemas incluyeron “percatarse de una falta de integración de los sistemas de entrenamiento en las salas.” Algunos hospitales iniciaron programas de entrenamiento rotacional el año en que las entrevistas fueron llevadas a cabo. Ni miembros del personal, ni las enfermeras rotacionales entendían bien el entrenamiento. Una participante dijo:

Nosotras somos el primer grupo de enfermeras rotacionales; por lo tanto, el personal no entendía el programa por que es nuevo. Desde luego, es la primera vez para nosotras. Ninguna sabía qué hacer.

Sin embargo, esta situación fue casi la misma que en un hospital que había iniciado desde hacía más de un año. Una participante dijo:

Este es el segundo año del programa de entrenamiento rotacional en este hospital, ¿o no? Pero ningún miembro del personal o de las salas de este hospital está preparado para este entrenamiento. Algunas enfermeras no sabían nada acerca de esto, y cuando alguna de ellas estaba a cargo de nosotras, no sabía enseñarnos bien.

Las participantes del estudio se percataron de diferencias en los sistemas de enseñanza usados en cada sala. En algunas salas no había tutoras disponibles, y por lo tanto ellas tuvieron problemas para encontrar alguien que les respondiera sus preguntas. Una participante explicó sus experiencias así:

En la unidad de cuidados intensivos, las enfermeras me hacían muchas preguntas sobre el significado de las destrezas de enfermería y el propósito del cuidado. Yo sentí que debía responder a esas preguntas y que esto era bueno para mí. Sin embargo, en otras salas, las enfermeras casi no me hacían preguntas.

Discusión:

Las participantes tuvieron tanto ventajas como desventajas del programa de entrenamiento rotacional. Los beneficios incluyeron aumento de oportunidades de aprendizaje y diversas experiencias en distintas áreas de especialidad, incluyendo las que querían. Estos beneficios son los mismos que se reportaron en un estudio Australiano. Las recién graduadas enfermeras reportaron que ellas fueron capaces de ver y experimentar muchas cosas, y que ahora pueden determinar dónde quieren trabajar al finalizar el programa (Kelly & Ahern, 2008). Las enfermeras que tomaron programas de entrenamiento rotacional supieron dónde querían trabajar, por lo que se presupone que esto reflejó una menor tasa de cambios hacia el futuro. Uno de los propósitos de los hospitales es prevenir el abandono temprano, y una forma de lograr esto es a través de programas de entrenamiento rotacional.

Las estudiantes de enfermería Japonesas tienden a elegir un hospital como su primer empleo de acuerdo a los programas educacionales que ofrece (Hara, 2009). Similarmente, los programas de residencia de enfermería en los Estados Unidos son usados para reclutar y apoyar a las recién graduadas enfermeras (Poyton, Madden, Bowers, Keefe, & Peery, 2007). En este estudio, cuatro de las seis participantes eligieron sus hospitales debido al programa de entrenamiento rotacional ofrecido. Este resultado indica que estos programas son útiles para el reclutamiento.

Como experiencias interpersonales, las participantes del estudio también experimentaron las desventajas de programas de entrenamiento rotacional, tales como aumento de estrés y disminución de su sensación de satisfacción debido a las rápidas rotaciones. En los programas de entrenamiento rotacional, las nuevas enfermeras experimentaron mayor ansiedad cuando rotaban, y ninguna tuvo una buena experiencia al cambiar de sala (Nelly & Ahern, 2008). En comparación con el programa de entrenamiento rotacional australiano, los Japoneses tienen períodos más cortos de rotación en cada sala. Las participantes de este estudio experimentaron de cuatro a nueve salas o unidades en 6 a 12 meses.

Con respecto a su experiencia de empleo de primera vez como enfermera registrada, una encuesta en los Estados Unidos indicó que las nuevas enfermeras enfrentaban una situación estresante, incluyendo asignaciones inadecuadas y malas condiciones de trabajo que pusieron en peligro la seguridad del cuidado del paciente (Bowels & Candela, 2005). En este estudio las participantes no reportaron eso. Esto es por que las enfermeras japonesas son tratadas como "entrenadas" y no tienen que cuidar tantos pacientes como si estuvieran asignadas. Por esta razón, estas enfermeras reportaron que tuvieron muchas experiencias, y es esperado que 6 a 12 meses de entrenamiento rotacional permita a las recién licenciadas enfermeras adaptarse a su situación de trabajo. Estudios adicionales en esta área son necesarios para evaluar la efectividad de los programas de entrenamiento rotacional identificando cómo las recién licenciadas enfermeras trabajan luego de completar sus programas.

En lo que respecta a las experiencias interpersonales, las participantes de este estudio tuvieron relaciones con enfermeras experimentadas, tutoras, supervisoras y otras enfermeras. Algunas participantes reportaron que las enfermeras rotacionales no fueron bienvenidas. Hallazgos similares fueron reportados en otro estudio, en el cual las nuevas graduadas notaron que las enfermeras experimentadas las ignoraban para indicar que no eran bienvenidas en sus salas (Kelly & Aern, 2008). En estas situaciones, las enfermeras rotacionales notaron una falta de compañerismo de parte de las enfermeras de sala. Es importante para las recién graduadas enfermeras tener un sentido de pertenencia a su ambiente laboral (Winter-Collins & McDaniel, 2000). En un estudio reciente se reportó que las graduadas quieren sentirse como parte de la cultura de la unidad (Fink et al., 2008).

Las experiencias de sistemas de las participantes del estudio no fueron placenteras por que, tanto el personal de sala como las enfermeras rotacionales, no entendían muy bien los programas de entrenamiento - en parte por que estos programas eran nuevos en estos hospitales. Las participantes reportaron que no eran apoyadas lo suficientemente por las enfermeras experimentadas por que éstas no entendían los programas rotacionales. Como resultado, habían diferencias en la enseñanza entre las diversas salas. Para crear una atmósfera en la cual todo el personal del hospital apoye a las enfermeras rotacionales, el propósito del programa y las experiencias de las enfermeras deben ser compartidos con todos los miembros del personal hospitalario.

A pesar de que las participantes de este estudio reportaron experiencias negativas, ellas se apoyaron entre si. Las nuevas graduadas enfermeras tuvieron el mayor apoyo por parte de otras recién graduadas enfermeras y todas subrayaron la importancia del apoyo moral (Fink et al., 2008; Johnstone et al., 2007; Nelly & Ahren, 2008). Los hospitales deben proveer oportunidades para que las enfermeras rotacionales compartan sus experiencias entre si.

Conclusión:

En este estudio se describieron las experiencias de recién licenciadas enfermeras en programas de entrenamiento rotacional. Las participantes tuvieron tres tipos de experiencias: intrapersonales, interpersonales, y de sistemas. En todas estas experiencias, las participantes tuvieron tanto beneficios como desventajas. Como beneficios, las enfermeras rotacionales tuvieron mayor aprendizaje a través de diversas experiencias y fueron capaces de identificar la sala donde pudieran desear estar. Sin embargo, ellas experimentaron estrés por que tenían que adaptarse a un nuevo ambiente cada 1 a 3 meses, y también reportaron una falta de sentimiento de satisfacción debido a las constantes rotaciones. También experimentaron estrés por la falta de compañerismo de parte de algunas enfermeras experimentadas.

Las enfermeras que están a cargo del desarrollo del personal hospitalario deben tratar de minimizar las desventajas y maximizar las ventajas de los programas de entrenamiento rotacional para facilitar la transición de estudiantes a enfermeras registradas. Los hospitales deben crear un mejor ambiente para apoyar a las enfermeras rotacionales. Es importante compartir los propósitos de los programas de entrenamiento rotacional y las experiencias de sus enfermeras con el resto del personal hospitalario. Una educación adecuada de las recién graduadas licenciadas enfermeras mejorará la calidad de enfermería en los hospitales.

Referencias:

Altier, M. E., & Krsek, C. A. (2006). Effect of a 1-year residence program on job satisfacción and retention of new graduate nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22, 70-77.

Bowles, C., & Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates. *Journal of Nursing Administration*, 35, 130-137.

Fink, R., Krugman, M., Casey, K., & Goode, C. (2008). The graduate nurse experience: Qualitative residency program outcomes of Nursing Administration, 38, 341-348.

Goode, C. J., & Williams, C. A. (2004). Post-baccalaureate nurse residency program. *Journal of Nursing Administration*, 34, 71-77.

Hará, R. (2009). Kanoshi toshite byouin ni shuushoku surukoto wosentakushita kangokei daigaku 4 nennsei no shokuba sentaku youin [Workplace selection factors of senior baccalaureate students who will work as a nurse]. Japanese Nursing Association Research Conference: Nursing Administration, 39, 391-393.

Honma, H., & Souma, A. (2007). Rishokuritsu teika ni tsunagatta sinnosotsu kangoshi rinnshou kennshu [New graduated nurses training program which lowered the turnover rate]. Official Journal of the Japanese Nursing Association, 59, 46-54.

Japanese Nursing Association. (2002, November 22). Shinsotsu kangoshi no kango kihon gijutsu ni kansuru jittai chousa [Results on survey about basic nursing skills of newly graduated nurses. Tokyo: Author.

Johnstone, M. J., Kanitsaki, O., & Currie, T. (2007). The nature and implications of support in graduate nurse transition programs: An Australian study. Journal of Professional Nursing, 24, 46-53.

Kelly, J., & Ahern, K. (2008). Preparing nurses for practice: A phe-nomenological study of the new graduate in Australia. Journal of Clinical Nursing, 18, 910-918.

Krugman, M., Bretschneider, J., Horn, P. B., Krsek, C. A., Moutafis, R. A., & Smith, M. O. (2006). The national post-baccalaureate graduate nurse residency program: A model for excellence in transition to practice. Journal for Nurses in Staff Development, 20, 196-205.

Kusama, T. (2007). Kangoshi rinshou kenshuu hisshuka suishin kentou iinnkai houkoku to nihon kango kyokai no kangae kata [Report on nurse residency program requirement committee and an opinion of the Japanese Nursing Association]. Official Journal of the Japanese Nursing Association, 59, 16-23.

Levett-Jones, T., & FitzGerald, M. (2005). A review of graduate nurse transition programs in Australia. Australian Journal of Advanced Nursing, 23, 40-45.

Mangone, N., & King, J. (2005). Group debriefing: An approach to psychosocial support for new graduate registered nurses and trainee enrolled nurses. Contemporary Nurse, 20, 248-257.

Nicol, P., & Young, M. (2007). Sail training: An innovative approach to graduate nurse preceptor development. Journal for Nurses in Staff Development, 23, 298-302.

Pine, R., & Tart, K. (2007). Return on investment: Benefits and challenges of a baccalaureate nurse residency program. Nursing Economics, 25, 13-18,39.

Poynton, M. R., Madden, C., Bowers, R., Keefe, M., & Peery, L. H. (2007). Nurse residency program implementation: The Utah experience. Journal of Healthcare Management, 52, 385-397.

Santucci, J. (2004). Facilitating the transition into nursing practice: Concepts and strategies for mentoring new graduates. Journal for Nurses in Staff Development, 20, 274-284.

Schoessler, M., & Waldo, M. (2006). Organizational infrastructure to support development of newly graduated nurses. Journal for Nurses in Staff Development, 22, 286-293.

Williams, C. A., Goode, C. J., Krsek, C., Bednash, G. D., & Lynn, M. R. (2007). Postbaccalaureate nurse residency 1-year outcomes. Journal of Nursing Administration, 37, 357-365.

Winter-Collins, A., & McDaniel, A. M. (2000). Sense of belonging and new graduate Job satisfaction. *Nurses in Staff Development*, 16, 103-111.

Yoshida, K., Kawakami, Y., Toki, K., Morishita, A., Nogami, S., Sugi-ura, M., et al. (2009). Rinshou kenshu seido dounyu niokeru shin-saiyou no shozoku kotei kangoshi to rinshou kenshu kangoshi no kango gijutsu shuutoku joukyou no hikaku chousa [Comparative study of nursing skills' acquisition between nurses fixed in a ward and rotational nurses in a clinical training program]. *The Japan Society of Nursing: Nursing Education*, 40, 128-130.



ENEEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T34

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Aumentar Atención, Incrementar la Memoria, y Mejorar el Aprendizaje con Estrategias de tipo Base-Mente

Restaino R.

Gain Attention, Enhance Memory, and Improve Learning With Brain-Based Strategies.

J Contin Educ Nurs. 2011; 42(5): 199-200

Aumentar Atención, Incrementar la Memoria, y Mejorar el Aprendizaje con Estrategias de tipo Base-Mente.

Rusti Restaino, RN, BSN, MBA; Roert Wood Johnson Foundation New Jersey Nursing Initiative Faculty Preparation Scholar at William Patterson University, School of Nursing, Wayne, New Jersey.

The Journal of Continuing Education in Nursing, Vol 2, No. 5, 2011.

Artículo:

Es práctico aplicar lo que conocemos sobre la función mental a la enseñanza tradicional y en línea. La enseñanza con base en un paradigma de tipo base-mente ha recibido creciente atención durante los últimos años, así que entender cómo la mente recuerda y aprende puede proveer guías para fortalecer la metodología de los educadores de enfermería.

La mente está limitada en su habilidad para poner atención durante largos periodos de tiempo. Medina (2008) considera que la mente puede mantener la atención durante 10 minutos (Hartley & Davies, 1978, como citado por Medina, 2008). Esto significa que aproximadamente a los 10 minutos, o quizá antes, la mente empieza a divagar, y la lección que usted diligente y cuidadosamente preparó va convirtiéndose en ruido de segundo plano, y no en el foco de atención de sus estudiantes. De acuerdo con Medina (2008), la llave para combatir esta aparente limitación es construir bloques de información de 10 minutos.

Digamos que usted está preparando una clase sobre cambios sensoriales en los adultos mayores, usted pudiera planear discutir las condiciones y cambios específicos a cada categoría sensorial en segmentos de 10 minutos. Su clase de 90 minutos pudiera consistir, por ejemplo, en 4 segmentos de 10 minutos sobre visión, 3 segmentos de 10 minutos sobre audición, 1 segmento de 10 minutos sobre tacto, y 1 segmento de 10 minutos sobre gusto y olfato. Para una clase en línea, la presentación de power point pudiera ser estructurada de la misma forma.

Por su parte, Posner (como citado en Medina, 2008) consideró que la atención es el resultado de tres redes específicas de la mente. La primera es la red de atención que nos alerta cuando algo atrae nuestra atención. Luego sigue la red de orientación que nos orienta hacia el estímulo atrayente. Y finalmente la red ejecutiva que nos hace decidir qué hacer – enfocarnos al estímulo o ignorarlo. Debido a que los estudiantes no siempre tienen el entusiasmo y la disposición para concentrarse en sus limitados alcances de atención, los educadores debemos generar su interés y luego mantenerlo durante 10 minutos. Pero ¿cómo generamos la atención de los estudiantes cuando hay tantos competidores? (otros estudiantes, libros, celulares, pensamientos internos, etcétera, etcétera)

Elicitar emociones genera atención y también ayuda a recordar información por que estimula la amígdala que a su vez promueve la formación de memorias (Jensen, 2008; Medina, 2008) - esta táctica ha sido empleada por los mercadólogos para improntar productos en las mentes de los consumidores. Así que pedir a los estudiantes que reflejen sus sentimientos cuando hacen una tarea o participan en una sesión clínica, por ejemplo, elicitará sus emociones y mejorará su aprendizaje. Pero también hay otra forma de lograr esto, y esta es a través de la generación de historias (Hsu, 2008). Cuando los estudiantes se integran en

narrativas, sus emociones se entrelazan con aquellas de la historia creando un estado que los psicólogos refieren como “transporte narrativo” (Hsu, 2008). Usted puede generar atención e influir en la memoria al decir una historia oral o escrita sobre usted mismo, sobre los pacientes a quienes ha estado dando cuidado, sobre otros estudiantes, sobre experiencias relevantes, etcétera. Generar historias es esencial durante los estudios de caso para que los estudiantes puedan desarrollar sus destrezas de pensamiento crítico; especialmente cuando, además, se incluyen componentes visuales ya que estos son reconocidos y recordados mejor.

La mente recuerda el punto principal o sentido general – la esencia – antes que los detalles (Shacter, 2001). Esta característica permite que los individuos se beneficien de la información presentada aún si los conceptos específicos no pueden ser recordados Schacter (2011). Por esta razón, proporcionar a los estudiantes una introducción o esencia sobre un tópico o concepto al principio de cada bloque de 10 minutos aumentará la probabilidad de que logren un aprendizaje efectivo.

Finalmente, Herman Ebbinghaus (1964) fue un pionero en investigación de la memoria a finales del siglo 19, y sus estudios indicaron que la repetición de información mejora la habilidad de los individuos para recordar; en especial si estas repeticiones son repartidas durante el tiempo y no “en una sola sentada”

Conclusión:

Con clases estructuradas en bloques de 10 minutos favoreciendo los estímulos visuales, identificando el punto central y luego desarrollando sus detalles, fomentando la elicitación de emociones con historias, y promoviendo repeticiones de información espaciadas en el tiempo, es posible aumentar el nivel de aprendizaje de nuestros estudiantes.

Referencias:

- Ebbinghaus, H (1964). *Über das Gedächtnis Untersuchungen zur Experimentellen Psychologie*. H.A. Ruger & C.E. Busenius, Trans., New York, NY. (Original work published in 1885).
- Hartley, J., & Davies, I.K. (1978). Note-taking: A critical review. *Programmed Learning and Educational Technology*, 15, 207-224.
- Hsu, J. (2008). The secrets of storytelling: Our love for telling tales reveals the workings of the mind. *Scientific American Mind*, 19(4), 46-49.
- Jensen, E. (2008). *Brain-based learning: The new paradigm of teaching*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Medina, J. (2008). *Brain rules: 12 principles for surviving and thriving at work, home, and school*. Seattle, WA: Pear Press.
- Schacter, D.L. (2001). *The seven sins of memory: How the mind forgets and remembers*. New York, NY: Houghton Mifflin.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T35

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Una Cultura de Apoyo Mutuo: Descubriendo por qué las Nuevas Enfermeras Permanecen en Enfermería

Zeller EL, Doutrich D, Guido GW, Hoeksel R.

A Culture of Mutual Support: Discovering Why New Nurses Stay in Nursing.

J Contin Educ in Nurs. 2011; 42(9):409-14

Una Cultura de Apoyo Mutuo: Descubriendo por qué las Nuevas Enfermeras Permanecen en Enfermería.

Edna L. Zeller, RN, MN, CDE, Clinical Nurse Educator, Providence St. Peter Hospital, Olympia, Washington.

Dawn Doutrich, RN, PhD, CNS, Associate Professor.

Ginny W. Guido, RN, JD, MSN, FAAN, Regional Director-Nursing and Assistant Dean.

Renee Hoeskel, RN, PhD, CCRN, Assistant Dean RN-BSN Program, Washington State University College of Nursing, Vancouver Washington.

The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol 42. No 9, 2011.

Abstract:

La retención y satisfacción de las nuevas enfermeras ha sido un tema de investigación y recurrente preocupación para enfermeras educadoras y administradoras; y debido a que ésta escasez continúa incrementándose, la retención de nuevas enfermeras se hace todavía más importante. En este artículo se describen las experiencias de seis nuevas enfermeras quienes eligieron permanecer en su primer puesto de trabajo durante 2 años. Los resultados cualitativos sugieren que, a pesar de que se sentían insuficientemente preparadas, éstas enfermeras perseveraron debido a una cultura de apoyo mutuo. Las participantes de este estudio señalaron que las personas que contemplan quedarse en la enfermería necesitan “mantener sus ojos abiertos, permanecer fuertes, perseverar, y promover una cultura de apoyo mutuo.”

Se espera que la escasez de enfermeras aumente entre 2% y 3% anualmente en las siguientes dos décadas (Buerhaus, Staiger, & Auerbach, 2009). Esta escasez ha ido incrementado la necesidad de que las instituciones dedicadas al cuidado de la salud *retengan* a las nuevas enfermeras contratadas. Sin embargo, las nuevas enfermeras graduadas están abandonando sus primeros empleos, y hasta la profesión misma, a tasas alarmantemente altas. Con tasas de cambio o abandono de profesión mayores al 50% en algunas áreas, es imperativo que la comunidad de enfermería resuelva cómo solucionar este problema (Bowles & Candela, 2005; Pellico, Brewer, & Kovner, 2009).

En la literatura actual de enfermería, diversos artículos postulan que las nuevas graduadas enfermeras están abandonando sus trabajos por causas tales como: socialización inadecuada, estrés asociado con la asignación de personal, insuficiente orientación, problemas con el salario y los horarios, y actitudes negativas, y hasta hostiles, de parte de las co-trabajadoras (incluyendo sus supervisoras) (Anderson, Linden, Alles, & Gibas, 2009; Bowles & Candela, 2005; Gardulf et al., 2005; Halfer & Graff, 2006; Kovner, Brewer, Greene, & Fairchild, 2009; Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gelinas, Desformes, & Marchionni, 2008). Por la otra parte, la investigación también sugiere que las enfermeras permanecen en sus empleos si éstas se sienten satisfechas con sus experiencias profesionales, lo que incluye apoyos para el aprendizaje, soporte administrativo, horarios y salarios adecuados, relaciones profesionales, y oportunidades de crecimiento profesional (Halfer & Graf, 2006; Kovner et al, 2009). No obstante lo anterior, la investigación también ha sugerido que los programas de retención y las estrategias de

orientación promueven la satisfacción laboral de las enfermeras (Adlam, Dotchin, & Hayward, 2009; Anderson et al., 2009; Halfer & Graf, 2006; Kovner et al., 2009; Scott, Engelke, & Swanson, 2008).

Sin embargo, sigue siendo poca la investigación relativa a las experiencias que viven las nuevas enfermeras graduadas, y por qué éstas deciden permanecer en su primer empleo. Para complementar la literatura actual, este estudio fue enfocado hacia las perspectivas de algunas nuevas enfermeras graduadas y por qué éstas permanecieron en su primer trabajo durante por lo menos 2 años. La información generada pudiera ayudar a las líderes de enfermería a establecer prioridades con respecto a los esfuerzos necesarios para retener a las nuevas enfermeras graduadas.

Métodos:

El estudio fue llevado a cabo en un hospital regional en el oeste de Washington. Seis enfermeras registradas, dos hombres y cuatro mujeres, participaron en la generación de datos. Antes de convertirse en enfermeras, todas, excepto una, ya habían tenido alguna experiencia en el cuidado de la salud, incluyendo como recepcionista clínica y enfermera técnica. Dos participantes tenían grado asociado en enfermería (nivel técnico), mientras las otras contaban con la licenciatura. La selección de las participantes se basó en el lugar y la duración de su experiencia laboral luego de haber obtenido su licencia para trabajar.

Una revisión de la literatura mostró que una buena parte de la investigación sobre las nuevas enfermeras graduadas ha sido conducida con enfermeras de 1 a 2 años de experiencia laboral. Para este estudio, las enfermeras fueron elegibles si tenían entre 24 y 30 meses de experiencia de trabajo. Todas las participantes estaban empleadas por el mismo hospital que las contrató, y las 6 participantes representaron 4 diferentes unidades de cuidado agudo.

Un diseño descriptivo cualitativo analítico interpretativo y fenomenológico fue usado para describir las percepciones y experiencias de las nuevas graduadas enfermeras; Martin Heidegger desarrolló la fenomenología hermenéutica como un método para “iluminar los detalles y los aspectos aparentemente triviales dentro de las experiencias de nuestras vidas, con un objetivo de crear significado y lograr un sentido de entendimiento” (Alberti, 2003, p.7.). Una asunción de la fenomenología hermenéutica es que el investigador es parte del mundo y que por lo tanto, no se puede encontrar algo sin la interpretación basada sobre los antecedentes del mismo investigador. Esto implicó que las investigadoras revelaran y consideraran sus experiencias anteriores como enfermeras.

Las participantes recibieron información oral y escrita sobre el estudio, y luego dieron su consentimiento informado. Las entrevistas duraron aproximadamente 30 minutos. Estas entrevistas fueron grabadas, transcritas, y asociadas con notas de campo. Para aumentar confiabilidad, un equipo analítico, un comité de investigación, y otros profesionales de enfermería y otras áreas, fueron invitados para leer y analizar las entrevistas. Se identificaron segmentos significativos y luego éstos fueron indexados sistemáticamente usando el software Ethnograph (Leonard, 1989, p.54).

Resultados:

“Ayudar a otros y a la comunidad” fue una de las principales razones por las cuales las participantes estudiaron enfermería. Algunas de las participantes conocieron la enfermería cuando algún familiar o amigo se enfermó, y las interacciones

positivas que tuvieron con las enfermeras que los cuidaron fueron descritas como importantes para que ellas, a su vez, decidieran haberse hecho enfermeras. La necesidad de ayudar a otros y proveer servicio es un fuerte impulso para hacerse enfermeras, pero además, ésta es una de las razones por las cuales las nuevas enfermeras continúan en la enfermería. Una participante dijo:

“Me gusta ayudar a la gente. Este es mi trabajo. Esto es lo que hago. Yo necesito cuidar pacientes; esto es parte de mi. . . es como mi identidad.”

Las participantes también señalaron que la gratitud de los pacientes y sus familias es otro de los motivadores para mantenerlas en la enfermería. Una participante describió las profundas emociones que experimenta cuando provee cuidados a sus pacientes y sus familias de la siguiente forma:

“Yo necesito eso. Yo necesito estar ayudando a pacientes y sus familias. Me nutre su gratitud.”

Las participantes mencionaron que, aunque difícil, proveer cuidados era una razón para ser enfermeras, esos momentos, además, las *“llenaban emocionalmente.”* Este balance entre riesgo y recompensa fue un hallazgo constante en todas las entrevistas.

Los resultados de esta investigación fueron clasificados dentro de las siguientes categorías:

- 01:** Cultura de apoyo mutuo.
- 02:** Cómo se persevera.
- 03:** Mantener los ojos abiertos (lo que incluye considerar el impacto que sufren las nuevas enfermeras durante su transición a la enfermería clínica).

Cultura de apoyo mutuo:

No obstante que las historias expresadas por las participantes fueron diversas, todas las enfermeras entrevistadas estuvieron de acuerdo en una cosa: la principal razón por la que pudieron permanecer en enfermería fue su trabajo en equipo. En enfermería, existe el cliché de que las enfermeras veteranas le hacen la vida difícil a las enfermeras nuevas durante su desarrollo a practicantes competentes (Race & Skees, 2010), pero esto fue categóricamente negado por las participantes en nuestro estudio. Un enfermero lo dijo así:

“Tu sabes. . . en la Escuela de Enfermería yo escuché que las enfermeras se comen a las nuevas; pero yo nunca he visto nada de eso. . . Yo estuve rodeado por enfermeras experimentadas quienes continua y pacientemente me mostraron el camino.”

El mismo enfermero luego agregó que la gente con quien él trabaja funciona como equipo; desde la más alta administradora hasta las enfermeras de piso, y todos contribuyen a crear una atmósfera de apoyo mutuo.

Esta cultura de apoyo incluye el sentimiento de que otros están compartiendo la misma experiencia, y por lo tanto, es más fácil afrontarla. En su trabajo, Kramer (1974) sugirió la existencia de “un shock de la realidad” que sufren las nuevas enfermeras. Las participantes de este estudio indicaron que tal shock de realidad se caracteriza por mucho estrés y temor. Una participante lo señaló de la siguiente manera:

“Yo estoy nerviosa de que no sea una buena enfermera. Ese es mi mayor temor.”

Esta ansiedad por tener un mal desempeño también fue descrita por otra enfermera quien señaló que su meta era ser capaz de decir: *“hoy no mate a alguien.”* Sin embargo, aunque se sintieron abrumadas y temerosas, las enfermeras de este estudio confiaron en sus equipos para generar confianza. Una enfermera comentó, *“Tiene que haber mucho apoyo. Cuando tu eres una enfermera nueva, todos quieren abordarte y ayudarte. Yo creo que esa es la clave. Tu nunca sientes que estás sola.”* Por esta cultura de apoyo, las nuevas enfermeras se sintieron aceptadas y necesitadas, y esta experiencia incrementó su deseo de aprender más y de desempeñarse mejor. Una enfermera lo dijo así:

“Yo no quiero problemas ni para el equipo, ni para nuestros pacientes, así que me estoy esforzando para todos.”

Recomendación:

Generar cultura de apoyo. Esto implica apoyo para la comunicación y construcción de equipos. Debe fomentarse que las unidades dentro de la institución crezcan y se desarrollen juntas. Desafortunadamente, cuando los presupuestos son estrechos, los programas que apoyan el trabajo de equipo son los primeros en ser eliminados. Esto pudiera ser contra-productivo por que sin estos apoyos las enfermeras pierden su fe en la institución o hasta en la profesión misma. Encuentros, días de educación, seminarios dentro del hospital, y participación administrativa son ejemplos de pasos que pueden ser tomados para promover comunicaciones más abiertas, así como una cultura de apoyo mutuo.

Cómo se persevera:

A las participantes se les preguntó ¿Por qué tantas enfermeras dejan la enfermería a los 2 años? Una enfermera dijo:

“Yo creo que el éxito como enfermera tiene mucho que ver con quién eres y cómo perseveras.”

Un enfermero dijo:

“La madurez ayuda mucho, pero al mismo tiempo, yo estoy actualmente trabajando con enfermeras que tienen 8 años de experiencia y que se hicieron enfermeras cuando tenían 20 años de edad. Así que la juventud no fue un problema.”

La madurez emocional y mental fue identificada como muy importante para perseverar. Vivir con ética y no “hablar o apuñalar por la espalda a una compañera” fue identificado como fundamental para el éxito. También se identificó a una enfermera exitosa como aquella que “nunca se quejaría sobre una asignación.” Las participantes también señalaron la necesidad de continuar retándose a sí mismas aumentando su educación. Una enfermera dijo:

“Esta es la razón por la cual he permanecido en este hospital. Ellos me proveen con más educación y tratan de ayudar a las enfermeras a hacer mejor sus actividades. . . yo no creo que trabajaría para un hospital que no estuviera interesado en educar a sus enfermeras.”

La perseverancia fue un tema importante por que todas las enfermeras reconocieron que lleva tiempo desarrollar confianza en las habilidades. Una enfermera dijo:

“El otro día, yo me encontré con una enfermera que era nueva en el piso y que me preguntó por qué sabía tanto. Yo le respondí: dos años de práctica.”

Finalmente, las participantes identificaron la necesidad de que las nuevas enfermeras se cuiden a sí mismas como parte de ser responsables y perseverantes. Una enfermera lo expresó así:

“Tu necesitas tomar descansos; éstos son muy importantes. Los descansos te ayudan a centrarte y a hacer tu trabajo mejor.”

Las participantes fueron capaces de identificar las enfermeras quienes no habían practicado su auto-cuidado. Una enfermera lo expresó así:

“Ellas se desgastan (burn-out) muy fácilmente. Ellas se cansan de andar de un lado para el otro, de contestar teléfonos, de estar de pie todo el día.”

En cuanto a los días difíciles, una enfermera mostró su perseverancia al decirse a sí misma:

“Pienso en resistir ya que mañana será mejor y más fácil.”

Recomendación: Es necesario mantener un proceso de educación constante. Las enfermeras entrevistadas expresaron su deseo de continuar en enfermería pero a través de *educación y experiencias*. A las enfermeras que están sintiendo burn-out se les debe ofrecer más elecciones y opciones para evitar que abandonen la profesión. Se debe fomentar en estas enfermeras que participen en oportunidades educativas tanto dentro como fuera de la institución. Una enfermera lo explicó así:

“Es una lástima que estemos perdiendo tantas enfermeras por burn-out.”

Para ayudar a prevenir el burn-out las enfermeras deben practicar constantemente su el auto-cuidado. Las administradoras deben fomentar y facilitar descansos y vacaciones. Se debe limitar el tiempo extra y la rotación a unidades no familiares sin el completo entrenamiento.

Mantener los ojos abiertos:

Los participantes reportaron sentirse mal preparados para la realidad de ser enfermeras al empezar sus empleos. Una enfermera comentó:

“Nadie te explica lo difícil que este trabajo puede ser. Algunas entran a la enfermería sin idea alguna de lo que es. Las estudiantes deben pensar mucho. La enfermería no es para todos.”

La misma enfermera luego agregó:

“Yo no creo que todas las escuelas de enfermería te preparen adecuadamente para lo que este trabajo implica.”

Todas excepto una de las enfermeras entrevistadas creían que no habían sido preparadas lo suficientemente para la profesión de enfermería.

Recomendación:

Presentar una imagen realista de la enfermería. La necesidad de incrementar las prácticas clínicas en los estudiantes no es un asunto nuevo, pero sigue siendo una gran preocupación para la enfermería, en parte por la falta de espacios clínicos, y de académicos. Sin embargo, las nuevas enfermeras comentan que lo más importante es tener una mayor exposición a prácticas.

Una enfermera lo expresó así:

“Tu sabes, debería haber más trabajo clínico, más actividad de piso. Quiero decir, la teoría es buena pero tu necesitas trabajar más con el paciente.”

La Carnegie Foundation, en su recomendación para el diseño de la educación de enfermería sugirió enfatizar el enlace entre la teoría y la práctica (Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2010)

Conclusión:

A través de los ojos de las nuevas enfermeras, la transición de estudiante a enfermera competente está llena de miedos a fallar, y de sentimientos de incapacidad, pero también existen las recompensas por cuidar a otros, y ser parte de un equipo de cuidado. Interesantemente, ninguna de las enfermeras entrevistadas atribuyeron directamente su éxito en permanecer en la profesión de la enfermería a los diversos programas que los hospitales han desarrollado, no obstante que las oportunidades de educación y residencia fueron ampliamente reconocidas. Sin embargo, las educadoras de enfermería, las administradoras, y las jefes de personal deben buscar áreas dónde las nuevas enfermeras puedan seguir desarrollándose. Las voces de las nuevas enfermeras que deciden quedarse en enfermería son valientes y fuertes. Estas enfermeras creen en el valor de la enfermería. Pero el mayor contribuyente para seguir en enfermería, de acuerdo a la experiencia de estas 6 enfermeras, es

el sentido de comunidad y apoyo que sintieron. Esta comunidad o cultura de apoyo necesita ser más investigada. Se necesita profundizar en cómo la educación de enfermería puede generar, replicar, facilitar, nutrir esta cultura. Las nuevas enfermeras son un recurso muy valioso para los hospitales y comunidades, y también son el futuro de la profesión de enfermería.

Referencias:

- Adlam, K. A., Dotchin, M., & Hayward, S. (2009). Nursing first year of practice, past, present and future: Documenting the journey in New Zealand. *Journal of Nursing Management*, 17, 570-575. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00932.x
- Anderson, T., Linden, L., Alien, M., & Gibbs, E. (2009). New graduate RN work satisfaction after completing an Interactive nurse residency. *Journal of Nursing Administration*, 39(4), 165-169.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bowles, C., & Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 130-137.
- Buerhaus, P. I. (2009). Can the nursing profession win the game? *Nursing Economics*, 27(4), 247-250.
- Buerhaus, P. I., Staiger, D. O., & Auerbach, D. I. (2009). *The future of the nursing workforce in the United States: Data, trends, and implications*. Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Cowin, L. S., & Hengstberger-Sims, C. (2006). New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 59-70. doi:10.1016/j.ijnursm.2005.03.004
- Gardulf, A., Soderstrom, I. L., Orton, M. L., Eriksson, L. R., Arnetz, B., & Nordstrom, G. (2005). Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*, 13, 329-337.
- Halfer, D., & Graf, E. (2006). Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economics*, 24(3), 150-155.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Greene, W., & Fairchild, S. (2009). Understanding new registered nurses' intent to stay at their jobs. *Nursing Economics*, 27(2), 81-98.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis, MO: Mosby.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology. A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 1-29.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Celinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16, 724-733. doi:10.1111/j.1365-2934.2007.00828.x
- Leonard, V. W. (1989). A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of the person. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 40-55.
- Pellico, L. H., Brewer, C. S., & Kovner, C. T. (2009). What newly licensed registered nurses have to say about their first experiences. *Nursing Outlook*, 57(4), 194-203. doi:10.1016/j.outlook.2008.09.008

Race, T. K., & Skees, J. (2010). Changing tides: Improving outcomes through mentorship on all levels of nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*, 3(2), 163-174.

Scott, E. S., Engelke, M. K., & Swanson, M. (2008). New graduate nurse transitioning: Necessary or nice? *Applied Nursing Research*, 21(2), 75-83. doi:10.1016/j.apnr.2006.12.002



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T36**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Transformando La Educación Clínica (Editorial)

Ironside P, M. McNelis AM.

Transforming Clinical Education

J Nurs Educ. 2011; 50(3): 123-124

Transformando La Educación Clínica (Editorial)

Pamela M. Intmide, PhD, RN, FAAN, ANEF

Associate Professor and Director of the Center for Research in Nursing Education

Angela M. McNelis, PhD, RN, ANEF

Associate Professor Indiana University

Journal of Nursing Education; Vol. 50, No 3, 2011.

Mientras los llamados para una transformación en la educación de enfermería se hacen cada vez más sonoros, los académicos en los Estados Unidos están buscando formas innovadoras de preparar mejor a los estudiantes para la práctica en los emergentes sistemas de cuidado de la salud. En una reciente encuesta con académicos de asignaturas clínicas, los participantes mencionaron diversas ideas al respecto; sin embargo, ninguno reportó alguna estrategia “muy efectiva” (Ironsides & McNelis, 2010).

En parte, la dificultad que los académicos enfrentamos para transformar la educación clínica se exagera cuando el enfoque es dirigido hacia la adopción de estrategias innovadoras pero sin revisar bien las metodologías subyacentes. En otras palabras, las estrategias que elegimos reflejan cómo vemos la práctica de enfermería; nuestras visiones de lo que cuenta como conocimiento sobre las destrezas y habilidades de enfermería; las relaciones entre estudiantes, académicos, pacientes, y clínicos; los establecimientos que seleccionamos; y las condiciones éticas que abrazamos. Cambiar las estrategias sin atender las bases pedagógicas no nos llevará a una transformación sustantiva y duradera, sino sólo a nuevas formas de hacer lo mismo. La transformación de la educación clínica requiere cambios sustantivos en cómo nosotros, como profesores, pensamos. Esto implica que ¡tenemos que re-examinar nuestras pedagogías!

En muchas escuelas de enfermería, las experiencias de educación clínica empiezan con un grupo de estudiantes que proveen cuidado directo a un único paciente en un establecimiento de cuidado no agudo. Durante estas experiencias, los estudiantes pasan mucho tiempo practicando las destrezas en enfermería “básicas” (e.g. cuidado personal, transferencia, alimentación, signos vitales, etcétera) por que se considera que estas destrezas son fundamentales para el aprendizaje de la práctica de enfermería – de hecho, estos cursos son frecuentemente llamados “fundamentales.” Así que algo fundamental implica que es muy importante y necesario. Cuando el modelo actual de educación clínica fue diseñado hace más de 80 años (Tanner, 2006), tales destrezas reflejaban los aspectos ciertamente fundamentales por no decir únicos de la práctica de esa época. Pero, ¿es esto verdad en el actual sistema de cuidado lleno de complejidades, incertidumbres, alta tecnología, etcétera? ¿Cuáles son las destrezas necesarias para la práctica de enfermería actual y hacia el futuro?

Es cierto que proveer cuidado básico y directo es importante y debe ser parte de la educación clínica; sin embargo, otros asuntos significativos son ¿cómo son estos procesos enseñados y cuánta repetición es necesaria para asegurar el aprendizaje? Por ejemplo, los académicos que respondieron a una encuesta de educación clínica comentaron que había mucho que hacer en el área del suministro de medicamentos (Ironsides & McNelis, 2010). Sin duda, mientras más conocimiento y práctica tengan los estudiantes, más competentes serán y mayor confianza les tendrán sus maestros. La literatura actual muestra que los errores de medicación ocurren debido a los altamente interactuantes efectos de factores individuales, de pacientes, y se sistema tales como: fatiga, interrupciones y distracciones, falta de conocimientos actualizados, clima laboral,

gradientes de autoridad, apoyos tecnológicos, carga de trabajo y estrés (Agyemang & While, 2010; Bady, Malone, & Fleming, 2009; Chang & Mark, 2009; Jones & Treiber, 2010). Pero también otros factores menos identificados como la confianza de las enfermeras sobre la memoria y la práctica habitual pudieran generar riesgos de seguridad (Cronenwett et al., 2007). Así que las preguntas que surgen son: ¿cuántas veces debe un estudiante llevar a cabo una destreza para demostrar que sabe confiablemente ponerla en práctica? ¿Cómo enseñamos a los estudiantes a manejar las interrupciones, distracciones, fatiga, estrés, gradientes de autoridad, etcétera?

Examinar las pedagogías subyacentes nos obliga a considerar la naturaleza de la práctica para la cual preparamos a nuestros estudiantes. El *Report on the Future of Nursing (2010) del Institute of Medicine* señala que las enfermeras deben hacerse “entrenadoras de salud, coordinadoras del cuidado, informáticas, proveedoras de cuidado primario, y líderes de equipo de salud.” Pero además se señala que los programas de enfermería deben proveer las herramientas necesarias para evaluar y mejorar los estándares de calidad y seguridad en el cuidado” (p9-10).

¿Reflejan nuestros cursos clínicos estos cambios? ¿Tendrían los estudiantes una nueva visión de su práctica si el currículo clínico iniciara con experiencias para encontrar, evaluar, y usar información con el objeto de explorar cómo se manejan efectivamente las condiciones de salud participando en iniciativas interdisciplinarias? ¿Verían los estudiantes estos aspectos de su práctica de forma diferente si estos fueran las destrezas fundamentales de enfermería?

Este es un gran momento de oportunidad para los académicos por que la atención nacional está siendo enfocada hacia la educación de enfermería de forma sin precedentes. Quizá la cuestión más importante que nos podemos preguntar sea: ¿qué tan dispuestos estamos para transformar nuestros cursos clínicos para preparar las nuevas enfermeras con los conocimientos, destrezas, y actitudes necesarias para los emergentes sistemas de cuidado de la salud? Este trabajo nos requerirá examinar críticamente las pedagogías que usamos, y sobre esta base, crear nuevas experiencias clínicas.

Referencias:

- Agyemang, R.E.O. & While. A. (2010). Medication errors: Types, causes and impact on nursing practice. *British Journal of Nursing*, 19, 380-385.
- Brady. A.M., Malone, A.M., & Fleming, S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 17, 679-697.
- Chang, Y.K., & Mark. B.A. (2009). Antecedents of severe and non.severe medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*, 41, 70-78.
- Cook, M, Ironside, P.M., & Ogrinc, G. (in press). Mainstreaming quality and safety: A reformulation of quality and safety education for health professions students. *Quality and Safety in Health Care*.
- Cronenwett. L., Shervwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson. J., Mitchell. P, et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*. 55, 122-13 1.
- Institute of Medicine. (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press. Retrieved from http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12956

Ironside, P.M.. & McNelis. A.M. (2010). Clinical education in prelicensure nursing programs: Results from a national survey. New York, NY: National League for Nursing.

Jones, J.H., & Treiber, L. (2010). When the 5 rights go wrong: Medication errors from the nursing perspective. *Journal of Nursing Care Quality*, 35. 240-247.

Tanner, C.A. (2006). The next transformation: Clinical education. *Journal of Nursing Education*, 45, 99-100.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T37

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Concepciones de Académicos Clínicos sobre la Enfermería

Forbes H.

Clinical Teachers' Conceptions of Nursing.

J Nurs Educ. 2011; 50(3): 152-7

Concepciones de Académicos Clínicos sobre la Enfermería.

Helen Forbes, PhD, RN

Journal of Nursing Education, vol. 50, No 3, 2011.

Abstract:

No hay suficientes investigaciones sobre cómo los académicos clínicos entienden la enfermería. En este estudio se exploraron las experiencias de algunos académicos clínicos sobre la enfermería y también cómo la enseñan. Se llevaron a cabo 20 entrevistas semi-estructuradas a enfermeras empleadas como académicas clínicas en diversas universidades australianas. Los datos fueron analizados a través de un lente fenomenológico. Los hallazgos sugieren que la enfermería es concebida como una actividad dirigida a realizar tareas, o como proveer cuidado apropiado para alcanzar los resultados de paciente esperados, a través de la colaboración con miembros del equipo. Las reflexiones aquí presentadas pudieran ayudar a la preparación y apoyo de los futuros académicos clínicos de enfermería, así como para el diseño de los programas curriculares.

Artículo:

Para lograr la competencia profesional, las estudiantes de enfermería necesitan exposición clínica y oportunidades de trabajo con pacientes. Las estudiantes de enfermería requieren apoyo, supervisión y enseñanza para poder lograr los objetivos en los ambientes clínicos (Reilly & Oermann, 1992). Este artículo se derivó de un estudio doctoral en el que se examinaron las concepciones de diversos académicos clínicos, así como sus acercamientos en cuanto a la enseñanza. El análisis de estas posturas provee bases para apoyar los roles de otros académicos clínicos en el futuro.

Revisión de la literatura:

Es importante entender cuál es el concepto de enfermería que tienen sus propios académicos. Satisfacer las necesidades individuales de los pacientes es uno de los valores nucleares correlacionados con un cuidado de alta calidad. La enfermería holística "asume un entendimiento de las necesidades biopsicosociales de cada persona, y un servicio que resuelve tantas de esas necesidades como sea posible" (FitzGerald, 2006, p.241). Llevar a cabo valoraciones de pacientes, construir relaciones, y satisfacer sus necesidades son componentes esenciales de la enfermería.

Una vista preliminar histórica de la naturaleza cambiante de la enfermería es importante para entender las concepciones de sus propios académicos clínicos. Durante el tiempo de Florence Nightingale, se dio una alianza entre la enfermería y la medicina en parte debido a la percepción de un conocimiento científico compartido (Greña, 2004). Pero esto fue modificándose hacia una posición de la enfermería al servicio de la medicina (Baly, 1997; Grehan, 2004). Consecuentemente, la enfermería fue vista por algunos como la servidumbre de la medicina (Nelson & Greña, 2006).

Nightingale vio a la enfermería como un esfuerzo holístico enfocado hacia la curación del paciente que involucraba mucho más que asistir a los médicos y aplicar destrezas clínicas (Baly, 1997). En efecto, Nightingale vio a las enfermeras como colaboradores de los médicos; no como sirvientes (Nightingale, 1969). Además de los roles colaborativos, Nightingale consideró que los pacientes son centrales para la enfermería, con las enfermeras actuando como “misioneras de la sanidad” y educadoras de la salud (Baly, 1997; Nightingale, 1969).

La aparición de nuevas tecnologías impactó el rol de la enfermera. Por ejemplo, la depuración de los procedimientos quirúrgicos implicó que los sujetos debían permanecer hospitalizados en lugar de ser cuidados en sus casas (Baly, 1997; Greha, 2004). Luego, más y mayores descubrimientos científicos y desarrollos tecnológicos impactaron la cultura y práctica hospitalaria, y la organización del cuidado de la salud en general (McConnell, 1998).

Se ha argumentado que la posición de servidumbre de la enfermería se acrecentó debido a la institucionalización del cuidado de la salud, en donde la enfermería fue llevada a realizar tareas más que a resolver las necesidades de los pacientes (Holliday & Parker, 1997). Sin embargo, la enfermería también fue vista como una profesión independiente e interdependiente donde, como parte de un equipo al cuidado de la salud, las enfermeras trabajan para alcanzar la mejoría y recuperación de los pacientes (Henderson, citado en Safier, 197, p.116).

El cuidado contemporáneo de la salud continúa experimentando numerosos cambios. El actual clima en el cuidado de la salud involucra a pacientes experimentando tratamientos muy especializados (Polder, Meerding, Bonneux, & van der Maas, 2005). También se argumenta que la enfermería se a “medicalizado” (Pearson, 1990), adoptando valores de la medicina asociados con la cura de las enfermedades, enfocándose sobre la tecnología más que sobre el cuidado, y asistiendo a médicos y duplicando los procedimientos del tratamiento (Jonsdottir, Litchfield, & Pharris, 2004).

La fragmentación del cuidado y la falta de enfoque sobre el paciente son vistos como consecuencias de lo anterior (Begun, Tornabeni, & White, 2006; Jonsdottir et al., 2004; Lumby, 2001). Una vez más, las diferencias son aparentes en cuanto a cómo la enfermería es percibida. Afortunadamente, las nociones de autonomía y colaboración profesional continúan siendo vistas como aspectos esenciales de la enfermería (International Council of Nurses, 2010).

Henderson sugirió que la “enfermería está modificada por la era en la que es practicada” (Henderson, como citado en Safier, 1977, p.121). Esta apreciación captura la naturaleza cambiante de la enfermería. La enfermería hoy en día se concentra no sólo en la provisión de cuidado ante las enfermedades, sino también en la continua promoción de la salud (International Council of Nurses, 2010).

En resumen, es posible entender la enfermería de diferentes formas. Por lo tanto, la forma en que las enfermeras entienden la enfermería puede ser influida por muchos factores. Dado el carácter impredecible de los ambientes para el cuidado de la salud actuales y la posibilidad de varios conceptos de enfermería, conocer las concepciones de enfermería de sus académicos es significativo por que de allí partirá su enfoque sobre su enseñanza. Se ha sugerido que si un académico clínico concibe la enfermería, por ejemplo con un enfoque sobre el paciente, entonces su enseñanza tendrá el mismo enfoque.

Ya que no ha habido suficiente investigación sobre académicos clínicos y sus perspectivas de la enfermería, los hallazgos de este estudio extienden el conocimiento que pudiera apoyar a los futuros académicos, así como en el diseño curricular, con el consecuente mejoramiento de los resultados de aprendizaje de los alumnos. Ya que muchos asuntos

relacionados con la preparación de enfermeras para su rol profesional son genéricos, los hallazgos de esta investigación tienen relevancia local e internacional, y pueden impulsar el entendimiento de la enfermería y su enseñanza clínica.

Objetivos:

La investigación reportada en este artículo examina las concepciones sobre la enfermería de algunos académicos clínicos. Este estudio forma parte de una investigación mayor (Forbes, 2007). Dados los cambios en la práctica de enfermería y el ambiente en la cual es practicada, es probable que las concepciones de enfermería varíen. En este artículo también se identifica y se discute esto.

Método:

La fenomenografía es un método para investigar cómo la gente experimenta los fenómenos (Marton, 1986). Aunque existen similitudes entre fenomenografía y fenomenología, es necesario apuntar las diferencias para evitar confusión entre los dos métodos de investigación.

El propósito de la fenomenología es capturar la riqueza de todas las formas que una persona experimenta un fenómeno. El análisis fenomenográfico está dirigido a identificar la variación en experiencias y sus estructuras subyacentes. El análisis fenomenográfico describe las relaciones internas entre los individuos y un fenómeno en el mundo (Marton & Booth, 1997). (Para mayor información detallada sobre el método de investigación fenomenográfica y métodos de comparación, ver (Sjostrom y Dahlgen, 2002).

Entender las concepciones es fundamental para la investigación fenomenográfica. Términos tales como concepción, percepción, o entendimiento son usados sinónimamente con formas de experimentar un fenómeno (Marton, 1986). Las concepciones son significados que la gente da a su entendimiento de un fenómeno y son generadas a partir de una amplia variedad de fuentes, incluyendo experiencias, imágenes, y conocimientos (Enwistle, Skinner, Entwistle, & Orr, 2000; Saljo, 1988). Las concepciones por lo tanto no son entidades estables sino dinámicas y dependen del contexto en el cual la tarea es estudiada. Es a través de esta relación interna entre el individuo y el mundo es que el significado es constituido.

El significado de un fenómeno se encuentra en la estructura de conciencia de la persona experimentando el fenómeno (Marton & Booth, 1997). La estructura de conciencia tiene dos aspectos: el horizonte interno y el horizonte externo. El horizonte interno constituye el núcleo de la conciencia de la persona. El ejemplo de una enfermera que está curando una herida de un paciente puede proporcionar clarificación. La enfermera pudiera estar conciente sólo de limpiar y vendar la herida, demostrando un entendimiento incompleto del manejo de las heridas. Por otra parte, una enfermera que también está conciente de la condición física, estado emocional, respuesta al tratamiento, nivel de sanación, y nivel de dolor está conciente de múltiples aspectos del fenómeno. Una enfermera con un entendimiento incompleto del cuidado de las heridas tiene menos aspectos del manejo de heridas en su horizonte interno.

El horizonte externo incluye aspectos del manejo de heridas de los que la enfermera no está conciente, así como otros aspectos del ambiente no directamente relacionados con el fenómeno pero que forman el contexto en el cual la enfermera

trabaja. Por ejemplo, estos aspectos pudieran incluir las características del cuarto, los otros cuartos en la sala, los pacientes y el personal, el hospital, así como asuntos en la vida privada de la enfermera. Estos aspectos son transitorios pero coexistentes con los aspectos del manejo de la herida en el horizonte interno de la enfermera (Marton & Booth, 1997).

Selección de participantes:

20 participantes fueron reclutados de diversas universidades en Victoria, Australia. Se contactaron 5 coordinadoras clínicas para solicitar acceso a los académicos clínicos empleados específicamente para enseñar estudiantes de licenciatura.

Usando criterios de selección específicos, la muestra seleccionada representó el máximo de variación de rango y por lo tanto resultó adecuada. Entre los criterios se incluyó que los participantes fueran académicos clínicos, sin importar la cantidad de experiencia en enseñanza o enfermería, quienes estuvieran empleados o secundados por alguna universidad.

Los coordinadores enviaron por correo un total de 80 cartas de invitación, con las formas de consentimiento, a los académicos clínicos. Un total de 34 maestros expresaron su interés y respondieron enviando sus datos con detalle.

De los 34 académicos interesados, 20 fueron seleccionados de acuerdo a disponibilidad. Hubo variación apropiada con respecto a experiencia en enfermería y enseñanza, términos de empleo, género, edad, tipo de establecimiento de cuidado en el que usualmente practicaban como enfermeras, tipo de establecimiento en el cual usualmente enseñaban, año de nivel de los estudiantes, tamaño de los grupos (Tabla 1). Se obtuvo por parte del comité de ética humana de la universidad el permiso para llevar a cabo este estudio, y se reunieron las formas de consentimiento de todos y cada uno de estos 20 participantes.

Tabla 01: Variación demográfica dentro de la muestra:

Variable	n
Mujeres	18
Hombres	2
Edad	20's-50's
Años de experiencia en enfermería	4 a más de 15
Area usual de practica	
Cuidado agudo	11
Obstetricia	1
Rehabilitación	1
Cuidado intensivo neonatal	1
Psiquiátrico	1
Cuidado crítico	1
Enseñanza clínica unicamente	4
Años de experiencia en enseñanza clínica	0 a más de 10
Empleada por universidad	19
Empleada por hospital	1
Tipo de establecimiento de impartición de enseñanza	
Cuidado agudo	11
Cuidado adulto mayor metropolitano	4
Cuidado adulto mayor rural	3
Rehabilitación	1
No. estudiantes por grupo	4 a 10

Obtención y análisis de datos:

Las entrevistas semi-estructuradas son una forma típica de obtener datos en los estudios fenomenográficos (Marton & Booth, 1997). Los datos fueron recolectados en dos fases, de acuerdo con los principios fenomenográficos. Un pequeño estudio piloto (fase 1) involucrando seis académicos clínicos fue llevado a cabo luego de las usuales guías éticas. El objetivo de este estudio piloto fue examinar las cuestiones y procesos de la investigación. Se preguntaron una serie de cuestiones pertinentes a la enfermería:

“Describa una situación en la que usted haya estado involucrado y que usted considere que ilustra lo que la enfermería es con respecto de este hospital.

¿Puede decirme qué es lo que la enfermería significa para usted?

¿Cómo se relaciona esto con sus creencias personales con respecto de la enfermería?

¿Puede decirme más sobre este respecto?

¿Qué significa cuando usted dice...?”

En la segunda fase, 14 académicos clínicos fueron entrevistados usando las mismas preguntas. Las cuestiones planeadas, tanto para el grupo piloto como para los participantes de la segunda fase, fueron usadas para identificar las diferentes formas clave en que la enfermería ha sido experimentada por estos académicos.

Para identificar las diferentes concepciones de enfermería, los datos fueron analizados haciendo iteraciones entre el conjunto de datos transcritos y las categorías emergentes de la descripción, con el objetivo de encontrar diferencias y similitudes clave sobre cómo la enfermería era entendida por este grupo de académicos. El significado fue interpretado como una consecuencia de la agrupación de comentarios similares.

Las categorías de descripción fueron desarrolladas con base en sus similitudes, con cada categoría representando una forma de las formas en que la enfermería fue entendida. Cuatro categorías de ensayo representando las concepciones sobre enfermería de estos académicos clínicos fueron identificadas. El refinamiento de estas categorías fue guiado por la consideración de qué información no estaba en una categoría pero sí en otra.

Verificando la confiabilidad de los resultados:

Un acercamiento y descripción estructurados de los métodos del estudio aumenta la validez y confiabilidad (Cope, 2002). El análisis de datos fenomenográficos y por lo tanto la validez de los resultados están fortalecidos al usar un acercamiento estructurado, el cual incluye la identificación de la estructura de conciencia del grupo bajo estudio. En esta investigación, la confiabilidad de los resultados fue establecida, como recomendado por Cope (2002) en las siguientes formas: familiaridad del investigador con la enfermería y enseñanza clínica, aplicación de la teoría fenomenográfica a través del proceso de investigación, identificación de la estructura de conciencia de los académicos clínicos sobre la enfermería y la enseñanza clínica, y escrutinio de los resultados por la comunidad de enfermería a través de conferencias y otras presentaciones. Cuatro categorías fueron confirmadas.

Hallazgos y discusión:

La variación en la forma en que los académicos clínicos concibieron la enfermería fue un importante hallazgo del estudio. Las cuatro categorías de descripción que representaron las concepciones de los académicos clínicos fueron:

01: La enfermería es llevar a cabo tareas.

02: La enfermería es más que llevar a cabo tareas; es proveer el apropiado cuidado de paciente al tiempo requerido.

03: La enfermería es proveer apropiado cuidado de paciente dirigido a lograr los resultados de paciente individuales.

04: La enfermería es colaborar para proveer apropiado cuidado de pacientes dirigido a lograr los resultados de paciente individuales.

Encontrar las diferencias claves entre las varias categorías facilitó la identificación de un número de dimensiones críticas sobre las diversas concepciones. Las diferentes formas de concebir la enfermería son presentadas en una jerarquía invertida de inclusividad y creciente complejidad. Se provee información adicional con respecto de cada categoría de descripción

de las concepciones sobre enfermería de los académicos clínicos. Las citas que se ofrecen son ejemplos y no pretenden caracterizar a académico alguno.

01: La enfermería es llevar a cabo tareas:

Esta concepción representa las opiniones de los académicos clínicos de que la enfermería involucra elementos sobre la administración de tecnología y la provisión de cuidado físico rutinario. El horizonte interno de esta categoría consiste en realizar tareas rutinarias. Los pacientes no son parte del horizonte interno de la enfermera; los pacientes son sólo recipientes de ciertas tareas de la enfermera. Dos citas que ilustran esta concepción son: "... el llevar a cabo lo de día a día de forma efectiva y rápida..." y "la enfermería se trata de muchos procedimientos rutinarios que llevan mucho tiempo..."

02: La enfermería es más que llevar a cabo tareas; es proveer el apropiado cuidado de paciente al tiempo requerido:

En esta concepción, la enfermería es entendida como proveer cuidado apropiado incluyendo el cuidado físico, emocional, y espiritual requerido por los pacientes. El horizonte interno de esta categoría consiste en tareas a ser llevadas a cabo pero también en proveer el cuidado apropiado. Esta categoría difiere de la concepción 01 en que la realización de tareas son solamente una parte del cuidado de pacientes.

Los aspectos del cuidado de pacientes que separan la concepción 02 de la concepción 01 son aquellos relacionados con las necesidades psicológicas, emocionales, y espirituales de los pacientes. La enfermera responde a las necesidades de los pacientes y determina el cuidado que debe ser provisto, y los pacientes son los recipientes de esas intervenciones. Las siguientes citas ilustran esta concepción enfocada en la enfermera: "... todas las áreas son importantes, física, psicológica, espiritual, social..."

03: La enfermería es proveer apropiado cuidado de paciente dirigido a lograr los resultados de paciente individuales.

Esta concepción muestra que la enfermería es impulsada por la identificación de ciertos resultados de pacientes. El horizonte interno de esta concepción consiste no sólo de cuidado apropiado sino también de cuidado basado en los resultados. Los resultados son generalmente identificados como el mejoramiento de las condiciones del paciente.

Las concepciones 02 y 03 son similares en que ambas tienen un enfoque sobre el cuidado apropiado. La concepción 03 es diferente en el sentido de que se enfoca hacia resultados de paciente. La concepción 01 es similar a la concepción 03 en que ambas incluyen los aspectos técnicos y físicos del cuidado. La concepción 03 es diferente de la concepción 01 en que la primera está basada en los resultados mientras la segunda en las tareas. Los resultados determinan qué elementos del cuidado son requeridos para alcanzar las metas de cuidado. Los siguientes comentarios ilustran una concepción de enfermería enfocada sobre el paciente: "... ayudar a la gente a volver a un nivel de bienestar en el cual puedan funcionar independientemente, y

que no necesiten intervención médica o tratamiento alguno” y “... ser capaz de implementar el cuidado de enfermería de una manera que va a conducir a los mejores resultados.”

04: La enfermería es colaborar para proveer apropiado cuidado de pacientes dirigido a lograr los resultados de paciente individuales.

Esta concepción implica que la enfermería es impulsada por la identificación de resultados de paciente a través de la colaboración con el equipo al cuidado de la salud. El horizonte interno de esta categoría incluye la colaboración entre enfermeras y otros miembros del equipo de cuidado para poder proveer un cuidado de paciente adecuado y que ciertos resultados sean logrados. Los resultados están generalmente identificados como el mejoramiento de la condición del paciente.

La concepción 04 describe a integración de las tres previas categorías. El siguiente comentario ilustra esta concepción de la enfermería:

“Todos los pacientes necesitan rehabilitación, incluyendo la dama que acaba de dar a luz, el paciente que se prepara para regresar a su casa, el individuo más enfermo, etcétera. Todos son rehabilitados, ya sea a través de actividades físicas, ocupacionales, sociales, dietéticas, etcétera.”

El método de investigación fenomenográfica está basado sobre una visión de que un fenómeno en particular puede ser experimentado y entendido cualitativamente de diferentes maneras (Marton & Booth, 1997). Además, las diferentes formas de concebir los fenómenos pueden ser expresadas en una jerarquía de categorías de descripción representando diferentes partes del entendimiento (Marton & Saljo, 1976). En el presente estudio, la enfermería fue entendida cualitativamente en diferentes categorías con jerarquización que muestra creciente complejidad e inclusividad.

Diferencias en las concepciones de enfermería:

Las diferencias claves en las concepciones sobre enfermería de los académicos clínicos incluyen o una orientación hacia las tareas (concepciones 01 y 02) o una orientación hacia la colaboración para alcanzar los resultados (concepciones 03 y 04). Desde los tiempos de Nightingale, la enfermería ha abrazado las ideas de un cuidado centrado en el paciente en el cual el equipo al cuidado de la salud se enfoca en ayudar a que los pacientes alcancen resultados específicos (Baly, 1999; Nightingale, 1969). Esta visión parece ser apoyada por este estudio. Entender que la enfermería se trata de proveer cuidado centrado en el paciente que sea cohesivo, significativo, holístico, y multidisciplinario es congruente con la concepción de Talerico, O'Brien, & Swafford, (2003).

Sin embargo, La enfermería también fue concebida en este estudio de una forma enfocada hacia las tareas, particularmente físicas y técnicas. La adopción de esta concepción de enfermería sugiere una falta de colaboración entre los miembros del equipo al cuidado de la salud. Esta forma es congruente con las concepciones de Pearson (1990), Lumby (2001), y Jonsdottir et al., (2004), quienes argumentan que la enfermería ha perdido su enfoque sobre el paciente.

Estructura de enfermería e implicaciones para la enseñanza clínica:

Es imperativo que los académicos clínicos estén preparados y apoyados en sus roles como supervisores y clínicos de estudiantes de enfermería. Los académicos clínicos quienes entienden la enfermería como llevar a cabo tareas, quizá no sean la mejor opción para los estudiantes. Los académicos clínicos deben fomentar que los estudiantes se enfoquen en el cuidado integral del paciente y no solo en cumplir tareas técnicas y rutinarias. Por lo tanto, encontrar oportunidades para que los estudiantes se involucren en actividades colaborativas los expondrá a representaciones más complejas de la enfermería. Los estudiantes de enfermería deben participar y contribuir en las rondas y encuentros del equipo al cuidado de la salud, y los programas curriculares de las escuelas de enfermería deben considerar fomentar esta posición de colaboración interprofesional.

Referencias:

- Baly, ME. (1997). Florence Nightingale and the nursing legacy. London, UK: \Whurr.
- Begun, J.W., Tornabeni, J., & White, K.R. (2006). Opportunities for improving patient care through lateral integration: The clinical nurse leader. *Journal of Healthcare Management*, 51, 19-25.
- Binnie, A. & Titchen, A. (1999). Freedom to practise: The development of patient-centred nursing. Oxford, UK: Butterworth Heinemann.
- Booth. S. (1992). Learning to program: A phenomenographic perspective. Goteborg, Sweden: ACTA Universitatis Gothoburgensis.
- Cope, C. (2002). Using the analytical framework of a structure of aware-ness to establish validity and reliability in phenomenographic research. Proceedings of the International Symposiuin on Current Issues in Phe-nomenography. Canberra, Australia: Australian National University.
- Entwistle, N., Skinner, D., Entwistle, D., & Orr, S. (2000). Conceptions and beliefs about "good teaching": An integration of contrasting research áreas. *Higher Education Research & Development*, 19, 5-26.
- FitzGerald, M. (2006). Meeting the needs of individuáis. In J. Daley, S. Speedy, & D. Jackson (Eds.), *Contexts of nursing* (pp. 240-251). Sydney, New South Wales, Australia: MacLennan & Petty.
- Forbes, H. (2007). Clinical teachers' experiences of nursing and teaching. Un-published thesis, University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia.
- Grehan, M. (2004). 'From the sphere of Sarah Gampism': The profession-alisation of nursing and midwifery in the colony of Victoria. *Nursing In-quiry*; 11, 192-201.
- Holliday, M.E., & Parker, D.L. (1997). Florence Nightingale, feminism and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 483-488.
- International Council of Nurses. (2010). Definition of nursing. Retrieved from <http://www.icn.ch/definition.htm>
- Jonsdottir, H., Litchñield, M, & Pharris, M.D. (2004). The relational core of nursing practice as partnership. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 241 -248.
- Lumby, J. (2001). Who cares? The changing health care system. Sydney, New South Wales, Australia: Alien & Unwin.

Marton, F. (1986). Phenomenography—A research approach to investigating different understandings of reality. *Journal of the Philosophy of Education Society of Great Britain*, 21, 28-49.

Marton, F., & Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Marton, F., & Saljo, R. (1976). On qualitative differences in learning 1—Outcome and process. *British Journal of Educational Psychology*, 46, 4-11.

McConnell, E.A. (1998). The coalescence of technology and humanism in nursing practice: It doesn't just happen and it doesn't come easily. *Holistic Nursing Practice*, 12, 23-30.

Nelson, S., & Grehan, M. (2006). Visioning the future by knowing the past. In J. Daly, S. Speedy, & D. Jackson (Eds.), *Contexts of nursing*. Mackville, New South Wales, Australia: Elsevier.

Nightingale F. (1969). *Notes on nursing. What it is, and what it is not*. New York, NY: Dover.

Pearson, A. (1990). *Nursing: From whence to where?* Unpublished manuscript. Deakin University, Melbourne, Victoria, Australia.

Polder, J.J., Meerding, W.J., Bonneux, L., & van der Maas, P.J. (2005). A cross-national perspective on cost of illness: A comparison of studies from The Netherlands, Australia, Canada, Germany, United Kingdom, and Sweden. *The European Journal of Health Economics*, 6, 223-232.

Reilly, D.E., & Oermann, M.H. (1992). *Clinical teaching in nursing education*. New York, NY: National League for Nursing.

Safier, G. (1977). Virginia Henderson practitioner. In G. Safier (Ed.), *Contemporary American nurse leaders in nursing: An oral history* (pp. 115-133). New York, NY: McGraw Hill.

Saljo, R. (1988). Learning in educational settings: Methods of inquiry. In P. Ramsden (Ed.), *Improving learning: New perspectives* (pp. 32-48). New York, NY: Kogan Page.

Sandbergh, J. (1997). Are phenomenographic results reliable? *Higher Education Research & Development*, 16, 203-212.

Sjostrom B., & Dahlgren, L.O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 339-345.

Talerico, K., O'Brien, J., & Swafford, K. (2003). Person-centered care: An important approach for 21st century health care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(11), 12-16.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T38

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

La Educación Interprofesional: Una Estrategia Esencial para Lograr las Metas de Enfermería del Futuro

Thibault GE.

Interprofessional Education: An Essential Strategy to Accomplish the Future of Nursing Goals

J Nurs Educ. 2011; 50(6): 313-7.

La Educación Interprofesional: Una Estrategia Esencial para Lograr las Metas de Enfermería del Futuro.

George E. Thibault, MD President of the Josiah Macy Jr. Foundation.

Abstract:

El reporte *Future of Nursing del Institute of Medicine* ha hecho llamados para llevar a cabo cambios en la profesión de enfermería para el beneficio de la sociedad. La educación interprofesional es una estrategia para mejorar la educación de enfermería y aumentar el rol de las enfermeras como líderes colaborativos en el sistema de cuidado de la salud. Estas son lecciones importantes que han sido aprendidas a partir de recientes iniciativas sobre educación interprofesional. El último beneficiario de estos cambios serán nuestros pacientes, quienes recibirán un mejor cuidado.

Artículo:

El estudio del *Institute of Medicine (IOM) (2010)* sobre el futuro de la enfermería, comisionado por la *Robert Wood Johnson Foundation*, probablemente tendrá un profundo efecto sobre la profesión de la enfermería y sobre el cuidado de la salud en los Estados Unidos. Es un reporte basado en la evidencia que ha atravesado rigurosos procesos de revisión. Tiene 4 mensajes clave:

- 01:** Las enfermeras deben practicar en la total extensión de su educación y entrenamiento si la sociedad va a recibir todo el beneficio de la profesión de enfermería.
- 02:** La educación de enfermería necesita ser mejorada y transformada de tal forma que todas las enfermeras sean capaces de funcionar a su máximo nivel en nuestro complejo sistema de cuidado de la salud, y de tal forma que las subsecuentes generaciones de enfermeras sean también educadas y entrenadas en su máxima extensión.
- 03:** Debe haber liderazgo colaborativo entre enfermeras, médicos, y otros profesionales de la salud para re-diseñar el cuidado de la salud en los Estados Unidos.
- 04:** Necesitamos mejores datos que sean comprensivos, oportunos, nacionales, e interprofesionales para llevar a cabo una planeación comprensiva de la fuerza de trabajo.

Este artículo sugiere que una estrategia clave para lograr esas metas es cambiar el paradigma educacional para las enfermeras y otros profesionales de la salud. No obstante que tenemos buena evidencia de que el cuidado de la salud provisto por equipos de profesionales es más eficiente y está asociado con mejores resultados de pacientes, no hemos estructurado la educación correspondiente para preparar a los estudiantes para el cuidado de equipo o liderazgo de equipo. Seguimos educando a nuestros profesionales en silos separados hasta que son certificados como “productos finales” en un proceso que dura muchos años.

Cada profesión aprende sus propios lenguajes, procedimientos, y culturas. Los estudiantes generalmente no tienen oportunidades para experimentar profesiones que se traslapan y por lo tanto no encuentran terrenos comunes. Luego

descubren diferencias en los acercamientos cuando están en la práctica, y esto puede generar confusión, mala comunicación, y antagonismo. Los reportes del *IOM* en 1972 y 2003 hicieron llamados para adoptar paradigmas de educación interprofesional para preparar a los profesionales del cuidado de la salud para trabajar en equipos multi-disciplinarios. Sin embargo, los modelos exitosos – particularmente involucrando estudiantes de enfermería y medicina – han sido raros.

Por qué es esto relevante para las recomendaciones en *The Future of Nursing* (IOM, 2010). Las enfermeras representan el mayor componente en la fuerza de trabajo al cuidado de la salud y que tiene el mayor contacto con los pacientes. Los médicos son el siguiente componente en tamaño, tienen el más extenso proceso de educación, y tradicionalmente han tenido la mayor autoridad en la toma de decisiones. Entender, el respeto mutuo, y la relación de trabajo cercana entre enfermeras y médicos es central para cualquier re-diseño exitoso de los sistemas de cuidado de la salud. Si desarrollamos modelos de educación interprofesional exitosos con estudiantes de enfermería y medicina que conduzcan a una sociedad más efectiva entre ellos en el cuidado de pacientes, administración, y creación de políticas, es más probable que otras profesiones de la salud participen en experiencias interprofesionales.

Educación interprofesional:

¿Qué es educación interprofesional y por qué ha sido tan difícil de lograr? La definición de educación interprofesional establecida en un reporte de 2010 de la Organización Mundial para la Salud es un razonable punto de referencia: “cuando estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre, a partir de, y entre sí, para generar colaboración efectiva y mejorar los resultados de pacientes.” Si aceptamos esta definición y queremos reconocer que muchos grupos de expertos durante décadas han recomendado optar por este paradigma en la educación de las ciencias de la salud, tenemos que preguntarnos ¿por qué aún no es la norma?

Existen diversas barreras para alcanzar esta meta. La primera, y quizá la más fuerte, es cultural. Cada profesión valora su propia identidad y su propia forma de hacer las cosas. La formación de la identidad profesional individual es importante, pero puede de hecho ir en contra de un trabajo interprofesional si ésta enfatiza las diferencias y re-fuerza los estereotipos. Pero también hay barreras estructurales; por ejemplo, las escuelas no operan con los mismos calendarios.

Hay también asuntos académicos. Es poco probable que los académicos en una profesión de la salud se sientan cómodos enseñando en otra profesión a menos que estén específicamente preparados para eso. Asuntos de qué es lo que “cuenta” para los pagos y las promociones tienen que ser clarificados. Si la enseñanza interprofesional es considerada como “extra” o como algo que los académicos hacen como actividad voluntaria, es probable que no funcione.

También hay asuntos pedagógicos. ¿Cuál es el momento correcto para tener experiencias interprofesionales en el desarrollo de cada una de las profesiones de la salud? ¿Qué es requerido y qué es optativo, y cuáles son la duración y frecuencia ideales de las experiencias de educación interprofesional? Muchas iniciativas de educación interprofesional han fallado por que fueron breves, optativas, y extracurriculares.

Además, existe el asunto del liderazgo. No obstante que muchas veces hay pasión y entusiasmo por llevar a cabo estas iniciativas, tales esfuerzos no durarán a menos que exista un fuerte liderazgo. Sin esto, es probable que todas las barreras

logísticas citadas anteriormente sean infranqueables. Pero además es necesario que todas las profesiones involucradas sean consideradas y hechas responsables de forma balanceada.

Colaboración interprofesional:

Durante los pasados 3 años, la *Josiah Macy Jr. Foundation* ha estado promoviendo innovaciones sobre educación interprofesional a nivel nacional. Estas han estado enfocadas principalmente sobre las escuelas de enfermería y medicina. Muchas de las oportunidades y retos para la educación interprofesional fueron discutidas en una reciente conferencia financiada por la *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que se tituló “*Educating Nurses and Physicians: Towards New Horizons*” (Educar a Enfermeras y Médicos: Hacia Nuevos Horizontes) (*Josiah Macy Jr. Foundation, 2010*). En esta conferencia se presentaron los líderes de enfermería y medicina de importantes universidades incluyendo: *Duke University, New York University, Pennsylvania State University, University of Colorado, University of New Mexico, University of Minnesota, y Vanderbilt University*. La reciente publicación de dos estudios de la *Carnegie Foundation* sobre la reforma educacional en enfermería y medicina (*Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2009; Cooke, Irby, & O'Brien, 2010*) ayudó a enmarcar la conferencia. Cada uno de los equipos participantes presentó un proyecto sobre educación interprofesional.

No obstante que todas las iniciativas de educación interprofesional apoyadas por la *Josiah Macy Jr. Foundation* son trabajos en proceso, ciertas lecciones sobre factores de éxito están emergiendo.

Lecciones aprendidas:

Liderazgo comprometido:

La primera lección aprendida es la importancia del liderazgo comprometido desde el mando más importante de cada una de las profesiones involucradas en una iniciativa de educación interprofesional. Para las escuelas de enfermería y medicina, esto implica directores y secretarios responsables del desarrollo del currículo. Sin su completo entendimiento y apoyo, los recursos necesarios para llevar a cabo estas innovaciones no se conseguirían, y tampoco las barreras serían franqueadas. Los directores y sus designados necesitan reunirse regularmente para tratar asuntos de educación interprofesional, y esto implica integrar profesionales de diversas escuelas. Yo he escuchado de muchas escuelas que es la primera vez que se juntan representantes de diversas profesiones para propósitos educativos, y que se preguntaban por qué esto no había sucedido antes.

Planeación:

La segunda lección es que la planeación cuidadosa debe preceder a cualquier innovación sobre educación interprofesional. La planeación debe ser considerada de forma rigurosa. Se necesitan objetivos educacionales claros. Aún más, es poco probable que experiencias de educación interprofesional nuevas y significativas puedan ser introducidas sin algunos cambios en los planes curriculares existentes. Cómo esos cambios son negociados y llevados a cabo puede significar el éxito o el fracaso de las iniciativas. Por esta razón, hay una gran ventaja si estos esfuerzos son llevados a cabo como parte de un proceso de reforma curricular comprensivo en las escuelas involucradas.

Experiencias de educación:

La tercera lección es que las experiencias de educación interprofesional no deben ser vistas en aislado, sino como un continuo durante un currículo de 4 años. Si estas experiencias van a tener un efecto duradero y a ser vistas como actividades nucleares, deben ser revisadas y reforzadas durante todo el proceso de formación profesional. Como con cualquier intervención educativa individual, este continuo debe ser planeado con metas específicas para cada nivel de aprendizaje. Este continuo debe ofrecer la oportunidad de usar una variedad de herramientas pedagógicas, incluyendo clases, tutoriales de pequeños grupos, elaboración de proyectos, experiencias de simulación, y encuentros supervisados con pacientes y diversos tipos de establecimientos.

Nuevas tecnologías:

La cuarta lección es que las tecnologías educativas pueden ayudar a facilitar la educación interprofesional y algunas veces superar algunas de las barreras logísticas. Simulaciones de alta fidelidad, pacientes virtuales, avatares, y otras tecnologías pueden ayudar mucho al aprendizaje interprofesional. Como con todas las intervenciones, el uso de estas tecnologías necesita ser cuidadosamente planeado, y las metas educativas claramente definidas. La tecnología debe ser usada con el entendimiento de que es un suplemento pero que no puede reemplazar las experiencias cara-a-cara con pacientes, familias, académicos, y otros profesionales de la salud.

Desarrollo de los académicos:

La quinta lección es que ninguna iniciativa de educación interprofesional robusta y sostenida puede ser llevada a cabo sin un compromiso con el desarrollo de los académicos. La mayoría de nuestros profesores tienen poca experiencia con la educación interprofesional. Sin embargo, las experiencias tempranas sugieren que uno de los dividendos de desarrollar la academia para la educación interprofesional es que los profesores son integrados en nuevos proyectos lo que los hace sentir renovados.

Ejemplos de trabajo de educación interprofesional temprana:

Ahora podemos apuntar a algunos ejemplos de trabajo temprano que está empezando a romper barreras entre las escuelas y demuestra la plausibilidad de la educación interprofesional. Todas estas iniciativas involucran una escuela de enfermería y una escuela de medicina trabajando juntas. Estas iniciativas representan un amplio rango de actividades, que consideramos es apropiado para aumentar nuestro aprendizaje sobre las formas de impartir una educación interprofesional más efectiva. Hay cinco tipos de iniciativas de educación interprofesional que estamos apoyando:

- 01:** Experiencias clínicas supervisadas en equipos interprofesionales.
- 02:** Experiencias interprofesionales usando simulación u otras tecnologías educativas.
- 03:** La introducción de áreas con nuevos contenidos usando educación interprofesional.

04: Reforma comprensiva de currículo involucrando a varias escuelas al mismo tiempo.

05: Un acercamiento hacia la educación interprofesional centrado en la ciencia de la salud.

Experiencias clínicas supervisadas:

Las escuelas de enfermería y medicina de la *Universidad Vanderbilt*, junto con la *Tennessee State School of Social Work*, la *Belmont School of Pharmacy*, y la *Lipscomb University School of Pharmacy*, han instituido un programa piloto que incluye estudiantes de enfermería de práctica avanzada de primer año, de medicina, de trabajo social, y de farmacéutica.

Todos los estudiantes participan en un curso de dos semanas enfocado sobre trabajo de equipo, comunicación, y sistemas de cuidado de la salud antes de empezar sus cursos regulares. Los equipos son formados con un estudiante de cada una de las cuatro profesiones, y son asignados a una de cuatro clínicas cuidadosamente elegidas en *Nashville, Tennessee*. El primer responsable o preceptor de cada equipo es un académico, o de enfermería o de medicina, mientras el segundo preceptor es de farmacéutica o de trabajo social. Además de una actividad clínica de medio día por semana, los estudiantes ocupan otro medio día en el salón de clase participando en actividades enfocadas hacia los determinantes sociales, culturales, y de comportamiento del cuidado de la salud y de los roles de cada profesión. La experiencia clínica continua por la duración del curso. Se están desarrollando herramientas de evaluación para estudiantes, académicos, personal, y pacientes.

Un programa similar está en etapa de planeación en una sociedad entre el *Hunter College* y sus escuelas de enfermería, trabajo social, y salud pública, y el *Weill Cornell Medical College*. El programa se llama ITEACH. Estudiantes voluntarios de las cuatro escuelas profesionales formarán equipos interdisciplinarios. Se involucrarán en un currículo de inmersión que se enfocará sobre comunicación y coordinación en equipos al cuidado de la salud. También tendrán seminarios mensuales sobre comunicación, coordinación, profesionalismo, y el sistema de cuidado de la salud. Un programa de desarrollo de los académicos y un conjunto de herramientas de evaluación están siendo desarrolladas en paralelo.

Simulación y otras tecnologías:

La tecnología está siendo usada para apoyar las actividades de educación interprofesional en la *University of Washington*, en la *Texas Women's University* (en sociedad con el *Baylor Medical Collage*), y en la *Duke University*. En la *Washington University*, un programa de entrenamiento de equipo basado en la simulación con escenarios de casos agudos ha sido desarrollado para estudiantes avanzados de enfermería, medicina, y farmacéutica. Los estudiantes están siendo evaluados con una inovativa herramienta basada en la web. Los primeros resultados son tan alentadores que estos ejercicios pronto sean requeridos para todos los estudiantes.

El *College of Nursing* en la *Texas Women's University* y el *Baylor College of Medicine* han establecido una sociedad sobre un proyecto similar en el cual estudiantes avanzados de enfermería y medicina son videograbados mientras trabajan juntos en una variedad de escenarios de cuidado agudo en una unidad de cuidados intensivos simulada. Los académicos de enfermería y medicina critican los desempeños de los estudiantes usando una herramienta de evaluación validada, y luego les dan retroalimentación.

En la *Duke University*, las escuelas de enfermería y medicina están apoyándose en ambientes de aprendizaje en línea desarrollados por sus propios académicos para implementar un currículo interprofesional.

Introducción de nuevo contenido:

La educación interprofesional esta demostrando ser un vehículo ideal para introducir nuevas áreas de contenido en el currículo. Trabajando con el *Institute for Health Care Improvement*, la *Josiah Macy Jr. Foundation* ha financiado el trabajo en seis pares de escuelas de enfermería y medicina (*Case Western Reserve University*, *Johns Hopkins University*, *Pennsylvania State University*, *University of Colorado*, *University of Missouri-Columbia*, *The University of Texas Health Science Center San Antonio*) para desarrollar e implementar métodos innovativos para integrar contenido sobre mejoras en el cuidado de la salud, y seguridad de paciente y en el currículo nuclear.

Las intervenciones incluyen trabajo en el salón de clase, proyectos en grupos pequeños, prácticas de simulación, y trabajo clínico supervisado. En el año académico de 2009-2010, 2,726 estudiantes de enfermería y medicina en las seis instituciones participaron en uno o más cursos educacionales interprofesionales relacionados con el mejoramiento de la calidad del cuidado o la seguridad del paciente. En algunas instituciones (e.g. *University of Texas Health Science Center San Antonio*), lo que empezó como un programa piloto es ahora requerido para todos los estudiantes; en otras instituciones (e.g., *University of Missouri-Columbia*), los esfuerzos se expandieron para incluir estudiantes de otras profesiones de la salud. En tres instituciones (*Case Western Reserve University*, *Pennsylvania State University*, y la *University of Colorado*), estos esfuerzos se hicieron parte de una mayor iniciativa de educación interprofesional. En la *University of Pittsburgh*, la educación interprofesional ha sido elegida como el acercamiento en una experiencia de cuidado de largo plazo y geriatría. Estudiantes de enfermería, medicina, y farmacéutica trabajan en equipos en una casa hogar (asilo) que es supervisado por académicos de las tres escuelas. Tanto la *University of New Mexico* como la *Arizona State University* (en sociedad con la *University of Arizona, Phoenix*) están enseñando medicina rural en equipos que involucran estudiantes de enfermería, medicina, y otras profesiones de la salud.

Reforma comprensiva al currículo:

Con apoyo de la *Josiah Macy Jr. Foundation*, dos pares de escuelas de enfermería y medicina (*Case Western Reserve University* y la *New York University*) están llevando a cabo una reforma comprensiva del currículo con un tema interprofesional. Las escuelas de enfermería y medicina de la *Case Western Reserve University* están desarrollando un centro para la educación interprofesional: ILEAD. Este centro será responsable de planear y ejecutar un currículo interprofesional que involucrará actividades de clase, experiencias con pacientes y la comunidad, y el involucramiento en una clínica manejada por estudiantes. ILEAD también será responsable del desarrollo de académicos. En la *New York University*, la escuela de medicina y el colegio de enfermería están trabajando juntos en un nuevo currículo llamado NYU3T. Estos esfuerzos están enfocados sobre estudiantes avanzados de enfermería y medicina. Los estudiantes comparten un currículo interdisciplinario común sobre cuidado basado en equipo, y todos son expuestos a pacientes reales y virtuales.

Acercamiento hacia centro de ciencias de la salud:

Varias instituciones están adoptando un acercamiento hacia centro de ciencias de la salud, involucrando todas las escuelas de ciencias de la salud de sus campus. La *University of Colorado Denver, Anschutz Medical Campus*, está desarrollando un programa llamado REACH que proveerá un currículo interprofesional para 750 estudiantes al año en las escuelas de enfermería, medicina, farmacéutica, terapia física, y odontología. Los estudiantes son orientados juntos, y todos ingresan a un programa de mentores de la salud en el cual equipos interprofesionales de 4 a 6 estudiantes son asignados a un mentor de salud comunitaria durante 2 años.

Las siete escuelas profesionales de salud del *University of Minnesota Academia Health Center* han estado involucradas en educación interprofesional durante algún tiempo. El *Health Center* recientemente creó un Centro para la Educación Interprofesional para establecer un conjunto de competencias colaborativas entre todas las escuelas que preparan profesionales de la salud en áreas de ética, comunicación, trabajo de equipo, y profesionalismo. Los 750 estudiantes de ingreso tienen un día completo de orientación junto con actividades de cuidado basado en el equipo y centrado en el paciente. Ellos son asignados a uno de los 63 grupos interprofesionales y participan en un curso de Colaboración y comunicación Interprofesional que es obligatorio. En la *Columbia University*, los cuatro colegios de ciencias de la salud (enfermería, medicina, odontología, y salud pública) se han enlazado para crear un programa de desarrollo común en medicina narrativa como una forma de promover el trabajo de equipo y el profesionalismo.

Trabajo que tiene que ser hecho:

Todos estos ejemplos demuestran que es posible superar los muchos obstáculos y establecer experiencias educacionales interprofesionales significativas en enfermería, medicina, y otras escuelas de la salud. Varios de los modelos discutidos también demuestran que esto es plausible aún cuando las escuelas o facultades no estén en la misma área geográfica o sean parte de la misma estructura universitaria. Las experiencias iniciales en *Vanderbilt, Hunter-Cornell, Texas Women's, y Arizona State* han mostrado que las barreras logísticas pueden ser superadas no sólo entre escuelas sino también entre instituciones. Esto es muy importante por que si la educación interprofesional va a ser la norma, tiene que haber estas relaciones institucionales.

En encuestas y discusiones formales, la respuesta de los académicos y estudiantes quienes han participado en estas experiencias ha sido unánimemente entusiasta. Muchos se han preguntado por qué no se había hecho esto antes, y también por primera vez apreciaron las otras profesiones. Más allá de las impresiones positivas de estas experiencias, algunos programas han existido lo suficiente para tener datos que muestran, no solo un mejor entendimiento de los asuntos interprofesionales, sino también mejores destrezas en comunicación y trabajo de equipo en sus integrantes. Sin embargo, se necesitan desarrollar herramientas más precisas para medir las competencias interprofesionales y ultimadamente demostrar que tales entrenamientos resultan en un cuidado mejorado.

Además de establecer el enlace entre las intervenciones y los resultados de pacientes, otra meta es desarrollar un mejor entendimiento de los asuntos involucrados en la formación de la identidad profesional. *Lee Shulman*, el anterior presidente de la *Carnegie Foundation for the Advancement for Teaching*, describió tres componentes para el desarrollo profesional: hábitos de la mente, hábitos de la práctica, y hábitos del corazón (*Shulman, 2004*). Tenemos que preguntarnos

cómo las experiencias interprofesionales tempranas pueden ayudar al desarrollo de esta identidad, ó de hecho existe un cuarto componente para éste desarrollo: ¿el componente interprofesional?

Conclusión:

Tratemos de relacionar todo esto para lograr las metas del reporte *Future of Nursing (IOM, 2010)*. Si las enfermeras van a practicar al más alto nivel para el cual están entrenadas, si van a haber estándares uniformemente altos para la educación de enfermería, si las enfermeras van a trabajar exitosamente en conjunto con los médicos y otros profesionales de la salud en un nuevo sistema de cuidado, entonces, experiencias de educación interprofesional estructuradas y rigurosas (particularmente las que involucran enfermeras y médicos) pueden ser una de las herramientas para lograr esto.

Los beneficiarios de estos cambios no serán únicamente las enfermeras, sino todo el sistema de salud y la sociedad. A menos de que nos dirijamos hacia un modelo de educación más colaborativo, y a menos de que usemos todas nuestras destrezas interprofesionales, no seremos capaces de responder a los retos que enfrenta nuestro sistema de salud. No seremos capaces de seguir el ritmo del crecimiento explosivo en la ciencia y tecnología. No seremos capaces de prometer el cuidado confiable, humano, y centrado en el paciente que nuestros pacientes necesitan.

Yo aplaudo al IOM por producir el reporte *Future of Nursing (2010)* y por ayudar a estimularnos a cambiar nuestros sistemas de educación para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Si hacemos estos cambios, el futuro de la enfermería será brillante.

Referencias:

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). *Educating nurses: A call for reform of medical school and residency*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Cooke, M., Irby, D., & O'Brien, B. (2010). *Educating physicians: A call for reform of medical school and residency*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Institute of Medicine (1972). *Educating for health team: Report of a Conference on Interrelationships of Education Programs for Health Professions*. Washington, DC: National Academy of Sciences.

Institute of Medicine (2003). *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.

Institute of Medicine (2011). *The Future of Nursing: Leading change, advancing health*, Washington. DC: National Academies Press.

Josiah Macy Jr. Foundation (2010). *Educating nurses and physicians: toward new horizons*. Retrieved from www.macyfoundation.org/publications

Shulman, L.S. (2004). *The wisdom of practice: Essays on teaching, learning and learning to teach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Retrieved from www.who.int/hrh/resources



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T39

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

El Desarrollo y Prueba de la Encuesta sobre Trabajo de Equipo en Enfermería

Kalisch BJ, Lee H, Salas E.

The Development and Testing of the Nursing Teamwork Survey

Nurs Res 2010; 59(1): 42-50.

El Desarrollo y Prueba de la Encuesta sobre Trabajo de Equipo en Enfermería

Beatrice J. Cáliz, PhD, RN, FAAN, Professor of Nursing and Director; Nursing Business and Health Systems, School of Nursing, University of Michigan.

Hyunhwa Lee, MS, RN, Doctoral Candidate, School of Nursing, University of Michigan.

Eduardo Salas, PhD, Professor and Trustee Chair, Department of Psychology and Director, Institute for Simulation and Training, University of Central Florida.

Nursing Research January-February 2010. Vol 59, No 1.

Antecedentes:

Existe una falta de instrumentos de encuesta aceptables, confiables, y válidos para diferenciar niveles de trabajo de equipo en unidades de pacientes internos en establecimientos de cuidado agudo.

Objetivo:

El objetivo de este estudio fue probar la robustez psicométrica del *Nursing Teamwork Survey* (NTS) (Encuesta sobre Trabajo de Equipo en Enfermería)

Métodos:

La encuesta fue administrada a 1,758 miembros del personal de enfermería dedicados al cuidado de pacientes internos, a través del instrumento NTS, la tasa de respuesta fue de 56.9%. Se obtuvieron medidas de contenido y validez predictiva y de constructo (factorial, de contraste, y convergente).

Resultados:

La validez de constructo fue establecida por un panel de expertos. La validez concurrente mostró una correlación significativa entre las puntuaciones de trabajo de equipo y una cuestión implícita relacionada con la satisfacción general con el trabajo de equipo ($r = .633$, $p < .001$). El análisis de factores exploratorio sobre una mitad aleatoria de la muestra arrojó una solución de 5 factores producto de 33 reactivos. El análisis de factores confirmatorio sobre la otra mitad de la muestra confirmó esta estructura de factores (índice de ajuste comparativo = .884, cuadrado de la media de la raíz del error de aproximación = .055, cuadrado de la media de la raíz residual estandarizado = .045). La validez de contraste mostró que el personal de una unidad de pacientes no interno no respondió a las preguntas de la misma forma ($r_{wg(j)} = .25$) como el personal de la unidad de

pacientes internos ($r_{wg(i)} > .90$). La validez convergente de la herramienta de trabajo de equipo fue medida correlacionando la sub-escala de trabajo de equipo del *Safety Attitudes Questionnaire* con la NTS ($r = .76, p < .01$).

La NTS mostró una confiabilidad prueba post-prueba de $r = .92$ para los 33 reactivos, y $r = .77$ a $.87$ para las 5 sub-escalas, con una consistencia interna $\alpha = .94$ para todos los reactivos; $\alpha = .74$ a $.85$ para las sub-escalas. La agregación de respuestas a nivel individual con respecto al nivel de unidad fue apoyada por un cociente de correlación intra-clases 1 = $.16$ ($p > .001$), un coeficiente de correlación intra-clases 2 = $.9$ ($p < .001$), y una media $r_{wg(i)} = .98$.

Discusión:

Se demostró que la NTS tiene buena consistencia psicométrica. Aún más, la investigación con la NTS debe incluir probar la herramienta en hospitales con características que varían, y explorando los enlaces con los resultados clínicos y operacionales.

Palabras clave: enfermería, seguridad de paciente, escala, encuesta, trabajo de equipo, psicometría, ambiente laboral.

Artículo:

El impacto del trabajo de equipo sobre la seguridad de pacientes y la calidad del cuidado ha sido bien documentado en el cuidado de la salud (Leonard, Gram., Bonacum, 2004; Salas, Rosen, King, 2007; Shortell & Singer, 2008). Leonard et al., (2004) enfatizaron la importancia de la comunicación efectiva y del trabajo de equipo para la provisión de cuidado de alta calidad y seguridad de paciente. Ellos señalaron que las fallas de comunicación son causas comunes de daño a los pacientes. Por su parte, Salas et al., (2007) mostraron la estrecha asociación entre seguridad de paciente y la efectividad de equipo. Shortell y Singer (2008) sugirieron que debemos enfatizar en la seguridad sobre la productividad, y en el trabajo de equipo sobre la autonomía individual para reducir errores y mejorar la seguridad de paciente.

La mayor parte de la investigación sobre trabajo de equipo para el cuidado de la salud ha sido enfocada hacia departamentos de emergencia y perioperativos (Mills, Nelly, & Duna, 2008; Morey et al., 2002; Salas et al., 2007; Silen-Lipponen, Tossavainen, Turunen, & Smith, 2005). No obstante que una gran proporción del cuidado de la salud es provisto por equipos de trabajo de enfermería en hospitales de cuidado agudo, ha habido poca investigación sobre este trabajo de equipo. Una de las barreras para estudiar estos grupos de trabajo ha sido la falta de instrumentos aceptables, confiables, y válidos para diferenciar los niveles de trabajo de equipo de enfermería en esos establecimientos. Tal herramienta es necesaria para estudiar el estatus y las características del trabajo de equipo de enfermería.

Un equipo está formado de dos o más gentes que trabajan inter-dependientemente con un propósito común. La definición de un grupo de trabajo de enfermería para propósitos de este estudio equivale al personal – enfermeras licenciadas, enfermeras técnicas, y asistentes de enfermería – que trabajan juntos en una unidad de cuidado dada en un establecimiento hospitalario de cuidado agudo. E personal de enfermería trabaja en turnos de 4, 8 o 12 horas. El cuidado total de cualquier

paciente en un establecimiento hospitalario requiere mucho personal todo el tiempo. La complejidad y las grandes demandas de conocimiento y destrezas de enfermería especializadas también requiere que las enfermeras se consulten entre sí.

Herramientas de Medida de Trabajo de Equipo:

Muchas herramientas de encuesta han sido desarrolladas para medir el trabajo de equipo en general, pero la revisión de esos instrumentos reveló algunos problemas. Además de los asuntos de estructura (e.g., redundancia de reactivos de una sub-escala a otra, falta de balance entre reactivos positivos y negativos, opciones de respuesta no claras, rótulos, reactivos que no corresponden), muchos de esos instrumentos de medición fueron desarrollados con el propósito de educación o consultoría, más no de investigación (Dimock, 1991; Glaser & Glaser, 1995; Phillips & Elledge, 1994; Wheelan, 1994). Otros tuvieron un uso muy específico tal como para medir el desarrollo de nuevos grupos de equipos (Campbell & Hallan, 1997; Dimock, 1991; Farrell, Heinemann, & Schmitt, 1992; Weisbond, 1991) o situaciones de encuentros formales (Burns & GRagg, 1981; Harper & Harper, 1993). Un número de esas herramientas requieren un pago para poder ser usadas (Glaser & Glaser, 1995). Algunas requieren que el investigador envíe los resultados a una compañía para su análisis (Sexton et al., 2006). La barrera más importante para usar estas herramientas es que sus propiedades psicométricas no han sido probadas (Burns & Gragg, 1981; Chartier, 1991; Francis & Young, 1992; Hall, 1988; Pfeiffer & Jones, 1974; Phillips & Elledge, 1994; Schein, 1988; Varney, 1991).

Buscando específicamente por la existencia de herramientas de medida de trabajo de equipo, Heinemann y Zeizz (2004) reportaron que 12 herramientas de encuesta fueron diseñadas o adaptadas para equipos en el cuidado de la salud. De esas, varias se centraron sobre equipos que cuidan grupos específicos de pacientes, por ejemplo geriátricos (Farrell et al., 1992; Heinemann et al., 1999; Hepburn, Tsukuda, & Passer, 1998), psiquiátricos (Lichtenstein et al., 1997), y de rehabilitación (Heinemann & Zeiss, 2004). No obstante que la escala Attitudes Toward Health Care Teams Scale (Heinemann et al., 1999) tiene excelentes propiedades psicométricas, ésta es usada para medir actitudes hacia el equipo tales como si el médico debería ser el líder, pero no sobre el funcionamiento del equipo. Otros instrumentos está diseñados para medir colaboración entre enfermeras y médicos (Baggs, 1994; Shortell, Rousseau, Gillies, Devers, & Simona, 1991). Usando el modelo cognitivo motivacional, Millward y Jeffries (2001) desarrollaron y probaron el Team Survey con 10 equipos de cuidado de la salud y 124 profesionales en el nacional Health Trust del Reino Unido, pero luego de los resultados concluyeron que era necesario depurar la escala para poder medir los niveles de trabajo de equipo de enfermería en los establecimientos de cuidado agudo (Millward & Jeffries, 2001).

Proceso de Prueba Psicométrica:

La evaluación de las propiedades psicométricas de un nuevo instrumento involucra exámenes de aceptabilidad, validez, y confiabilidad (Nunnally & Bernstein, 1994; Vogus & Stuclicke, 2007; Waltz, Strickland, & Lenz, 2005). La aceptabilidad o facilidad de uso, es juzgada por el número de respondientes quienes completan la escala sin omitir reactivos y durante el tiempo requerido.

La validez de un instrumento se refiere al grado de extensión con el cual la escala provee datos relativos a significados comúnmente aceptados sobre algún concepto (o si de hecho mide lo que se pretende que mida). Se le han dado tres significados principales a la validez: (a) validez de contenido – el muestreo a partir de un conjunto de contenido requerido; (b) validez

predictiva – establecer una relación estadística con un criterio particular; y (c) validez de constructo – medir los atributos psicométricos (Nunnally & Bernstein, 1994, p.83). La validez de contenido se enfoca sobre el contenido del instrumento de medición, evaluando si éste refleja el dominio de contenido a ser medido. La validez predictiva se enfoca sobre la correlación del instrumento con alguna otra medida bien validada sobre el mismo constructo (Bagozzi, Yi & Phillips, 1991). La validez predictiva es medida a través de la validez concurrente, la cual se refiere a la extensión con la cual una medida puede ser usada para estimar la situación presente del individuo con respecto a algún criterio. Hay dos aspectos principales para la validez de constructo: (a) desarrollar medidas de constructos individuales y (b) encontrar relaciones funcionales entre medidas de diferentes constructos (Nunnally & Bernstein, 1994, p.85). Los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios proveen los constructos. La validez de contraste y convergente mide las relaciones entre (a) dos grupos que se sabe son diferentes en la característica siendo medida por el instrumento y (b) diferentes medidas del mismo constructo (Waltz et al., 2005).

La confiabilidad se refiere a la consistencia o repetibilidad de un conjunto de mediciones. La confiabilidad es evaluada mediante el método de prueba y post-prueba y por medidas de consistencia interna. La confiabilidad prueba post-prueba se refiere a la probabilidad de que una medida dada arroje la misma descripción de un fenómeno dado cada vez que se repite esta medición. En concepto, permite la medida directa de la consistencia de administración a administración (Pallant, 2005). La consistencia interna estima el grado de extensión con el cual los factores generados por preguntas de la encuesta de la escala están evaluando un constructo; y está medida con alfa de Cronbach. La consistencia interna tiene puntuaciones que van de 0 a 1, donde un coeficiente .7 es considerado aceptable para una nueva escala, y .8 o mayor indica buena confiabilidad como evidencia de que los reactivos pueden ser usados intercambiamente (Waltz et al., 2005). Las correlaciones inter-clase son otra medida de consistencia interna. Los factores que evolucionaron a partir de una herramienta son probados calculando el estadístico F a partir de un análisis de varianza de un solo sentido (ANOVA), un coeficiente de correlación inter-clase (ICC1 e ICC2), y un acuerdo dentro-de-grupo ($r_{wg(j)}$). ICC1 e ICC2 son medidas estadísticas usadas para determinar dos importantes aspectos de la confiabilidad de un instrumento de encuesta: (a) que los miembros de cada unidad reporten puntuaciones similares sobre una medida dada y (b) que las unidades tengan varianza entre-unidades significativa para una medida dada (Vogus & Sutcliffe, 2007). La ICC1 puede ser interpretada como la proporción de la varianza total que es explicada por unidad; que puede ir de -1 a 1, y los valores típicos van de .05 a .30. La ICC2 provee un estimado general de la confiabilidad; con .70 o más siendo valores aceptables. La $r_{wg(j)}$ es una medida de varianza que determina el acuerdo de las respuestas dentro de un grupo. Mientras más se acerque a 1, más intercambiables son las respuestas entre los individuos de un grupo.

Marco de Trabajo Conceptual:

No obstante que hay muchas teorías sobre trabajo de equipo, la teoría de Salas (Salas, Sims, & Burke, 2005) fue seleccionada como marco de trabajo para la NTS por que está basada en comportamientos de trabajo de equipo y ofrece una explicación práctica de las dinámicas del trabajo de equipo. Este marco de Trabajo (figura 01), incluye cinco elementos nucleares del trabajo de equipo: (a) Orientación de equipo (cohesividad y la conciencia del grupo de si mismo como un equipo), (b) Liderazgo de equipo (estructura, dirección, y apoyo provisto por el líder formal), (c) Monitoreo mutuo del desempeño (observación y conciencia del trabajo del otro mientras se lleva a cabo el propio), (d) Comportamiento de respaldo (los miembros del equipo se ayudan entre si con sus tareas y responsabilidades), y (e) adaptabilidad (capacidad de ajustarse a las necesidades del trabajo) – y tres mecanismos coordinadores: (a) comunicación cercana (el intercambio activo de información entre los miembros del equipo), (b) Modelos mentales compartidos (mente colectiva), y (c) Confianza mutua (creencia de que los miembros del equipo actuarán de formas que promuevan los objetivos del equipo). El liderazgo de equipo y la orientación de

equipo son requeridos para el monitoreo mutuo del desempeño y el comportamiento de respaldo. El comportamiento de respaldo está mediado por la adaptabilidad y afecta directamente la efectividad de equipo asegurando que todas las tareas sean completadas. El monitoreo mutuo del desempeño impacta la efectividad de equipo a través del comportamiento de respaldo. El monitoreo mutuo del desempeño y la comunicación requieren modelos mentales compartidos y confianza. Un comportamiento de respaldo y adaptabilidad efectivos requieren modelos mentales compartidos para lograr la efectividad de equipo. La adaptabilidad tiene un impacto directo sobre la efectividad de equipo por la calidad del monitoreo mutuo y comportamiento de respaldo.

Propósito:

El objetivo de este estudio fue desarrollar y evaluar la escala NTS, que está diseñada para medir el trabajo de equipo de enfermería en establecimientos hospitalarios de cuidado agudo a nivel unidad de paciente.

Métodos:

Establecimiento y Participantes

Los participantes para este estudio metodológico fueron miembros de equipos de enfermería de 38 unidades de cuidado agudo de pacientes en un centro académico para el cuidado de la salud (936 camas) y un hospital comunitario (120 camas). El número total de participantes fue 1,758. Además, a un equipo de supervivencia ($n = 11$) se le administró la encuesta para propósitos de validez de contraste.

Instrumento:

Los reactivos del NTS fueron generados sobre bases teóricas, informados por el modelo Salas sobre trabajo de equipo (Salas et al., 2005). Además, se usaron datos cualitativos de 34 grupos de enfoque con 116 RNs, 7 LPNs, 28 NAs, y 19 USs (edad media = 42 aos, 97% mujeres) (Kalisch, Weaver, & Salas, 2009). A partir de estos datos, 74 reactivos potenciales fueron generados con siete categorías.

A expertos en trabajo de equipo de enfermería (enfermeras de personal, enfermeras administradoras, y expertas en trabajo de equipo) se les pidió externar su juicio con respecto del grado con el cual el contenido de la encuesta equivalía a una descripción detallada del contenido del dominio. Hubo 10 diferentes versiones de la encuesta. Empezando con una encuesta de 74 preguntas y procediendo a la versión final de 45 preguntas, cada versión fue revisada, y se escucharon estos juicios y sugerencias. Los reactivos poco claros o no relevantes fueron eliminados. El índice de validez de contenido fue 91.2% (en la versión final del NTS) (Lynn, 1986).

El NTS de 45 preguntas usa una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = raramente, 2 = 25% del tiempo, 3 = 50% del tiempo, 4 = 75% del tiempo, 5 = siempre). La herramienta está diseñada para ser auto-administrada y se enfoca sobre

el desempeño dentro del equipo. La encuesta también contiene cuestiones con respecto de las características demográficas de los respondientes, satisfacción, y número de pacientes cuidados durante su último turno.

Procedimientos:

Luego de obtener las aprobaciones del comité institucional de revisión, el estudio fue iniciado con una presentación a los directores y administradores de enfermería en las instalaciones usadas en el estudio. Se envió una respetuosa invitación con los detalles y características del estudio a las participantes. En las instrucciones, se pidió a las enfermeras completar la encuesta y entregarla en cajas especiales colocadas en las unidades. Las unidades que obtuvieron por lo menos 50% de tasa de encuestas completas se les entregaron pizzas y un incentivo para participar en la investigación. Los mismos procedimientos fueron aplicados para el equipo de enfermería de supervivencia, el cual sirvió como grupo para propósitos de validación.

Análisis de Datos:

Los análisis fueron completados usando el Statistical Package for the Social Sciences versión 16. Antes de proceder, las palabras inversas fueron recodificadas. Para incrementar el número total de casos para el análisis factorial, llevamos a cabo un proceso para llenar los casos perdidos (missing values) usando el software Variation Estimation del paquete SAS versión 9.1.

La validez concurrente fue evaluada al comparar las respuestas con una pregunta integrada en la sección demográfica de la encuesta que pedía a los respondientes calificar globalmente su satisfacción con el trabajo de equipo en su unidad con la puntuación total en la NTS.

Una serie de análisis factoriales exploratorios fueron llevados a cabo con la NTS de 45 preguntas. Este análisis fue aplicado a una mitad aleatoria del conjunto de datos ($n = 879$). Se aplicó la técnica de extracción de componentes principales y la técnica Varimax como el método de rotación ortogonal para obtener una solución distintiva y máximamente interpretable (Thompson & Daniel, 1996). Como fue sugerido por varios expertos, se aplicaron las siguientes reglas de decisión: (a) el uso de una estructura factorial simple, (b) valor eigen mínimo de 1, (c) el punto de discontinuidad de la gráfica "scree", (d) la exclusión de reactivos con cargas factoriales menores a .35 o que aparecieran en más de dos factores, y (e) la exclusión de factores de reactivos únicos a partir de un punto parsimonioso (HAir, Tatham, Anderson, & Black, 1998; Price & Mueller, 1986; Straub, 1989).

El siguiente paso fue llevar a cabo un análisis factorial confirmatorio con la mitad restante de los datos usando el paquete AMOS versión 16. La raíz del cuadrado de la media del error de aproximación (RMSEA en Inglés) y el cuadrado de la media de la raíz estandarizada residual (SRMR en Inglés) fueron usados, de acuerdo a recomendaciones de Hu y Bentler (1999).

La validez de contraste fue probada usando las respuestas del equipo de enfermería de supervivencia ($n = 11$). Se hipotetizó que un grupo que practicaba en un ambiente de enfermería diferente reportaría puntuaciones menores que los equipos de enfermería adscritos a las unidades de pacientes internos.

Para validez convergente, Las puntuaciones NTS fueron correlacionadas con la sub-escala Teamwork Climate (seis preguntas) del Safety Attitudes Questionnaire (SAQ; Sexton et al., 2006). El SAQ fue diseñado para medir varias actitudes sobre seguridad de paciente. La confiabilidad de la SAQ se reportó como .9. el instrumento está hecho de seis sub-escalas; solamente la sub-escala Teamwork Climate fue usada para nuestro estudio, y fue comparada con la puntuación total del NTS. La hipótesis fue que los resultados de la NTS se correlacionarían con la sub-escala Trabajo de Equipo (Teamwork) de la SAQ. Para examinar esta hipótesis, administramos tanto la NTS como la SAQ a 82 enfermeras de personal en una unidad de cuidado de pacientes. Una medida de validez de convergencia para la NTS fue llevada a cabo al generar una prueba de coeficiente de correlación Pearson entre la NTS y la sub-escala SAQ.

Para la confiabilidad prueba post-prueba, formas idénticas del instrumento fueron administradas alas mismas 49 enfermeras con 2 semanas de diferencia. Conduciendo un ANOVA de un solo sentido usando los factores como variable dependiente y las unidades como variables independientes, se evaluaron los valores F a nivel .05 de significancia. Entonces, usando el cuadrado de la media entre-grupos y el cuadrado de la media intra-grupos, se obtuvieron los coeficientes ICC1 e ICC2.

Resultados:

Participantes:

Los datos fueron obtenidos en 2008 de 1,802 enfermeras registradas de diversas categorías. Luego de la depuración, la muestra final se constituyó con 1,758. El radio de tamaño de la muestra a el número de reactivos fue de 40:1, lo que excede el mínimo recomendado de 10:1 sugerido por Kerlinger (1978). La tasa de entrega de cuestionarios fue de 56.9%.

Las respondientes trababan un diversos tipos de unidades: 30% (n = 532) en unidades de cuidado intensivo; 17.2% (n = 302) eran de UCI para adultos y 13.1% (n = 230) de UCI pediátricas. 11.7% (n = 205) eran de unidades de nivel intermedio para adultos; 28.7% (n = 505) de unidades quirúrgicas para adultos; 13% (n = 228) de unidades pediátricas; 6.8% (n = 119) de departamentos de emergencia y relacionados; 5.7% (n = 101) de unidades de maternidad; y 3.8% (n= 67) de otras unidades.

De estas 1,758 participantes, 68.1% (n = 1,198) eran mujeres, 77.4% (n = 1,360) reportaron tener título de enfermera. La mayoría trabajaba tiempo completo (80.2%, n = 1,397), y aproximadamente la mitad tenía licenciatura en enfermería (48.2%, n = 848). Dos terceras partes estaban entre los 26 y los 44 años de edad. El número promedio de años de experiencia laboral fue de 10. Las características de las participantes se muestran en la tabla 01. De las 11 enfermeras de equipo de supervivencia, que fueron solicitadas para la prueba de validez de contraste, todas trabajaban tiempo completo, 27.3% (n = 3) eran mujeres, 54.5% (n = 6) tenían un grado de licenciatura, la mitad (n = 5) tenían entre 45 y 54 años de edad, y el número promedio de años de experiencia laboral fue de 14.4 (DE = 6.8 años).

Aceptabilidad:

El porcentaje de respondientes que completó el cuestionario sin omitir reactivo alguno fue de 80.4%. Otro 11.5% omitió sólo un reactivo, 2.9% omitió dos reactivos, y 5.2% omitió más de dos reactivos. La mayoría de las respondientes completaron el cuestionario en 10 minutos aproximadamente.

Validez:

Los resultados del análisis de factores se muestran en la tabla 02. Surgieron 5 factores: (a) Confianza, (b) Orientación de equipo, (c) Respaldo, (d) Modelo mental compartido, (e) Liderazgo de equipo. La medida Kaiser-Meyer-Olkin mostró que la muestra fue excelente (.961). Los cinco factores explicaron el 53.11% de la varianza. El análisis de factorial confirmatorio generó 5 factores también que se ajustaron a los datos de la NTF (CFI = .884, RMSEA = .055, SRMR = .045. Chi cuadrado = 1,745.30 (gl = 485, $p < .001$). Estos datos confirman la estructura factorial.

Validez concurrente:

Como resultado de la validez concurrente, un ANOVA de un solo sentido mostró que las enfermeras que estaban o muy satisfechas, o por lo menos satisfechas, con el nivel de trabajo de equipo en sus unidades tuvieron puntuaciones significativamente mayores en la NTS (4.10 y 3.70 respectivamente) que las enfermeras que estaban insatisfechas (2.95; $p < .001$). Como se pronosticó, la puntuación general de trabajo de equipo en unidad se correlacionó significativamente con las respuestas a este reactivo ($r = .633$, $p < .001$).

Validez de contraste y convergencia:

Un examen al grupo de contraste mostró que los reactivos en la NTS fueron enfocados sobre equipos de enfermería de pacientes internos. Las respuestas de estos equipos fueron contrastadas con las de un equipo de supervivencia. Cada unidad, excepto el equipo de supervivencia mostró un valor $r_{wg(j)}$ de .90 o mayor, indicando que los individuos del equipo de supervivencia no respondieron de la misma forma que el personal de enfermería. Como se hipotetizó, el equipo de enfermería de supervivencia tuvo un bajo valor $r_{wg(j)}$ de .25. Finalmente, entre la sub-escala Clima de Trabajo de Equipo de la SAQ y la puntuación total en la NTS, se encontró una correlación de .76, significativa a nivel .01.

Confiabilidad:

La confiabilidad prueba post-prueba general fue de .92 para 33 reactivos, y cada sub-escala tuvo coeficientes que fueron desde .77 hasta .87.

Consistencia interna:

El coeficiente alfa de los 33 reactivos fue .94 y los coeficientes alfa de las sub-escalas fueron desde .74 hasta .85. A partir del análisis de las correlaciones intra-escalas, los valores F sugirieron que había diferencias en las formas de responder de las enfermeras en diferentes unidades a nivel $p > .001$. La tabla 03 muestra estos valores. Estos datos revelan que el agregado de respuestas a nivel unidad fue congruente y constante hacia la misma dirección.

Discusión:

El propósito de este estudio fue desarrollar y probar las propiedades psicométricas de la NTS. Este instrumento fue administrado a 1,758 enfermeras en 38 unidades de pacientes internos en un centro académico de ciencias de la salud y en un hospital comunitario.

No obstante que no hubo un ajuste perfecto con la teoría de Salas sobre trabajo de equipo (Salas et al., 2005), los resultados de la NTS demuestran una fuerte similitud. El modelo de Salas incluye 5 elementos sobre el trabajo de equipo (orientación de equipo, liderazgo de equipo, monitoreo mutuo del desempeño, respaldo y adaptabilidad) y tres mecanismos coordinadores (comunicación, modelos mentales compartidos, y confianza). Cinco factores o sub-escalas emergieron de la NTS: Confianza, Orientación de Equipo, Respaldo, Modelos Mentales Compartidos, y Liderazgo de Equipo. Es posible que monitoreo mutuo del desempeño, adaptabilidad, y comunicación estén integrados en los factores Respaldo y Confianza.

Los siete reactivos del factor Confianza miden si los miembros del equipo confían entre sí lo suficiente para comunicar ideas e información y valorar, buscar, y darse retroalimentación mutua; los 9 reactivos del factor Orientación de Equipo miden si el equipo trabaja en conjunto para mejorar las debilidades de cada una de forma eficiente; los seis reactivos del factor Respaldo miden si los miembros del equipo voluntariamente se apoyan entre sí cuando reconocen que alguno está muy ocupado o sobretabajado; los siete reactivos del factor Modelos Mentales Compartidos son usados para medir si todos los miembros del equipo entienden sus roles y responsabilidades y por lo tanto trabajan juntos para alcanzar las metas con calidad; y finalmente los cuatro reactivos del factor Liderazgo de Equipo se usan para medir si las enfermeras a cargo, o las administradoras, adecuadamente monitorean, distribuyen, balancean, y voluntariamente ayudan en la carga de trabajo de las enfermeras.

Las limitaciones a este estudio incluyeron el hecho de que la muestra provino sólo de dos hospitales, y por lo tanto los hallazgos pudieran no ser lo suficientemente generalizables a otros establecimientos. Sin embargo, los dos hospitales de nuestra muestra se comportaron de forma muy similar lo que sugiere la robustez del instrumento. La NTS no ha sido usada para intervenciones de medición del nivel de trabajo de equipo. Se sugiere continuar desarrollando la precisión de esta escala.

Figura 01: El marco de trabajo de "los Cinco Grandes" (Salas, Sims, & Burke (2005).

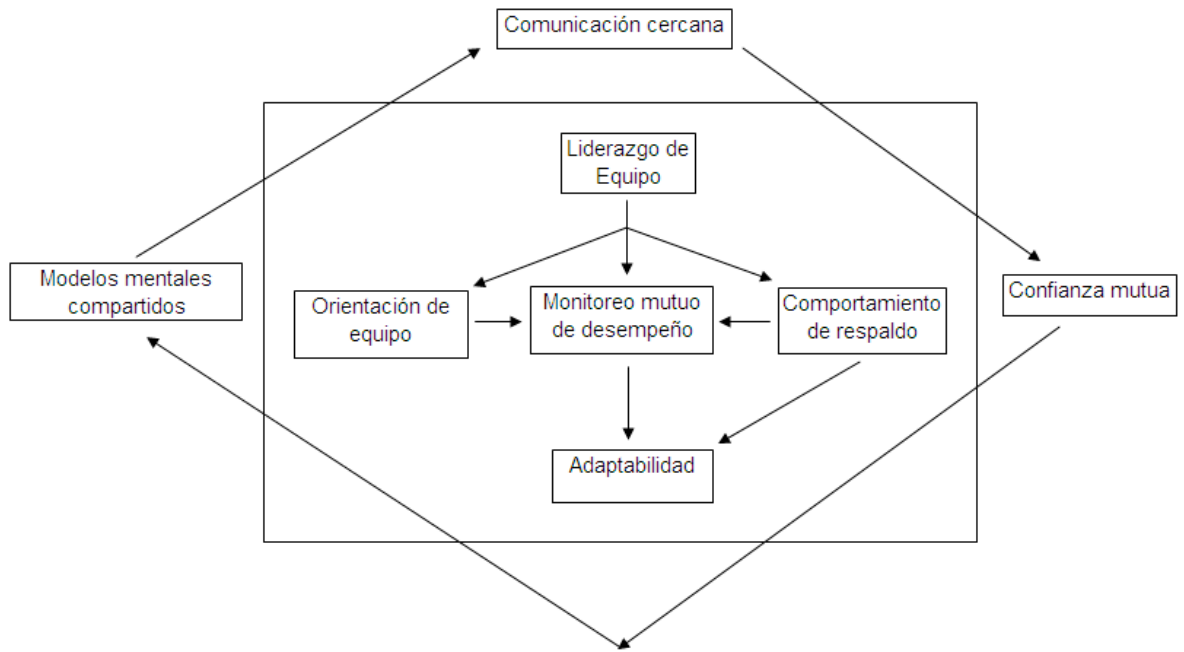


Tabla 01: Características de la Muestra (N = 1,758)

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	156	9.2
	Femenino	1533	90.8
Edad	Menos de 25 años	193	11
	De 26 a 34 años	518	29.6
	De 35 a 44 años	475	27.2
	De 45 a 54 años	412	23.6
	De 55 a 64 años	148	8.5
	Más de 64 años	3	0.2
	Años de Experiencia (Media +- DS)	9.84 +- 9.38	
Máximo Nivel	Preparatoria	220	12.5
	Técnico	576	32.8
	Licenciatura	848	48.2
	Posgrado	96	5.5
Estatus de Empleo	>30 horas a la semana	1397	80.2
	<30 horas a la semana	344	19.8
Unidad	UCI Adultos	302	17.2
	UCI Pediátrica	230	13.1
	Adulto U Intermedia	205	11.7
	Adulto Med.Quir.Rehab.	505	28.7
	Pediátrica	228	13
	Maternidad	101	5.7
	ER-SWAT-SVF	119	6.8
	Otra	67	3.8

Nota: ER-SWAT-SVF = Departamento de Emergencia y Equipo de Transporte

Tabla 02: Análisis de los 5 factores resultantes de los reactivos de la NTS

Factor	Valor eigen	% varianza	Alfa Cronbach	Reactivo	Carga fact.
1. Confianza	11.854	35.92	0.847	Clarificar entre sí el mensaje	0.695
				Retroalimentación constructiva	0.670
				Compartir ideas e información	0.647
				Integrarse en cambios para mejorar	0.627
				Confianza	0.569
				Justa asignación de responsabilidades	0.461
				Comunicación de expectativas	0.407
2. Orientación de Equipo	2.262	6.85	0.831	Evitar conflicto	0.659
				Dominado por miembros con fuerte personalidad	0.654
				Queja por tareas incompletas otros turnos	0.645
				Retroalimentación crítica	0.633
				Respuestas defensivas	0.594
				Mayor tiempo de "break"	0.585
				Enfoque en trabajo propio y no en conjunto	0.567
				Enfermeras y sus asistentes sin colaboración	0.554
				Ignorar errores y comportamiento disruptivo	0.462
3. Respaldo	1.223	3.71	0.841	Percatarse de los problemas de un compañero	0.688
				Trabajar juntos para lograr completar la tarea	0.631
				Mantener un ojo sobre el compañero	0.608
				Líderes enfermeras ayudan a miembros equipo	0.564
				Saber que se necesita ayuda antes de ser solicitado	0.555
4. Compartir Modelos Mentales	1.145	3.47	0.834	Responder a los pacientes de otros compañeros	0.551
				Entendimiento de las responsabilidades propias	0.699
				Entendimiento de roles y responsabilidades de otros	0.559
				La información de cambio de turno está completa	0.550
				Conciencia de fortalezas y debilidades de otros	0.521
				Seguimiento de los compromisos	0.508
				Trabajar juntos por una tarea con calidad	0.506
				Respeto	0.469
5. Liderazgo de Equipo	1.043	3.16	0.744	Líderes para monitorear el trabajo	0.629
				Líderes balancean las tareas de todos	0.486
				Plan para enfrentar cambios en la carga de trabajo	0.485
				Líderes dan instrucciones claras y relevantes	0.410

Tabla 03: Medidas de Confiabilidad (N = 1,758); 38 unidades

		Sum. cuadr.	gl	Cuadr. medio	F	Signif.	ICC1	ICC2
Confianza	Entre-grupos	103.043	37	2.785	6.247	0	0.1	0.84
	Intra-grupos	765.497	1717	0.446				
	Total	868.54	1754					
Orientacion de equipo	Entre-grupos	112.097	37	3.03	6.788	0	0.11	0.85
	Intra-grupos	766.829	1718	0.446				
	Total	878.926	1755					
Respaldo	Entre-grupos	138.77	37	3.751	8.777	0	0.15	0.89
	Intra-grupos	734.165	1718	0.427				
	Total	872.935	1755					
Modelo mental compartido	Entre-grupos	78.929	37	2.133	7.317	0	0.12	0.86
	Intra-grupos	501.194	1719	0.292				
	Total	580.123	1756					
Liderazgo de equipo	Entre-grupos	124.116	37	3.354	6.398	0	0.12	0.86
	Intra-grupos	829.183	1715	0.483				
	Total	953.299	1752					
Total trabajo de equipo	Entre-grupos	98.894	37	2.673	9.717	0	0.16	0.9
	Intra-grupos	472.848	1719	0.275				
	Total	571.742	1756					

Referencias:

Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure col-laboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20(1), 176-182.

Bagozzi, R. P., Yi, Y., & Phillips, L. W. (1991). Assessing construct validity in organizational research. *Administrative Science Quarterly*, 36(3), 421-58.

Burns, F., & Gragg, R. (1981) diagnostic instruments. In J. E. Jones & J. W. Pfeiffer (Eds.), *The annual handbook for group facilitators* (pp. 87-93). San Diego, CA: Pfeiffer &c Company.

Byrne, B. M. (1994). *Structural equation modeling with EQS and EQS/WINDOWS: Basic concepts, applications, and program-ming*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Campbell, D., & Hallan, G. L. (1997). *Team development survey*, Rosemont, IL: National Computer Systems, Inc.

Chartier, M. R. (1991). Trust-orientation profile. In W. J. Pfeiffer (Ed.), *Annual, developing human resources* (pp. 136-148). San Diego, CA: Pfeiffer & Company.

Dimock, H. G. (1991). Survey of team development. In J. W. Pfeiffer (Ed.), *Enciclopedia of team-development activities* (pp. 243-246). San Diego, CA: Pfeiffer Se Company.

- Farrell, M. P., Heinemann, G. D., & Schmitt, M. H. (1992). A measure of anomie in health care teams. In J. R. Snyder (Ed.), *Interdisciplinary health care teams: Proceedings of the Fourteenth Annual Conference in Chicago* (pp. 186—197). Indianapolis, IN: School of Allied Health Sciences, Indiana University School of Medicine, Indiana University Medical Center.
- Francis, D., & Young, D. (1992). *The team review survey*. San Diego, CA: Pfeiffer & Company.
- Glaser, R., & Glaser, C. (1995). *Team effectiveness profile*. King of Prussia, PA: Organization Design and Development, Inc.
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hall, J. (1988). *Teamness Index: An assessment of your team's readiness for effective team work*. The Woodlands, TX: Telemetrics International.
- Harper, A., & Harper, B. (1993). In A. Harper & B. Harper, *Skill-building for self-directed team members* (pp. 88-90). Yorktown, NY: MW Co.
- Heinemann, G. D., Schmitt, M. H., Farrell, M. P., & Brailier, S. A. (1999). Development of an Altitudes Toward Health Care Teams Scale. *Evaluation & the Health Professions*, 22(1), 123-142.
- Heinemann, G. D., & Zeiss, A. M. (Eds.). (2004). *Team performance in health care: Assessment and development*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Hepburn, K., Tsukuda, R. A., & Fasser, C. (1998). Teams skills scale. In E. L. Siegler, K. Myer, T. Fulmer, & M. Mazey (Eds.), *Geriatric interdisciplinary team training* (pp. 264—265). New York: Springer.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Kalisch, B. J., Weaver, S. J., & Salas, E. (2009). What does nursing teamwork look like? A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 298-307.
- Kerlinger, F. N. (1978). *Foundations of behavioral research*. New York: McGraw-Hill.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, (Suppl. 1), 185-190.
- Lichtenstein, R., Alexander, J. A., Jinnett, K., & Ullman, E. (1997). Embedded intergroup relations in interdisciplinary teams: Effects on perceptions of level of team integration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 33(4), 413-434.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Mills, P., Neily, J., & Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: Implications for patient safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(1), 107-112.
- Millward, L. J., & Jeffries, N. (2001). The Team Survey: A tool for health care team development. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 276-287.

- Morey, J. C., Simón, R., Jay, G. D., Wears, R. L., Salisbury, M., Dukes, K. A., et al. (2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: Evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 37(6), 1553-1581.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Inc. Pallant, J. (2005). In J. Pallant, *SPSS survival manual* (2nd ed., pp. 6). New York: Open University Press.
- Pfeiffer, J. W., & Jones, J. E. (1974). Post meeting reaction form. In J.W. Pfeiffer (Ed.), *A handbook of structured experiences for human relations training* (Vol. 3, p. 30). San Diego, CA:
- Pfeiffer & Company. Phillips, S. L., & Elledge, R. L. (1994). In S. L. Phillips & R. L. Elledge, *Team building for the future: Beyond the basics* (pp.10-31). San Diego, CA:
- Pfeiffer & Company. Price, J. L., & Mueller, C. W. (1986). *Handbook of organizational measurement*. Marshfield, MA:
- Pitman. Salas, E., Rosen, M. A., & King, H. (2007). Managing teams managing crises: Principles of teamwork to improve patient safety in the emergency room and beyond. *Theoretical Issues in Ergonomics*, 8(5), 381-394.
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a "Big Five" in Teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555-599.
- Schein, E. H. (1988). In E. H. Schein, *Process consultation: Its role in organization development* (2nd ed., Vol. 1, pp. 76-83). Reading, MA: Addison Wesley Publishing Company.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Veila, K., Boyden, J., et al. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44.
- Shortell, S. M., Rousseau, D. M., Gillies, R. R., Devers, K. J., & Simons, T. L. (1991). Organizational assessment in intensive care units (ICUs): Construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Medical Care*, 29(8), 709-726.
- Shortell, S. M., & Singer, S. J. (2008). Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA*, 299(4), 445-447.
- Silen-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., & Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11(1), 21-32.
- Straub, D. W. (1989). Validating instruments in MIS research. *MIS Quarterly*, 13(2), 147-169.
- Thompson, B., & Daniel, G. (1996). Factor analytic evidence for the construct validity of scores : A historical overview and some guidelines. *Educational and Psychological Measurement*, 56(2), 197-208.
- Varney, G. H. (1991). In G. H. Varney, *Building productive teams* (pp. 29-30). San Francisco: Jossey-Bass.
- Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007). The Safety Organizing Scale: Development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical Care*, 45(1), 46-54.

Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2005). In C. F. Waltz, O. L. Strickland, & Lenz, E. R. Measurement in nursing and health research (3rd ed., pp. 137-214). New York: Springer.

Weisbond, M. R. (1991). Team development rating form. In J. W. Pfeffer (Ed.), Encyclopedia of team-development activities (pp. 249-250). San Diego, CA: Pfeiffer Se Company.

Wheelan, S. A. (1994). The group development questionnaire: A manual for professionals. Provincetown, MA: GDQ Associates.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T40**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Entendiendo el Concepto de Significancia Estadística

Hayat MJ.

Understanding Statistical Significance

Nurs Res. 2010; 59(3): 219-223.

Entendiendo el Concepto de Significancia Estadística

Matthew J. Hayat, PhD, Assistant Professor and Biostatistician, School of Nursing, Johns Hopkins University, Baltimore Maryland.

Nursing Research, May/June 2010, Vol 59, No. 3

Antecedentes:

La significancia estadística es frecuentemente mal interpretada como prueba de evidencia científica sobre importancia. En este artículo se identifica el error de reporte estadístico más común en la literatura biomédica: confundir la significancia estadística con la importancia clínica.

Objetivo:

El objetivo de este estudio fue clarificar la confusión entre significancia estadística e importancia clínica presentando una perspectiva histórica de las pruebas de significancia, así como una interpretación correcta de la información que aportan los valores p y las pruebas de significancia. También se ofrecen recomendaciones para el uso y reporte correctos.

Resultados:

Se desarrolló un análisis documentado sobre estos conceptos.

Discusión:

La significancia estadística no es una medida objetiva y no evita que el investigador piense y juzgue cuidadosamente la importancia clínica y práctica de los resultados de los estudios.

Palabras clave: tamaño del efecto, valor p , significancia estadística.

Artículo:

La significancia estadística es frecuentemente usada de forma errónea como el estándar para valorar la importancia de un efecto medido. Esta práctica tiene una larga historia y es una consecuencia del deseo de un método directo y objetivo para enunciar la "importancia" de los hallazgos. La búsqueda de una medida objetiva de importancia es una tarea difícil. El

investigador muchas veces toma decisiones subjetivas con respecto del tema de investigación con sus mejores habilidades, dadas las circunstancias, recursos, y opciones de diseño. Por lo tanto, cada estudio está limitado por la subjetividad que pudiera estar vinculada a diversos factores, así como por el tiempo y cuestiones tales como qué es lo que se va a medir. El investigador frecuentemente usa la estadística para *probar*. Por ejemplo, es una práctica común considerar un valor p de menos de .05 como una forma de evidencia objetiva con respecto de algún efecto. Este razonamiento es subjetivo y conduce a interpretaciones y conclusiones erróneas (Ziliak & McCloskey, 2008). Confundir la significancia estadística con la importancia clínica es el error de reporte estadístico más común en la literatura biomédica (Lang, 2007).

La significancia está definida por Merriam-Webster (2009) como “la calidad de ser importante.” No obstante lo anterior, la significancia estadística NO es una medida con respecto de la importancia.

El propósito de este artículo fue proporcionar una perspectiva histórica sobre las pruebas de significancia, presentar un entendimiento correcto de la información que proporcionan los valores p y las pruebas de significancia, y ofrecer recomendaciones para el uso y reporte correcto de los resultados estadísticos.

Historia de las pruebas de significancia

Florence Nightingale fue una estadística y una pionera en el campo de la estadística clínica (Cohen, 1984; Grier, 1978; How, 1989, Kopf, 1978). Nightingale contribuyó a la estadística con métodos innovativos para visualizar la presentación de información (Lewi, 2006), no obstante que las pruebas de significancia aún no habían sido introducidas.

En 1935 el estadístico y genetista Roland A. Fisher introdujo los valores p y el concepto de pruebas de significancia estadística, así como el famoso nivel .05 (Fisher, 1925). Entre 1940 y 1955 la estadística inferencial y el reporte con valores p ganaron amplia aceptación en el campo de la psicología (Gigerenzer & Murria, 198; Hubbard & Ryan, 2000). En las primeras versiones del *Publication Manual of the American Psychological Association* se enfatizó que los resultados que no alcanzaban significancia estadística eran considerados no aptos para su publicación, lo cual generó gran selectividad. La falla, sin embargo, nuevamente estuvo en considerar la significancia estadística como una medida objetiva de evidencia científica sobre la importancia.

Sterling (1959) analizó las cuatro principales revistas de psicología de la época y cuantificó el uso de las pruebas de significancia. Más del 81% de los artículos habían incluido pruebas de significancia como el método para reportar resultados. En el 97%, la hipótesis nula fue rechazada y un resultado estadísticamente significativo fue reportado.

En las guías posteriores del *Publication Manual of the American Psychological Association* (1974) se siguió fomentando el uso de valores p , pero ahora advirtiendo a los investigadores que debían evitar atribuir importancia o magnitud a los valores p .

Por su parte Berger (2003), y Matthews (1998) también citaron las fallas y malos usos de las pruebas de significancia, fomentando el reporte de medidas del tamaño del efecto.

Pruebas de significancia

La prueba de significancia es el proceso de comparar el valor p derivado de los datos con un nivel de significancia predeterminado. El nivel de significancia es la probabilidad de cometer un error tipo I, en el cual se rechaza la hipótesis nula cuando de hecho es verdadera. El nivel de significancia convencional es .05, lo que corresponde a rechazar la hipótesis nula incorrectamente en aproximadamente 1 de cada 20 experimentos. Este nivel es una cantidad subjetiva elegida y, contrario a la creencia popular, no es una medida de evidencia científica.

Definiendo el valor p

Los investigadores pudieran estar interesados en la probabilidad de que una hipótesis sea verdadera. Sin embargo, el valor p NO da esa información. El valor p da la probabilidad de observar el efecto en la muestra de datos, asumiendo que no existe efecto (hipótesis nula). Cuando se rechaza la hipótesis nula se concluye que el efecto fue producto de una causa, y no de una casualidad, (por la baja probabilidad de esta casualidad, que es lo que expresa un valor p pequeño).

Interpretando el valor p

El valor p no tiene ningún valor clínico o práctico para el investigador. Como ejemplo, considere dos estudios similares; el resultado del estudio A da $p = .04$, y el resultado del estudio B da $p = .0000001$. En cada caso, el valor p es menor que el nivel predeterminado de significancia (.05), y por lo tanto se concluye significancia estadística para ambos estudios. No se pueden hacer más inferencias únicamente a partir del valor p . No obstante de la diferencia entre .04 y .0000001, la *evidencia* de un efecto en el estudio A no es menos significativa que aquella del estudio B.

Aún más, suponga que llevamos a cabo un tercer experimento, el estudio C que da un valor $p = .06$. Es común en la literatura que un autor interprete esto de forma incorrecta; por ejemplo como una *tendencia* hacia la significancia (casi). Esto es un error. La única inferencia que se puede hacer es que no se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto que el resultado es inconcluso.

El valor p y la significancia estadística están influidos por el tamaño de la muestra. Un efecto pequeño en un estudio grande puede tener el mismo valor p que un efecto grande en un estudio pequeño (Goodman, 1999). La importancia práctica y clínica de un efecto medido en un estudio es identificada por el investigador. Si el tamaño de la muestra es muy grande, el valor p necesariamente será muy pequeño. Por lo tanto, mientras más grande sea la muestra, mayor significancia estadística tendrán los resultados, *independientemente* de la importancia científica. También un efecto estadísticamente significativo basado en una muestra pequeña *impresiona* más que un efecto estadísticamente significativo basado en una muestra grande (Knapp, 1996).

Fallar en rechazar la hipótesis nula

Fallar en rechazar la hipótesis nula NO es lo mismo que aceptar la hipótesis nula. En otras palabras, la hipótesis nunca es aceptada. Similarmente, fallar en *encontrar* un efecto no es lo mismo que mostrar que no hay efecto. Si la hipótesis nula no es rechazada, una hipótesis nula verdadera solo puede ser reconocida como una *posibilidad*. Desafortunadamente, este detalle frecuentemente es ignorado en la traducción e interpretación de resultados no estadísticamente significativos. Si una prueba de significancia falla en rechazar la hipótesis nula no se puede *asegurar* que no hay efecto. Lo único que se puede expresar es que la prueba de significancia arrojó resultados inconclusos.

Poder, tamaño del efecto, y tamaño de la muestra

El valor p es dependiente del poder estadístico, tamaño del efecto, y tamaño de la muestra. El poder estadístico es la probabilidad de detectar un efecto cuando éste de hecho existe. Por lo tanto, para cuantificar el poder estadístico, el tamaño de un efecto necesita ser definido por el investigador. Esto se refiere a la mínima diferencia práctica o clínica necesaria para enunciar que algo de *importancia* está ocurriendo. El poder y el tamaño del efecto tienen una relación estrecha con el tamaño de la muestra (el número de participantes incluidos en un estudio). Para tener *suficiente* poder para detectar un tamaño de efecto menor se requieren muestras relativamente más grandes. Estas cantidades afectan el valor e interpretación de un valor p.

Debido a que el valor p da la probabilidad de observar un tamaño de efecto especificado asumiendo que la hipótesis nula es verdadera, el tamaño del efecto es usado en la definición de un valor p para una prueba estadística. Si se especifica un tamaño de efecto pequeño, una muestra grande será necesaria para detectar tal efecto. Esto significa que un resultado estadísticamente significativo no será encontrado si el tamaño de la muestra no es lo suficientemente grande. Estas *propiedades* no son lo más deseable para un investigador, por que la significancia estadística pudiera ser impulsada por el tamaño de la muestra pero no es necesariamente el reflejo del fenómeno que se estudia.

Un ejemplo de pensamiento mal orientado sobre la significancia estadística e importancia puede verse en el caso del analgésico Vioxx. Este medicamento fue producido por Merck (Ziliak & McCloskey, 2008). Primero aprobado por la U.S. Food and Drug Administration en 1999, la distribución de este fármaco creció dramáticamente, y para el 2003, Vioxx tenía un porción del mercado internacional equivalente a 2.5 billones de dolares. Una prueba clínica sobre el Vioxx fue llevada a cabo en el año 2000, y los hallazgos se publicaron en *Annals of Internal Medicine* (Lisse et al., 2003). Un artículo de noticias reportó lo siguiente sobre este estudio: “cinco pacientes tomado Vioxx habían sufrido ataques cardíacos durante la prueba, en comparación de uno tomando naproxen (el grupo control), una diferencia que no alcanzó significancia estadística” (Bernson, 2005). La postura fue que no había significancia estadística al nivel .05 en el número de ataque cardíacos entre el tratamiento (Vioxx) y el del grupo control (naproxen). Luego entonces el ratio de ataques al corazón de 5:1 fue ignorado. En 2003, una mujer de 73 años murió súbitamente de un ataque cardíaco mientras tomaba sus píldoras prescritas de Vioxx. Como resultado de su muerte, se inició una investigación y se llamó la atención a la *obvia* significancia clínica de este ratio entre Vioxx y naproxen. Este es un dramático ejemplo de interpretar incorrectamente la falla en rechazar la hipótesis nula como la *ausencia* de un efecto.

Recomendaciones

Los investigadores usualmente están interesados en el tamaño de un efecto, por que puede servir como una medida cuantitativa sobre la importancia. Debido a que el valor p no cuantifica la magnitud de la importancia, es necesario incluir medidas estadísticas apropiadas. Los paquetes de estadística comúnmente usados (SPSS, SAS, Stata, Minitab, Splus) generan resultados que incluyen valores p para cada prueba estadística. Además, la mayoría de los procedimientos en estos programas ofrecen al usuario la opción de calcular las medidas estadísticas para evaluar la magnitud y fuerza de asociación. El intervalo de confianza es un estimado de la magnitud de un efecto. Existen otras medidas estadísticas de magnitud también valiosas incluyendo coeficientes de correlación, odds ratios, riesgo relativo, y coeficiente de regresión. La actual edición de *Publication Manual of the American Psychological Association* enuncia lo siguiente:

“La inclusión de intervalos de confianza (para estimados de parámetros, para funciones de parámetros tales como diferencias en medias, y para tamaño de efectos) puede ser una forma muy importante de reportar los resultados. Ya que los intervalos de confianza combinan información sobre localización y precisión y frecuentemente pueden ser directamente usados para inferir niveles de significancia, son, en general, la mejor estrategia para elaborar reportes (p.34).”

El nivel de confianza es una función del nivel de significancia (la probabilidad de cometer un error tipo I, rechazando la hipótesis nula cuando ésta es verdadera) y está dado por $100(1-a)\%$. Por ejemplo, si $a = .05$, el correspondiente nivel de confianza es $100(1-.05) = 95\%$. Los intervalos de confianza también cuantifican la incertidumbre con respecto de la cantidad de interés. En vez de estimar un parámetro (tal como la media de una población) con un único número, los intervalos de confianza proveen estimados de intervalo para la cantidad de interés. En otras palabras, un intervalo de confianza es interpretado como decir al investigador que con muchas hipotéticas repeticiones de un experimento, el parámetro de la población puede esperarse estar contenido en el intervalo de confianza en $100(1-a)\%$ de los experimentos. Por ejemplo, una interpretación clínica correspondiente un intervalo de confianza 95% para $[a, b]$ para la ocurrencia de un síntoma pudiera ser: “Estamos 95% seguros (con confianza) de que el número de ocurrencias de las medias cae entre a y b .”

Lang y Secic (2006) describen diferencias entre significancia estadística e importancia clínica y sugieren usar intervalos de confianza para proveer evidencia científica de la magnitud de un efecto observado.

La actual edición del *Publication Manual of the American Psychological Association* también enuncia:

“Para que el lector aprecie la magnitud de la importancia de los hallazgos de un estudio, casi siempre es necesario incluir alguna medida de tamaño de efecto en la sección de resultados. Cada vez que sea posible, proporcione un intervalo de confianza para cada tamaño de efecto reportado para indicar la precisión de la estimación del tamaño del efecto. Los tamaños de efecto pueden ser expresados en las unidades originales y frecuentemente son entendidos mejor así... El principio general a seguir, sin embargo, es proporcionar al lector suficiente información para evaluar la magnitud del efecto observado (p.34).”

Además de usar una o más medidas de efecto o fuerza para cuantificar evidencia del estudio, los intervalos de confianza deben ser presentados para cada medida seleccionada. Esto permite al investigador hacer enunciados claros y válidos sobre la significancia estadística y apoyar estos enunciados con medidas estadísticas apropiadas.

Discusión:

La significancia estadística ha sido usada para decidir qué información pudiera ser considerada evidencia de apoyo. La realidad es que no hay un único método. Juicio y subjetividad son necesarios como parte del proceso de toma de decisiones y la significancia estadística no es una medida de importancia; es un constructo subjetivo.

Los investigadores conduciendo análisis cuantitativos deben cuantificar la magnitud de un efecto. El valor de los datos obtenidos debe ser evaluado examinando el diseño del estudio, las tendencias, y todas las variables, así como el significado de los resultados. La significancia estadística no implica causalidad y no ofrece información sobre la importancia de una asociación.

El mal uso de las pruebas de significancia ha conducido a hallazgos y reclamaciones falsas. Esta práctica puede cambiar con la conciencia y el entendimiento. La versión actual de *Publication Manual of the American Psychological Association (2010)* provee una guía clara y sugerencias sobre cómo hacer reportes estadísticos.

Corresponding author: Matthew. Hayat, PhD, School of Nursing, Johns Hopkins University, 525 N. Wolfe St., Room 532, Baltimore, MD 21205 (e-mail: mhayatl@son.jhmi.edu).

Referencias:

American Psychological Association. (1952). *Publication Manual of the American Psychological Association* (1st ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1974). *Publication Manual of the American Psychological Association* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.

Berenson, A. (2005 April 24). Newly disclosed e-mails add Vioxx wrinkle; Patient's death during drug test down-played. *Chicago Tribune*, Sect. 1, p. 14.

Berger, J. O. (2003). Could Fisher, Jeffreys and Neyman have agreed on testing? *Statistical Science*, 18(1), 1-32.

Cohen, I. B. (1984). Florence Nightingale. *Scientific American*, 250(3), 128-137.

Fisher, R. A. (1925). *Statistical methods for research workers*. London: Oliver & Boyd.

Gigerenzer, G., & Murray, D. J. (1987). *Cognition as intuitive statistics*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Goodman, S. N. (1999). Toward evidence-based medical statistics. 1: The P value fallacy. *Annals of Internal Medicine*, 130(12), 995-1004.

Grier, M. R. (1978). Florence Nightingale: Saint or scientist? *Research in Nursing & Health*, 1(3), 91.

Hogg, R. V. (1989). How to cope with statistics. *Journal of the American Statistical Association*, 84, 1-5.

Hubbard, R., & Ryan, P. A. (2000). The historical growth of Statistical significance testing in psychology—and its future prospects. *Educational and Psychological Measurement*, 60(5), 661-681.

Knapp, T. R. (1996). The overemphasis on power analysis. *Nursing Research*, 45(6), 379-381.

Kopf, E. W. (1978). Florence Nightingale as statistician. *Research in Nursing ó1 Health*, 1(3), 93-102.

Lang, T. (2007). The need for accurate Statistical reporting. A commentary on "Guidelines for reporting statistics in journals published by the American Physiological Society: The sequel *Advances in Physiology Education*, 31(4), 299-307.

Lang, T., & Secic, M. (2006). *How to report statistics in medicine: Annotated guidelines for authors, editors, and reviewers*. Philadelphia: American College of Physicians.

Lewi, P. J. (2006). Speaking of graphics. Retrieved April 19, 2009, from www.datascope.be/sog.htm

Lisse, J. R., Perlman, M., Johansson, G., Shoemaker, J. R., Schechtman, J., Skalky, C. S., et al. (2003). Gastrointestinal tolerability and effectiveness of rofecoxib versus naproxen in the treatment of osteoarthritis: A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 139(7), 539-546.

Matthews, R. (1998 September 13). The great health hoax. *The Sunday Telegraph*. Sunday Review Section, 1-2.

Merriam-Webster. (2009). Significance. Retrieved April 19, 2009, from www.merriam-webster.com/dictionary/significance

Sterling, T. D. (1959). Publication decisions and their possible effects on inferences drawn from tests of significance—or vice versa. *Journal of the American Statistical Association*, 54(285), 30-34.

Ziliak, S. T., & McCloskey, D. N. (2008). *The cult of Statistical significance: How the standard error costs us jobs*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T41

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Bullying Entre Enfermeras Hospitalarias Japonesas

Abe K, Henly SJ.

Bullying (Ijime) Among Japanese Hospital Nurses: Modeling Responses to the Revised Negative Acts Questionnaire

Nurs Res. 2010; 59(2): 110-8.

Bullying Entre Enfermeras Hospitalarias Japonesas

Kiyoko Abe, PhD, RN, PHN, Japanese Nursing Association, Center of Nursing Education and Research, Kiyose-shi, Tokio, Japan.

Susan J. Henly, PhD, RN, Professor School of Nursing, University of Minnesota Twin Cities, Minneapolis.

Nursing Research March/April 2010 Vol.59, No 2

Antecedentes:

El bullying en el lugar de trabajo interfiere con la provisión de cuidado óptimo a los pacientes, y genera una disminución de la satisfacción laboral, y un aumento en el abandono de la profesión, de las enfermeras. Poco es lo que se conoce sobre el bullying y su medición entre las enfermeras hospitalarias japonesas.

Objetivos:

Los objetivos de este estudio fueron describir las respuestas de una muestra de enfermeras hospitalarias Japonesas a una versión de 23 reactivos de la *Negative Acts Questionnaire* (NAQ-R) (Cuestionario sobre Actos Negativos), una escala frecuentemente usada para estimar el impacto de este tipo de bullying.

Método:

Se analizaron las respuestas de 881 enfermeras registradas trabajando en hospitales japoneses quienes respondieron a los 23 reactivos del cuestionario. Se generaron las estadísticas descriptivas. Se replicaron los acercamientos que otros investigadores internacionales han seguido para explorar este tema. Se estimaron 5 modelos de análisis factorial de máxima probabilidad.

Resultados:

Las respuestas (1 = nunca a 5 = diariamente) resultaron "cargadas", y 19% de las enfermeras respondieron nunca a los 23 reactivos. El análisis de componentes principales produjo componentes con valores eigen mayores de 1. Todos los cinco modelos fueron rechazados usando el estadístico chi cuadrado.

Discusión:

El conjunto de reactivos se refirió a bullying verbal, bullying físico, explotación, devaluación, y aislamiento. La solución reflejó las experiencias reportadas en estudios internacionales, pero también las características del caso Japonés, así como el hecho de que muchas respuestas estuvieron “cargadas.”

Palabras clave: bullying, análisis factorial, investigación de administración de enfermería, violencia.

Artículo:

El bullying en el lugar de trabajo es una experiencia de agresión interpersonal repetida durante el tiempo en los establecimientos de empleo (Leymann, 1990; Salin, 2003). Reconocido globalmente como un peligro para la salud, el bullying incluye un amplio rango de comportamientos incluyendo el aislamiento social, creación de rumores y chismes, humillación, asignación de cargas de trabajo excesivas, y hasta las agresiones físicas (Rayner, Hoel, & Cooper, 2002). Los individuos experimentan los actos negativos del bullying perpetuados por parte de otros trabajadores, supervisores, y subordinados, de forma individual y colectiva (Einersten, Hoel, Zapf, & Cooper, 2003). Cuando perpetrados por otro trabajador en la misma posición horizontal de la organización, el bullying es una forma de violencia lateral, pero alguna forma de poder del perpetrador sobre la víctima es usualmente reconocida (Cowie, Naylor, Smith, Rivers, & Pereira, 2002).

El bullying entre enfermeras hospitalarias es un asunto de violencia serio (Felblinger, 2008). Esto ocurre frecuentemente con estimados que van desde 17% a 50% en el Reino Unido y Australia (*International Centre for Human Resources in Nursing*, 2008). Entre las 1,565 participantes en el estudio *U.S. Institute for Safe Medication Practices* (2008), la prevalencia de un lenguaje o entonación no adecuado excedió el 80% en el año anterior, y “manejar” el bullying fue descrito como una destreza importante para sobrevivir en el ambiente laboral. Además de sufrir personalmente, las enfermeras que son victimizadas por bullying en sus trabajos pudieran no poder proveer el cuidado óptimo a los pacientes, experimentar insatisfacción laboral, y ultimadamente abandonar el hospital, o hasta la profesión misma (*International Centre for Human Resources in Nursing*, 2008; Quine, 2001; Simona, 2008). El bullying está incluido entre los comportamientos que afectan la seguridad en los hospitales norteamericanos (*The Joint Commission*, 2008).

Bullying en Japón:

En Japón, el Bullying es llamado *ijime*. El *Ijime* es una seria preocupación social entre los niños escolares japoneses, en el que el bullying físico es frecuentemente reportado entre los niños, y el bullying verbal entre las niñas (Ando, Asakura, & Simona-Morton, 2005; Tremi, 2001). El *Ijime* ha sido observado también en los establecimientos laborales japoneses (Meek, 2004). La *Japan Industrial Counselors Association* reportó que 80% de los consejeros industriales habían observado bullying o habían sido consultados sobre el problema (*The Sankei Shinbun & Sankei Digital*, 2007). La prevalencia de bullying fue de entre 8% y 10% entre las enfermeras japonesas (*Japanese Nursing Association*, 2004).

La cultura japonesa de tradición colectivista valora la armonía como un bien social. En las interacciones personales, el énfasis se pone sobre el grupo (Triandis, 2000). Dentro de las culturas colectivistas, se espera que los individuos sean sensitivos a los aspectos “preocupantes” del contexto social, y se fomenta que se conformen con las normas de grupos (Triandis & Gelfand, 1998).

No obstante que el Japón del siglo 21 es menos colectivista que en tiempos anteriores, se sigue valiendo la fuerte identificación con los grupos (Triandis, 2000). Se piensa que el *ijime* surge como consecuencia de la expresión de la individualidad (*kosei*) o la violación de las normas de grupo, por que la expectativa social es que tales comportamientos deben ser reprimidos para crear armonía de grupo (Tedeschi & Nelson, 1994). Las características de los establecimientos laborales Japoneses pudieran también incrementar la propensión de que exista el *ijime*. Los empleadores reclutan nuevos trabajadores, incluyendo profesionales como las enfermeras de programas que tienen poca preparación práctica (*Japan Technical Information Service Co., Ltd*, 2006). Como en muchas otras partes del mundo (Erkow, Virkstis, Stewart, & Canway, 2008), se espera que las nuevas graduadas enfermeras en Japón funcionen como profesionales completamente competentes desde el inicio de sus empleos. En esta situación, el bullying puede ser usado para “atacar” a aquellas con desempeños por debajo del estándar (Farell, 2001). Los empleadores Japoneses están obligados a proveer seguridad a sus empleados bajo el *Labor Contract Act*. Por lo tanto, ignorar condiciones que invitan a la violencia laboral, tales como el bullying, es ilegal en Japón (Sasayama, 2008).

Acercamientos Internacionales para la Medición:

La perspectiva interna de las víctimas de bullying provee información crítica sobre esta experiencia y ha sido obtenida usando técnicas tales como diarios, entrevistas, grupos de enfoque, y cuestionarios (Cowie et al., 2002). Los cuestionarios estructurados incluyen (a) el *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* desarrollado en Suecia (Leymann, 1990); (b) el *Negative Acts Questionnaire* (NAQ; Einarsen & Rankes, 1997) y el *Bergen Bullying Index* (Einarsen, Raknes, & Matthiesen, 1994) de Noruega; (c) el *Work Harassment Scale* desarrollado en Finlandia (Bjorkqvist, Osterman, & Hjelt-Back, 1994); (d) el *Quine* de 20 reactivos (1999) usado en la investigación del *British National Health System*; y (e) el *Baron and Neuman* (1996) e *Institute for Safe Medication Practices* (2008) desarrollados en los Estados Unidos.

Rayner y Hoel (1997) clasificaron los actos negativos comúnmente usados para identificar bullying como (a) amenazas al estatus profesional, (b) amenazas a la posición personal, (c) aislamiento, (d) sobrecarga de trabajo, y (e) desestabilización.

El Cuestionario de Actos Negativos (NAQ)

Entre los sectores de la economía y las naciones, el NAQ parece ser el instrumento más usado para medir el bullying entre los adultos (Jiménez, Rodríguez, Martínez & Galvez, 2007). Hay 22 reactivos en el NAQ original (Einarsen & Raknes, 1997), describiendo actos asociados con bullying. Los reactivos típicos incluyen ser ordenado a hacer trabajos por debajo del nivel de competencia, repetidos recordatorios de los errores, constantes “sugerencias” de que debe abandonar el empleo, y ser expuesto a una gran sobrecarga de trabajo. A los respondientes se les pide reportar la frecuencia con la cual han estado sujetos a actos negativos durante los pasados 6 meses usando una escala de 5 puntos (1 = nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = cada mes, 4 =

semanalmente, 5 = diariamente). LA NAQ es calificada sumando las respuestas de cada reactivo para obtener una puntuación total. Las puntuaciones por lo tanto representan una combinación de tipos de actos con seriedad y frecuencia variada.

Existe una gran variación en la frecuencia con la cual los actos listados en la NAQ son experimentados. Actos tales como “sugerencias” para abandonar el empleo y amenazas de violencia o abuso físico son reportados raramente, y por lo tanto las distribuciones aparecen “cargadas.” Este es un problema de la forma de consideración de las frecuencias pero no significa que el bullying tenga menor importancia o que no exista (Camaloglu, 2007; Einarsen & Raknes, 1997; Mikkelsen & Einarsen, 2001).

La distribución de puntuaciones totales está cargada positivamente; la mayoría de las respondientes tienen puntuaciones muy bajas, mientras unas cuantas reciben puntuaciones que son muy altas. Cuando las puntuaciones totales son obtenidas sumando las respuestas de cada uno de los actos negativos, la misma puntuación pudiera ser obtenida marcando muchos actos negativos con ocurrencia infrecuente, o marcando pocos actos que son experimentados con mucha frecuencia. Por lo tanto, una amplia variedad de patrones de respuesta pudieran producir la misma puntuación observada, y la interpretación de la puntuación es dependiente de cuáles reactivos fueron fomentados por que las consecuencias de los actos negativos varían ampliamente.

Relaciones entre las respuestas a los reactivos NAQ han sido resumidas usando un análisis de componentes principales y factorial. Los estudios fueron todos conducidos en Europa. Muestras incluyeron trabajadores en los sectores de manufactura y servicios de la economía (Jiménez et al., 2007). Excepto por el estudio de enfermeras Portuguesas (Borges & Ferreira, 2008), los hombres han constituido la mayoría de participantes. Como parte del proceso de desarrollo del instrumento, Einarsen y Raknes (1997) reportaron que los cinco componentes que ellos encontraron explicaban 57% de la varianza en 18 actos de bullying no relacionados con acoso sexual; los primeros dos componentes (derogación personal y acoso laboral) fueron considerados los más significativos científicamente. Por otra parte, dos grandes dimensiones únicas fueron aceptadas en estudios británicos y españoles (Einarsen & Hoel, 2001; Jiménez et al., 2007). Un modelo unidimensional fue aceptado para maestros turcos (Cemaloglu, 2007). Borges y Ferreira (2008) usaron cuatro dimensiones para representar bullying entre enfermeras Portuguesas (intimidación, exclusión, sobrecarga de trabajo, y devaluación laboral). Etcétera.

Propósito

Los propósitos de este artículo fueron (a) describir las respuestas de enfermeras hospitalarias Japonesas a la versión traducida del *Negative Acts Questionnaire* (NAQ-R) y (b) explorar la dimensionalidad de estas respuestas mediante el análisis factorial y de componentes principales. Los resultados serán comparados con los reportados por otros estudios internacionales.

Método

Participantes

Este análisis es parte de un estudio observacional para investigar las relaciones de variables individuales, de unidad, y hospitalarias sobre el bullying laboral entre enfermeras Japonesas hospitalarias (Abe, 2007). Enfermeras trabajando en 107

unidades médicas o quirúrgicas de 20 hospitales en Tokio y una prefectura del sur del Japón, participaron en el estudio. Las respuestas de 881 enfermeras de tiempo completo en 91 unidades en 19 hospitales quienes respondieron todos los 23 reactivos del NAQ-R fueron usadas para el análisis. El número de enfermeras para cada hospital varió de 4 a 115 ($M = 46$, $DS = 30$). El *University of Minnesota Institutional Board* aprobó el protocolo para los procedimientos del estudio. La participación fue voluntaria, y los cuestionarios fueron devueltos de forma anónima.

Instrumento

La versión Japonesa del NAQ-R con 23 reactivos fue usada. Un autor y dos otras enfermeras con por lo menos tres años de experiencia laboral hospitalaria en Japón, y maestría en enfermería de universidades norteamericanas tradujeron la versión inglesa del instrumento de 22 reactivos. Un traductor especialista revisó esta traducción. Traducción y re-traducción fue llevada a cabo tres veces para asegurar la precisión. Luego de la revisión de la traducción, se condujo una prueba a pequeña escala. Las participantes fueron 29 enfermeras empleadas en un hospital privado de 400 camas en Tokio. Todas eran mujeres, y 82% eran enfermeras registradas, la edad promedio fue 31.5 años ($DS = 8.82$ años), y el promedio de experiencia clínica fue 9.5 años ($DS = 8.09$ años). Ellas completaron el NAQ-R en dos ocasiones con dos semanas de diferencia. Los estimados de confiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) fueron .89 y .97. El coeficiente de estabilidad sobre un marco de referencia de 2 semanas fue de .49 ($p < .01$) usando el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. Luego de estos exámenes, la traducción Japonesa del NAQ-R estuvo lista para su uso en este estudio analítico de factores.

Plan de análisis de datos

Estadísticas descriptivas fueron usadas para resumir las respuestas a los reactivos. Se calcularon las correlaciones de Pearson. Se repitió el acercamiento de otros investigadores internacionales de aplicar un análisis de componentes principales para evaluar dimensionalidad. Valores eigen mayores a 1 fueron usados para seleccionar los componentes, que fueron rotados con procedimiento varimax y direct oblim ($d=0$) (Harman, 1976; McDonald, 1985). Modelos con uno a cinco factores fueron analizados teóricamente o empíricamente y luego probados. El ajuste exacto se encontró usando el estadístico chi cuadrado. Se usó el criterio Akaike (Akaike Information Criterion, Browne & Cudeck, 1993; Henly, Vermeerch, & Duckett, 1998) para seleccionar el mejor modelo. Para ser consistente con el acercamiento a la selección del modelo se consideró la raíz del cuadrado de la medio del error de aproximación.

Resultados

La mayoría de las enfermeras registradas eran mujeres y con educación a nivel técnico. Con base en la edad promedio y la información de experiencia laboral (tabla 1), muchos habían trabajado continuamente pero cambiando de unidad. En general el acto negativo más frecuentemente expresado fue alguien reteniendo información, seguido de ser humillado y víctima de gritos. Los comportamientos intimidatorios, bromas, y amenazas de violencia fueron reportados en pocas ocasiones. Casi la mitad de los actos negativos fueron experimentados diariamente por 1% a 2% de la muestra.

Las enfermeras respondieron al NAQ-R en 570 formas distintas. El patrón más frecuente fue responder nunca a los 23 reactivos.

Correlaciones entre reactivos

Todas las correlaciones entre-reactivos fueron positivas, desde .19 hasta .70. La mayoría de las correlaciones fueron moderadas en tamaño (.40 a .60). Alguien reteniendo información tuvo la correlación más baja con los otros reactivos. Cinco pares de reactivos tuvieron altas correlaciones ($r > .65$): persistente crítica con recordatorios de errores, monitoreo excesivo, molestia excesiva, bromas de que debería renunciar, y ser ignorado.

Dimensionalidad

Se aplicaron exámenes Kaiser-Meyer-Olkin (.96), y Bartlett ($p < .0001$) y se procedió con el análisis factorial.

Análisis de componentes principales

Los resultados del análisis de componentes principales se resumen en la tabla 2. Las comunalidades estimadas fueron desde .47 (alguien reteniendo información) hasta .71 (molestia excesiva). Usando el criterio de valores Eigen mayores de 1, tres componentes fueron conservados. Juntos, estos componentes explicaron aproximadamente el 60% de la varianza (I = 47%, II = 7%, y III=6%). La solución varimax ortogonal refleja el bullying personal como componente I, el bullying laboral como componente II, y alguien reteniendo información como componente III. Los primeros dos componentes estuvieron bien diferenciados. Los reactivos del componente III estuvieron también asociados con los componentes I y II. Los componentes I y II estuvieron correlacionados a .58.

Modelos estadísticos exploratorios

El modelo de un factor refleja unidimensionalidad entre los reactivos. El modelo de dos factores es el de bullying personal y laboral aceptado por Einarsen y Hoel (2001). El modelo de tres factores refleja los resultados del análisis de componentes principales obtenidos por nuestros datos. El modelo de cuatro o cinco factores refleja soluciones multidimensionales reportadas por diversos investigadores incluyendo a Borges y Ferreira (2008) con enfermeras portuguesas, y a Einarsen y Raknes (1997) con trabajadores marítimos.

Discusión

Las víctimas de bullying son individuos quienes experimentan actos negativos persistentemente. Las enfermeras hospitalarias típicamente trabajan en grupos para proveer el cuidado a los pacientes. En tales establecimientos, puede presentarse bullying. El NAQ-R provee una forma para que las víctimas de bullying reporten la naturaleza y frecuencia de los actos negativos experimentados.

En este estudio, patrones en las respuestas de 881 enfermeras hospitalarias Japonesas fueron descritos, el análisis de componentes principales conducido por otros investigadores fue replicado. Como reportado por investigadores Europeos en los sectores manufacturero y de servicios, las respuestas al NAQ-R y la puntuación total estuvieron "cargadas." Alguien reteniendo información tuvo correlaciones internas bajas con los otros reactivos. La confiabilidad de consistencia interna para la escala de 23 reactivos fue alta. El análisis de componentes principales resultó en una solución de 3 componentes, sin embargo, el análisis factorial sugirió una estructura más compleja con 5 factores.

Modelo de 5 factores

El modelo de 5 factores para enfermeras japonesas es similar en estructura a la categorización de actos de bullying de Rayner y Hoel (1997), el primer análisis de la NAQ por Einarsen y Rankes (1997), y los recientes resultados para sobre enfermeras portuguesas de Borges & Ferreira (1997).

Los reactivos del factor I (bullying verbal) no están relacionados con el trabajo mismo. La configuración de reactivos es similar a factor de bullying personal reportado por Einarsen y Hoel (2001). Estos reactivos reflejan acciones pasivas de bullying que resultan en humillación pero también incluyen actos tales como ser víctima de gritos y recordatorios de errores. Estos reactivos son principalmente verbales (Ando, et al., 2005).

El factor II (bullying físico) está definido primariamente por eventos raros de naturaleza seria (amenazas de violencia, bromas prácticas, comportamientos intimidatorios, y señales para renunciar). Estos actos negativos tienen fuertes consecuencias inmediatas y son deliberados. Como los actos de bullying verbal, los reactivos incluidos en este factor no están directamente relacionados al trabajo. Estos pudieran ser preferidos por trabajadores agresivos o trabajadores masculinos y son típicos del bullying escolar en los países occidentales (Ando et al., 2005).

Un subconjunto de actos negativos comunes a los Factores I y II (criticismo, alegatos, y sarcasmos) revelan mecanismos por los cuales el bullying puede escalar y cambiar durante el tiempo desde sutil e indirecto hacia acciones públicas directas.

El factor III (explotación) incluye actos que demandan excesiva productividad o compromiso organizacional con la unidad hospitalaria. El factor IV (devaluación) es un acercamiento alternativo que involucra remover responsabilidades y asignar trabajo por debajo del nivel de competencia para inevitablemente implicar una falta de desempeño. Tanto la explotación como la devaluación son mecanismos de bullying que pudieran ser usados por supervisores. En Japón, los actos de bullying de gente con poder son a veces llamados *acoso de parte del poder* (*pawaa harasumento*). Los factores III y IV son similares a los

componentes relativos a la sobrecarga de trabajo y devaluación laboral reportados por enfermeras Portuguesas por Borges y Ferreira (2008).

El factor V (aislamiento) representa exclusión del grupo de trabajo. El aislamiento requiere colusión implícita o explícita de la mayoría de los trabajadores en un grupo. Esto pudiera representar el final de un proceso de conflicto que resulta cuando las víctimas fallan en seguir las normas. El agudo dolor emocional resultante del aislamiento es severo y asociado con los resultados incluyendo el suicidio (Meek, 2004; Tremil, 2001).

Cultura y medición de bullying

No obstante las diferencias culturales, el análisis de factores de las respuestas de enfermeras Japonesas al NAQ-R produjo resultados similares a los de otros investigadores estudiando el bullying entre enfermeras en Portugal y otros trabajadores a lo largo del mundo. Sin embargo, asuntos significativos en la comparación cross-cultural de los resultados que surgen del diseño, translación de la instrumentación, e interpretación de hallazgos son reconocidos.

Las enfermeras ejecutivas fueron guarda puertas para el estudio por que proporcionaron la aprobación administrativa que permitió el acceso a las enfermeras de personal para la participación en investigación. En una armonía de grupo que valora la cultura, una decisión para permitir la participación en un estudio preguntando sobre temas de conflicto tales como el bullying pudiera haber sido visto como amenazador. Alternativamente, aquellos quienes otorgaron permiso pudieran haber sido especialmente sensitivos o de mente abierta sobre la importancia de obtener datos describiendo el *ijime* entre enfermeras japonesas. El apoyo por esta perspectiva es reflejado en una mayor preocupación expresada en la prensa japonesa y en las estructuras legales sobre las serias consecuencias del bullying en todas las edades, desde niños escolares hasta adultos laborando.

Los reactivos de la versión NAQ original Noruega y su traducción al Inglés fueron escritos como fragmentos de oraciones bajo la cuestión "¿Durante los pasados 6 meses, qué tan frecuentemente ha sido sujeto a los siguientes actos negativos en el lugar de trabajo?" A menudo, los comportamientos fueron listados como sustantivos. Este formato no es familiar para las respondientes japonesas, así que los reactivos fueron traducidos usando oraciones completas. Las enfermeras que participaron en la prueba a escala menor de este instrumento respondieron este formato modificado con facilidad.

El acto negativo de alguien reteniendo información fue el reactivo que tuvo un notable bajo patrón de correlaciones con otros reactivos. Entre los países colectivistas tales como Japón, la comunicación frecuentemente depende de pistas no verbales más que de palabras habladas (Triandis, 2000). Como Japón se ha hecho una nación menos colectivista, la comunicación verbal se ha hecho más común. Sin embargo, la gente no está acostumbrada a articular sus pensamientos verbalmente. Consecuentemente, los Japoneses contemporáneos pudieran sentir que no reciben la información necesaria de otros. Aún más, aquellos que no son buenos para entender pistas no verbales tienen más probabilidad de violar normas sociales no escritas o no habladas, y convertirse en víctimas de bullying laboral. Una explicación alternativa es que alguien reteniendo información es un comportamiento de bullying sutil que los perpetuadores pueden fácilmente implementar sin exponerse mucho. La exploración de estas nociones requiere de mayores estudios al respecto.

La estabilidad de las puntuaciones NAQ-R en la fase de prueba fue .49 en un período de 2 semanas. El NAQ-R pide que los respondientes consideren las experiencias de bullying en los 6 meses anteriores, así que un estimado de estabilidad mayor pudo haber sido esperado. Es posible que eventos recientes opaquen la frecuencia actual de actos negativos medida por extensos períodos de tiempo. Una forma de superar esta limitación pudiera ser el uso de la evaluación de momento (cf. Nusser, Intille, & Maitra, 2006).

Conclusión

Las estructuras de factores para las respuestas de los reactivos de la versión traducida NAQ-R para enfermeras hospitalarias japonesas fue compleja. Los resultados fueron similares a las soluciones dimensionales obtenidas en estudios internacionales en enfermería y otros sectores de la economía. Las características únicas de la experiencia de bullying en Japón, y los datos “cargados” pudieran haber influido la estructura multi-dimensional también. El NAQ-R puede ser usado con confianza para entender mejor el bullying entre las enfermeras hospitalarias japonesas.

Tabla 1: Perfil demográfico de los participantes (N = 881)					
Cracterística	Valor	n	%	M	DS
Edad		865	98.2	32.23	8.47
Género	no respuesta	16	1.8		
	Masculino	16	1.8		
	Femenino	863	98		
Estatus marital	no respuesta	2	0.2		
	Casado	264	30		
	Separado	33	3.7		
	Viudo	1	0.1		
	Soltero	581	65.9		
Educación enfermería	no respuesta	2	0.2		
	Técnico	837	95		
	Licenciatura	30	3.4		
	no respuesta	14	1.6		
Años de experiencia clínica		881	100	9.63	7.85
Años experiencia hospitalaria		881	100	6.35	6.29
Años experiencia unidad		881	100	2.98	2.31

Tabla 2: Cargas de componentes y comunalidades de reactivos

Reactivo	Varimax			Direct Oblim			Comunalidad
	I	II	III	I	II	III	
1. Retener información			0.64			0.43	0.47
2. Humillación o ridículo	0.41		0.69	0.7	0.46	0.44	0.66
8. Recibir gritos y enojos	0.51		0.51	0.7	0.43		0.54
5. Chismes y rumores	0.55		0.43	0.71	0.42		0.51
11. Recordatorios de errores	0.6		0.49	0.77	0.42		0.62
21. Carga de trabajo excesiva		0.73			0.78		0.61
3. Trabajo debajo de nivel competencia		0.42	0.52	0.47	0.59		0.47
7. Insultos comentarios ofensivos	0.6		0.5	0.77	0.44		0.62
14. Opiniones ignoradas	0.51		0.41	0.71	0.61		0.57
4. Responsabilidad removida		0.48	0.47	0.53	0.65		0.51
23. Tareas más allá de responsabilidad		0.74			0.78		0.62
19. Barreras a beneficios		0.68		0.46	0.74		0.56
16. Objetivos inalcanzables		0.67		0.56	0.77		0.63
12. Indiferencia ante acercamiento	0.76			0.8			0.66
13. Criticismo laboral	0.68		0.4	0.82	0.51		0.67
17. Alegatos	0.65			0.75	0.54		0.59
6. Ser ignorado	0.69			0.75	0.36		0.58
18. Moitoreo excesivo	0.59			0.76	0.52		0.6
20. Sarcasmo	0.77			0.83	0.48		0.71
10. Mensajes para renunciar	0.76			0.77	0.52		0.69
9. Comportamiento intimidatorio	0.66	0.42		0.67	0.56		0.61
15. Bromas laborales	0.74			0.73	0.45		0.62
22. Violencia física	0.58	0.51		0.56	0.58	-0.4	0.61

Tabla 4: Probabilidad de cargas de factoriales con rotación varimax y unicidad estimada

Reactivo	Cargas factoriales					Unicidad
	I	II	III	IV	V	
1. Retiene información						0.74
2. Humillación o ridículo	0.69					0.38
8. Ser blanco de enojo	0.62					0.47
5. Chismes o rumores	0.46					0.53
11. Recordatorios de errores	0.67					0.39
21. Carga de trabajo inmanejable			0.73			0.4
3. Trabajo por debajo de competencia				0.61		0.48
7. Insultos o comentarios ofensivos	0.58					0.4
14. Opiniones ignoradas	0.5					0.45
4. Responsabilidad removida				0.73		0.3
23. Tareas mas alla de responsabilidad			0.62			0.49
19. Barreras a beneficios			0.58			0.53
16. Objetivos imposibles			0.6			0.41
12. Indiferencia ante aproximacion	0.45	0.41			0.53	0.32
13. Critisismo sobre el trabajo	0.64	0.4				0.32
17. Alegatos	0.48	0.43				0.43
6. Ser ignorado					0.71	0.24
18. Monitoreo excesivo	0.57					0.41
20. Sarcasmo	0.52	0.5				0.32
10. Señales para renunciar		0.67				0.31
9. Comportamiento intimidatorio		0.53				0.47
15. Bromas prácticas		0.69				0.33
22. Violencia física		0.64				0.45

Referencias:

Abe, K. (2007). Hierarchical models of workplace bullying among Japanese hospital nurses. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Twin Cities, MN.

Ando, M., Asakura, T., & Simons-Morton, B. (2005). Psychosocial influences on physical, verbal, and indirect bullying among Japanese early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 25(3), 268-297.

Barón, R. A., & Neuman, J. H. (1996). Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggressive Behavior*, 22(3), 161-173.

Berkow, S., Virkstis, K., Stewart, J., & Conway, L. (2008). As-sessing nevv graduate nurse performance. *Journal of Nursing Administraron*, 38(11), 468-474.

Björkqvist, K., Österman, K., & Hjelt-Bäck, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20(3), 173-184.

- Borges, E., & Ferreira, T. R. (2008). Trabalho, violencia psicológica e enfermagem [Work, nursing and psychological violence]. In C. Sequeira, J. A. Pinho, J. C. Carvalho, & L. Sá (Eds.), *Saúde mental e equilibrio social [Mental health and social balance]* (pp. 211-216). Maia, Portugal: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Portuguese Society of Mental Health Nursing].
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136—162). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cemaloglu, N. (2007). The exposure of primary school teachers to bullying: An analysis of various variables. *Social Behavior and Personality*, 35(6), 789-802.
- Cowie, H., Naylor, P., Rivers, I., Smith, P. K., & Pereira, B. (2002). Measuring workplace bullying. *Aggression and Violent Behaviour*, 7(1), 33-51.
- Einarsen, S., & Hoel, H. (2001). The Negative Acts Questionnaire: Development, validation and revision of a measure of bullying at work. Paper presented at 10th European Congress on Work and Organizational Psychology, Prague, Czech Republic. Abstract retrieved November 18, 2008, from http://www.bullying.no/content/naq/naq03_research.htm
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (Eds.). (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis.
- Einarsen, S., & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12(3), 247-263.
- Einarsen, S., Raknes, B. I., & Matthiesen, S. B. (1994). Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 4(4), 381-401.
- Farrell, G. A. (2001). From tall poppies to squashed weeds: Why don't nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 26-33.
- Felblinger, D. M. (2008). Incivility and bullying in the workplace and nurses' shame responses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(2), 234-242.
- Harman, H. H. (1976). *Modera factor analysis* (3rd ed. rev.). University of Chicago Press.
- Henly, S., Vermeersch, P. E., & Duckett, L. J. (1998). Model selection covariance structures analysis in nursing research. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 344-355.
- Institute for Safe Medication Practices. (2008). Survey on workplace intimidation. Retrieved August 13, 2008, from <http://www.ismp.org/Survey/surveyresults/Survey0311.asp>
- International Centre for Human Resources in Nursing. (2008). Workplace bullying in the health sector. Retrieved December 17, 2008, from http://www.ichrn.com/publications/factsheets/FS_bullying_final-eng.pdf
- Japan Technical Information Service Co., Ltd. (2006). *Nippon: Sonó sngata to kokoro [Nippon: The land and its people]*. Tokyo: Gakuseisha.
- Japanese Nursing Association. (2004). Research Report No. 74. *Hokeniryoubunya ni okeru shokuba no bouyoku ni kansuru jittachousa [Survey on workplace violence in the health/medical sector]*. Tokyo: Author.

- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at work-places. *Violence and Victims*, 5(2), 119-126.
- McDonald, R. P. (1985). *Factor analysis and related methods*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Meek, C. B. (2004). The dark side of Japanese management in the 1990s. Karoshi and ijime in the Japanese workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 19(3), 312-331.
- Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 393-413.
- Jimenez, B. M., Rodríguez, A. M., Martínez, M. G. & Calvez, M. H. (2007). Assessing workplace bullying: Spanish validation of a reduced version of the Negative Acts Questionnaire. *Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 449-457.
- Nusser, S. M., Intille, S. S., & C Maitra, R. (2006). Emerging technologies and next-generation intensive longitudinal data collection. In T. A. Walls & C. J. L. Schafer (Eds.), *Models for intensive longitudinal data* (pp. 254-278). New York: Oxford University Press.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey. *BMJ*, 318(7178), 228-232.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 73-84.
- Rayner, C., & C Hoel, H. (1997). A summary review of literature re-lating to workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7(3), 181-191.
- Rayner, C., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2002). *Workplace bullying: What we know, who is to blame, and what can we do?* London: Taylor & Francis.
- Salin, D. (2003). Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating, and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations*, 56(10), 1213-1232.
- Sasayama, N. (2008). Hito ga kowareteyuku shokuba: Jibun wo mamoru tameni nani ga hitsuyouka [Workplace where people are breaking down: What you need to protect yourself]. Tokyo: Kobunsha.
- Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Science*, 31(2), E48-E59.
- Tedeschi, J. T., & Felson, R. B. (1994). *Violence, aggression, and coercive actions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- The Joint Commission, (2008). Behaviors that undermine a culture of safety. Retrieved August 13, 2008, from http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_40.htm
- The Sankei Sinbun & Sankei Digital. (2007). Hisansa masu shokuba no ijime "mita soudanuketa" 8 wari [Worsening workplace bullying: 80% Observed or were consulted]. MSN Sankei News. Retrieved August 13, 2008, from <http://sankei.jp.msn.com/economy/business/071213/biz0712131259006-nl.htm>
- Tremí, J. N. (2001). Bullying as a social malady in contemporary Japan. *International Social Work*, 44(1), 107-117.
- Triandis, H. C. (2000). Culture and conflict. *International Journal of Psychology*, 35(2), 145-152.

Triandis, H. C., & Gelfand, M. J. (1998). Converging measurement of horizontal and vertical individualism and collectivism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 118-128.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T42**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Características de los Horarios Laborales de las Enfermeras, Asignación de Personal, y Mortalidad de Pacientes

Trinkoff AM, Johantgen, Storr CL, Gurses AP, Liang Y, Han K.

Nurses' Work Schedule Characteristics, Nurse Staffing, and Patient Mortality.

Nurs Res. 2011; 60(1); 1-8.

Características de los Horarios Laborales de las Enfermeras, Asignación de Personal, y Mortalidad de Pacientes.

Nursing Research January/February 2011 Vol 60, No 1.

Alison M, Trinkoff, ScD, RN, FAAN, Professor, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore.

Meg Johantgen, PhD, RN, Associate Professor, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore.

Carla L. Storr, ScD, Professor, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore.

Ayse P. Gurses, Assistant Professor, School of Medicine and Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore.

Yulan Liang, Associate Professor, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore.

Kihye Han, MS, RN, Associate Professor, Graduate Assistant, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore.

Antecedentes:

No obstante que se ha encontrado que la asignación de personal de enfermería está relacionada con la mortalidad de pacientes, existen limitados estudios sobre el efecto independiente de los horarios laborales sobre los resultados del cuidado de pacientes.

Objetivo:

Determinar si, en hospitales donde las enfermeras reportan horarios más adversos, habría mas mortalidad, controlando la variable de asignación de personal.

Métodos:

Un diseño cross-seccional fue usado, con datos multi-nivel de una encuesta en el 2004 con 633 enfermeras trabajando en 71 hospitales no federales de cuidado agudo en North Carolina e Illinois. Las medidas de mortalidad fueron los indicadores de riesgo ajustado Agency for Healthcare Research and Quality Inpatient Quality Indicators, y los datos sore asignación de personal fueron de la American Hospital Association Annual Survey. Un análisis de componentes principales fue conducido sobre los reactivos y surgieron 8 componentes independientes. Se usaron ecuaciones estimatorias generalizadas para examinar las hipótesis.

Resultados:

El horario laboral estuvo relacionado significativamente con la mortalidad cuando los niveles y características hospitalarias fueron controladas. Las muertes por neumonía tuvieron una significativa mayor probabilidad de suceder en hospitales donde las enfermeras reportaron horarios extensos (odds ratio OR = 1.42, 95% intervalo de confianza IC = 1.17-1.73, $p < .01$) y falta de tiempo fuera del trabajo (OR = 1.24, 95% IC = 1.03-1.05, $p < .05$). El aneurisma aórtico abdominal también estuvo asociado significativamente con la falta tiempo fuera del trabajo (OR = 1.39, 95% IC = 1.11-1.73, $p < .01$). En pacientes con falla cardiaca congestiva, la mortalidad estuvo asociada con trabajar estando enfermo (OR = 1.39, 95% IC 1.13-1.72, $p < .01$), mientras el infarto agudo al corazón estuvo asociado significativamente con carga laboral (horas o días de trabajo seguidos) (OR = 1.33, 95% IC = 1.09-1.63, $p < .01$).

Discusión:

Además de la asignación de personal, los horarios laborales están asociados con mortalidad de pacientes. Esto sugiere que los horarios laborales tienen un efecto independiente sobre la mortalidad de pacientes.

Palabras clave: mortalidad, resultados de pacientes, condiciones laborales, horario laboral.

Artículo:

Datos de varias fuentes indican que menores niveles de asignación de personal contribuyen a pobres resultados de pacientes. La mortalidad de pacientes ha sido uno de los resultados más frecuentemente evaluados por que está representada confiablemente en datos administrativos y está relacionada conceptualmente con un pobre cuidado de pacientes. En algunos estudios usando datos de Medicare, una mejor mezcla de destrezas de enfermería estuvo asociada con una menor mortalidad (al-Haider & Wan, 1991; Hartz et al., 1989). Además, en estudios usando datos hospitalarios, un enlace entre asignación de personal y mortalidad de pacientes fue reportado (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003; Person et al., 2004). En un meta-análisis reciente, se concluyó que, sobre todo, un incremento en la asignación de personal de enfermería está relacionado con resultados de pacientes mejorados (Kane, Shamilyan, Muller, Duval, & Kilt, 2007), no obstante, los autores mencionaron que pudieran haber otros factores tales como horarios laborales que pudieran estar relacionados independientemente con el cuidado de pacientes.

En hospitales norteamericanos, la mayoría de las enfermeras trabajan horarios extendidos, esto es, horarios que se extienden más allá del típico 9:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes, ya que los hospitales necesitan proveer cobertura continua de enfermería. Los horarios laborales extendidos pueden generar fatiga y déficits en las enfermeras debido a la exposición incrementada a las demandas laborales, y al insuficiente tiempo de recuperación (Geiger-Brown & Trinkoff, 2010a). Las enfermeras en un estudio reportaron estar más fatigadas en turnos de 12 horas que en turnos de 8 horas (Iskra-Golec, Folkard,

Marek, & Noworel, 1996). En contraste, en un estudio de enfermeras en 13 hospitales de la ciudad de Nueva York, los investigadores compararon turnos de 8 y 12 horas (Stone et al., 2006) y reportaron que las enfermeras en turnos de 12 horas mostraban menos exhausto emocional y sin diferencias en los resultados de pacientes. Desafortunadamente, solo 4 de 13 hospitales ofrecían ambos turnos. No obstante los efectos de tales horarios sobre la salud de las enfermeras (Trinkoff, Le, Geiger-Brown, & Lipscomb, 2007), los cambios de trabajo (Stordeur, D'Hoore, & the NEXO-Study Group, 2007), y los errores (Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004), estos impactos sobre los resultados de pacientes son ampliamente desconocidos.

Actualmente, la mayoría de los hospitales norteamericanos exclusivamente usan turnos de 12 horas (Geiger-Brown & Trinkoff, 2010a). No obstante que muchas enfermeras gustan de estos horarios por la naturaleza comprimida de la semana laboral (e.g. tres turnos de 12 horas en vez de 5 turnos de 8 horas), estos horarios en general han conducido a privación de sueño (Geiger-Brown & Trinkoff, 2010a). El personal de enfermería trabajando en las noches también enfrentan dos principales retos sobre el sueño: tener insuficiente sueño por que largas horas de trabajo reducen la oportunidad de dormir, y tener sueño de mala calidad por el desajuste de los ciclos circadianos. El nivel de alerta no sólo tiene un fuerte elemento circadiano, sino también depende de tener una adecuada duración de sueño de calidad (Akerstedt, Folkard, & Portin, 2004; Arnedt, Owens, Crouch, Stahl, & Carskadon, 2005; Shen, arbera, & Shapiro, 2006). Además, las enfermeras quienes trabajan turnos nocturnos tienen notoriamente sueño de mala calidad con su resultante fatiga y enfermedad (Geiger-Brown & Trinkoff, en prensa; Zurrán, Subramanian, Babear, Murphy & Aguilar, 2008). La privación aguda o crónica del sueño también está asociada con déficits en el funcionamiento neural, incluyendo en la vigilancia, tiempo de reacción, memoria, coordinación psicomotora, procesamiento de información, y habilidad para la toma de decisiones (Dinges et al., 1997; van Dongen, Maislin, Mullington, & Dinges, 2003). Debido a que la alerta y vigilancia requeridas en enfermería dependen de una buena duración de sueño de calidad (Geiger-Brown & Trinkoff, 2010a; Zurrán et al., 2008), largas horas de trabajo pueden impactar el cuidado de enfermería y pueden incrementar el potencial de cometer errores (Hinshaw, 2006).

Similarmente, entre médicos, la fatiga ha sido atribuida por el incremento de errores (Gaba & Howard, 2002). Para combatir esta situación, la profesión médica ha hecho pasos para limitar las horas que un médico en entrenamiento pueda trabajar (Jagsi & Surender, 2004). Sin embargo, ha habido sólo recomendaciones voluntarias para que las enfermeras limiten sus horas laborales a no más de 60 por semana (Institute of Medicine, 2004). Irónicamente, los límites de horas laborales de los médicos han conducido a cambios de tareas; las horas laborales entre las enfermeras pudieran estar incrementándose para compensar las reducidas horas de los médicos (Trinkoff, Geiger-Brown, Brady, Lipscomb, & Muntaner, 2006).

El marco de trabajo conceptual relativo a los factores de condiciones laborales con los resultados de pacientes está basado sobre la teoría del balance. La teoría del balance es un acercamiento de factores humanos o ingeniería de sistemas con la intención de medir las condiciones de la organización, incorporando datos de empleados individuales (Gurses & Carayon, 2007). De acuerdo con esta teoría, el desempeño laboral está afectado adversamente por una falta de balance de excesivas demandas laborales con más aspectos positivos del trabajo (Carayon & Smith, 2000). Sobre la base de la teoría del balance, muchos factores en los ambientes laborales de las enfermeras pudieran afectar su desempeño y por lo tanto los resultados de pacientes. Sin embargo, excepto por la asignación de personal, otros aspectos del ambiente laboral de las enfermeras que pudieran afectar las prácticas de cuidado de enfermería, tales como las características de los horarios laborales, no han sido examinados substancialmente en relación con los resultados de pacientes y por lo tanto merecen mayor estudio.

Métodos:

Se usó un diseño cross-seccional incorporando datos de enfermeras y de los hospitales donde laboraban. Los resultados de pacientes y los datos de asignación de personal de 71 hospitales no federales de cuidado agudo en Illinois y North Carolina fueron integrados con los datos de la encuesta de 633 enfermeras trabajando en estos hospitales. Los datos de la encuesta de enfermeras provinieron del *Nurses Worklife and Health Study*, parte 3 (Trinkoff, Geiger-Brown, et al., 2006). El *Nurses Worklife and Health Study* fue conducido originalmente como un estudio longitudinal de tres etapas sobre lesiones de enfermeras en relación al horario laboral y las demandas del empleo. De 5,000 enfermeras elegidas al azar en dos estados, a 4,229 se les enviaron los cuestionarios y 2,624 de ellas devolvieron respuestas usables (etapa 1). Las respuestas de seguimiento en las etapas 2 y 3 fueron recibidas por 85% y 86% respectivamente para las etapas 2 y 3.

Horario laboral:

Las variables del horario laboral fueron derivadas del *Standard Shiftwork Index*, el cual ha sido usado internacionalmente para estandarizar medidas de auto-reporte para estudios de investigación de turnos laborales (Barton, Spelten, Totterdell, Smith, & Folkard, 1995; Folkard, Spelten, Totterdell, Barton, Smith, 1995). Tres expertos del *National Institute for Occupational Safety and Health* examinaron la validez de contenido de la encuesta (Trinkoff, Le, Geiger-Brown, Lipscomb, & Lang, 2006). Los datos del horario laboral fueron derivados de las siguientes variables: (a) horas laboradas por día, (b) horas laboradas por semana, (c) fines de semana laborados por mes, (d) número de descansos de 10 minutos o más incluyendo comidas durante un día laboral, y (e) rotación de turnos. Para tomar en consideración las características de los horarios laborales entre las enfermeras, siete reactivos adicionales fueron incluidos: ¿qué tan frecuentemente trabajan las enfermeras: (a) 13 horas o más seguidas, (b) con menos de 10 horas entre turnos, (c) en un día libre o de vacaciones, (d) estando enferma, (e) con tiempo extra obligatorio, (f) en disponibilidad para ser llamada, (g) el número usual de días trabajados seguidos (Trinkoff, Le, et al., 2006).

Mientras completaban la encuesta, se les pidió a las enfermeras considerar su horario laboral típico durante los pasados 6 meses en promedio. Este intervalo minimizó la posibilidad de que las participantes reportaran experiencias atípicas (Barton et al., 1995; Folkard, et al., 1995). Se les pidió a las enfermeras que reportaran las horas que habían laborado, incluyendo tiempos extras, y no lo que habían tenido programado (Schernhammer et al., 2001; Trinkoff, Le, et al, 2006).

Datos de Asignación de Personal

Los datos de asignación de personal fueron obtenidos del American Hospital Association Annual Survey of Hospitals, incluyendo datos de enfermeras de tiempo completo y tiempo parcial, de enfermeras incluyendo aquellas de nivel técnico. Los indicadores sensitivos de enfermería del *National Quality Forum*, incluyendo asignación de personal y mezcla de destrezas fueron usados (National Quality Forum, 2010). La asignación de personal fue calculada como horas de enfermería por paciente día, tal y como fue propuesto por Kane et al., (2007). Se aplicó una fórmula de ajuste de acuerdo con (Mark, Harless, McCue, & Xu, 2004).

Sólo 2 de los 71 hospitales no eran instituciones lucrativas. El estatus de enseñanza fue decidido por la existencia de residentes médicos (Currie, Medí, & Macleod, 2005; Jones, 2004).

Mortalidad:

La mortalidad fue medida a partir de los datos de altas usando los indicadores de la Agency for Healthcare and Quality (AHRQ) In-Patient Quality Indicators (ICPI: Indicadores de Calidad de Cuidado a Pacientes Internos) por que se ha demostrado que estos indicadores están relacionados conceptualmente con el cuidado de enfermería (Davies, et al., 2001).

Análisis:

Todos los análisis de datos fueron llevados a cabo usando el software Predictive Analytics Software (PASW) (versión 17.0; SPSS/IBM). Se llevaron a cabo análisis estadísticos univariados descriptivos; los valores de las medias y desviaciones estándar de las variables clave fueron comparados con los datos estatales y nacionales. Un análisis de componentes principales fue llevado a cabo sobre los 12 reactivos asociados con el horario laboral. Se identificó colinearidad en este constructo. La adecuación del muestreo fue buena (Kaiser-Meyer-Olkin = .67). Los componentes responsables del 82% de la varianza fueron considerados para el análisis (Tabla 1).

Resultados:

Los hospitales del estudio tuvieron mayores niveles de asignación de personal y mezcla de destrezas que los hospitales de cuidado agudo en general, no obstante que las diferencias no fueron significativas. Los hospitales del estudio promediaron 7.5 horas por paciente, aproximadamente 1.3 veces el nivel general en Illinois y Carolina del Norte (5.7 horas). La mezcla de destrezas, medida como la proporción de enfermeras registradas fue mayor en los hospitales del estudio (94%) que en Illinois y Carolina del Norte en general (88.9%). De los 71 hospitales, 35 eran de enseñanza también.

Las enfermeras del estudio promediaron 43.9 años de edad, en comparación con 43.4 para el total nacional (Health Resources and Services Administration [HRSA], 2006). Las enfermeras del estudio fueron racialmente más diversas que el promedio nacional 15%:7% de no blancas. La proporción de enfermeras con nivel de licenciatura fue 60% en comparación con el 50% nacional (HRSA, 2006). Casi la mitad de las enfermeras reportaron turnos laborales diferentes a los diurnos habituales, 13% reportaron tiempo extra obligatorio, y más del 40% se encontraban en disponibilidad de ser llamadas (Tabla 2).

Los datos de resultados de pacientes se muestran en la Tabla 3.

En la Tabla 4 se presentan los resultados ajustados de la comparación de hospitales con mortalidad mayor de la esperada (aquellos arriba del percentil 75 en los IQI en comparación del resto) sobre asignación de personal, mezcla de

destrezas, estado, y estatus de enseñanza. Consistente con la hipótesis del estudio, en la cual un horario laboral adverso se consideró que incrementaría las probabilidades de mortalidad, los resultados con OR mayores de 1 apoyan la hipótesis. Las muertes por neumonía tuvieron significativamente mayor probabilidad de ocurrir en hospitales donde las enfermeras reportaron horarios con muchas horas (OR = 1.42, 95% CI = 1.17-1.73, $p < .01$) y falta de tiempo fuera del trabajo (OR = 1.24, 95% CI = 1.03-1.50, $p < .05$). Las muertes por aneurisma aórtico abdominal también estuvieron asociadas significativamente a la falta de tiempo fuera del trabajo (OR = 1.39, 95% CI = 1.11-1.73, $p > .01$). En cuanto a falla cardíaca congestiva, la mortalidad estuvo asociada con trabajar enferma (OR = 1.39, 95% CI = 1.13-1.72, $p < .01$), mientras infarto agudo al miocardio estuvo asociado significativamente a carga de trabajo sobre las enfermeras (OR = 1.33, 95% CI = 1.09-1.63, $p < .01$). Para la asignación de personal, el análisis mostró niveles bajos de asignación en hospitales con alta mortalidad por neumonía, falla cardíaca congestiva, y embolia o derrame, mientras una pobre mezcla de destrezas de enfermería (pocas enfermeras con licenciatura) estuvo asociada significativamente con infarto agudo al miocardio y craneotomía. El estatus de enseñanza no estuvo asociado con los indicadores de resultados.

Discusión:

Además de la asignación de personal, los horarios laborales de las enfermeras están asociados independientemente con la mortalidad de pacientes. El componente del horario laboral más frecuentemente relacionado con la mortalidad fue tiempo libre fuera del trabajo. Esto también fue encontrado como importante para las lesiones y fatiga de las enfermeras. Similarmente, la falta de tiempo para recuperarse pudiera afectar el desempeño. Geiger-Brown y Trinkoff (2010a), en el Nurses' Sleep Study, mostraron que las enfermeras trabajando muchas horas en turnos seguidos promediaban solo 5.5 horas de sueño entre turnos.

En previos estudios, se mostró que muchas horas de trabajo afectaban negativamente la salud, sugiriendo que también la práctica. La vigilancia continua requerida por las enfermeras puede ser afectada por el exceso de horas de trabajo.

El impacto de las condiciones laborales sobre la mortalidad de pacientes en el contexto de asignación de personal fue examinado en este estudio. El hallazgo de que el horario laboral puede impactar los resultados de pacientes es nuevo e importante y debe conducir a profundizar en el tema. De los componentes significativos de horario laboral, las horas de trabajo y la falta de tiempo libre también han sido relacionados con lesiones en las enfermeras (Trinkoff, Le, et al., 2006). Además, los horarios pudieran afectar la retención de enfermeras por que el reciente National Sample Survey of Registered Nurses reportó que 45% de las enfermeras registradas que tenían otros empleos diferentes a enfermería citaron burnout o condiciones estresantes, seguido de 41% que citaron demasiadas horas de trabajo como causa principal de haberse abandonado la enfermería (HRSA, 2006). Similarmente, otros han encontrado que las enfermeras prefieren trabajar con horarios predecibles, climas de apoyo, y cargas apropiadas de pacientes (Stordeur et al., 2007). Estos componentes que ayudan a retener a las enfermeras también ayudan a los pacientes.

Limitaciones:

Este estudio incluyó más enfermeras con más educación por lo que esto se debe considerar para los estudios ulteriores. Debido a que los hospitales incluidos en este estudio tenían más probabilidad de ser de enseñanza, los hallazgos pudieran no ser generalizables a todos los hospitales. Además, las condiciones en los hospitales infantiles y psiquiátricos pudieran diferir. Algunos componentes del horario laboral no mostraron una asociación con la mortalidad. La falta de datos a nivel unidad que pudiera proveer detalles adicionales sobre los horarios laborales pudo haber restringido la habilidad para encontrar asociaciones.

Para los datos de la encuesta de enfermeras, toda la información sobre horarios provino de auto-reporte y por lo tanto pudiera estar afectada por tendencias. Por otra parte, en el tiempo que los datos fueron obtenidos, no había indicación de que la información estaría relacionada a los resultados de pacientes, limitando cualquier inclinación a sobrestimar los problemas de horario. Debido a que el análisis fue cross-seccional, tanto los predictores como los resultados están basados sobre datos de 2004. Además, este estudio constituye un análisis de datos secundario, un diseño con limitaciones debido a la inhabilidad de capturar variables que no eran parte de la colección primaria de datos o para influir en la selección de las medidas que fueron usadas. Por ejemplo, las variables cubriendo aspectos del ambiente laboral tales como transporte, tecnología, y el ambiente construido no estuvieron disponibles.

Conclusión:

El horario laboral tiene un efecto independiente sobre la mortalidad de pacientes. Por lo tanto, las políticas deben ser re-enfocadas considerando también estas características. Las recomendaciones incluyen ofrecer alternativas a los turnos de 12 horas, de tal forma que las enfermeras puedan dormir lo suficiente antes de ir a trabajar (Geiger-Brown & Trinkoff, 2010a). Los empleadores no quieren esto (Storder et al., 2007). Aún más, las enfermeras tienen que tener suficientes descansos (Purnell, Feyer, & Herbison, 2002). Se necesitan profundizar estos estudios para proveer información que ayude a mejorar la vida laboral de las enfermeras.

Tabla 1: Análisis de componentes principales sobre las características laborales									
	Componentes								% de la Varianza
	1	2	3	4	5	6	7	8	
C1: Muchas horas de trabajo									21.49
Horas trabajadas por día	0.83	0.3	-0.04	0.04	-0.07	0.07	-0.04	-0.08	
13 o más horas de trabajo	0.81	0.04	0.02	0.34	0.06	0	0.13	0.05	
C2: Otros turnos y fines de semana									13.25
Rotación de turnos	0.2	0.82	0.05	-0.03	-0.11	-0.08	0.06	0.03	
Fines de semana por mes	0.09	0.78	-0.17	0.21	0.08	0.14	-0.08	-0.01	
C3: Carga semanal									9.67
Inusual número de días seguidos	-0.29	-0.04	0.82	0.07	-0.02	-0.09	0	0.06	
Horas trabajadas por semana	0.3	-0.06	0.79	0.03	0.04	0.11	0.05	-0.1	
C4: Falta de tiempo libre									8.74
Trabajar en día libre o vacación	0.08	0.05	0	0.89	-0.1	0.07	-0.02	0.01	
<10 horas entre turnos	0.34	0.16	0.16	0.61	0.16	-0.05	0.14	0.05	
C5: Tiempo extra obligatorio									8.06
Tiempo extra obligatorio	0	-0.04	0.02	-0.01	0.98	0	0.1	0	
C6: Trabajar enferma									7.76
Trabajar enferma	0.04	0.04	0.02	0.04	0	0.98	0.04	0.03	
C7: Disponible por llamada									6.91
Disponible por llamada	0.06	-0.01	0.04	0.07	0.1	0.04	0.98	-0.04	
C8: Descansos insuficientes									6.53
Descansos insuficientes	-0.03	0.01	-0.03	-0.01	0	0.03	-0.03	0.99	

Los reactivos en negritas representan cargas mayores a .60; la rotación fue varimax.

Tabla: 2 Distribución de la muestra de las características del horario laboral (N=633)

Horas trabajadas por día (0-25)	10.3 ± 2.3	Trabajo estando enferma	
Horas trabajadas por semana (3.5-96)	37.3 ± 11.8	Nunca	126 (21.6%)
Fines de semana trabajados por mes (0-4)	1.4 ± 1.3	Pocas veces al año	425 (72.9%)
Descansos de mas de 10 min al día (0-3)	1.6 ± 0.8	Una vez al mes	22 (3.8%)
Turno		Una semana sí y otra no	5 (.9%)
Verpertino	49 (8.0%)	Una vez por semana	2 (.3%)
Diurno	328 (53.4%)	Más de una vez por semana	3 (.5%)
Diurno y vespertino	77 (12.5%)	Tiempo extra obligatorio	
Diurno y nocturno	15 (2.4%)	Nunca	538 (87.1%)
Vespertino y nocturno o los 3	50 (8.1%)	Si, con notificación de más de 8 horas	23 (3.7%)
Nocturno	95 (15.5%)	Si, con notificación de 2 a 8 horas	12 (1.9%)
Trabajo más de 12 horas seguidas		Si, con menos de 2 horas de notificación	45 (7.3%)
Nunca	196 (32.7%)	Estar disponible a cualquier hora	
Pocas veces al año	211 (35.2%)	Nunca	360 (57.9%)
Una vez al mes	54 (9%)	Si, pero nunca llamaron	16 (2.6%)
Una semana sí y otra no	28 (4.7%)	Si, pocas veces al año	113 (18.2%)
Una vez por semana	44 (7.3%)	Si, aproximadamente 1 vez por mes	80 (12.9%)
Más de una vez por semana	67 (11.2%)	Si, aproximadamente 1 vez por semana	38 (6.1%)
Trabajo con menos de 10 horas entre turnos		Si, más de una vez por semana	15 (2.4%)
Nunca	323 (55.2%)		
Pocas veces al año	167 (28.5%)		
Una vez al mes	35 (6.0%)		
Una semana sí y otra no	12 (2.1%)		
Una vez por semana	18 (3.1%)		
Más de una vez por semana	30 (5.1%)		
Trabajo en día libre o vacaciones			
Nunca	199 (34.0%)		
Pocas veces al año	286 (48.9%)		
Una vez al mes	50 (8.5%)		
Una semana sí y otra no	32 (5.5%)		
Una vez por semana	10 (1.7%)		
Más de una vez por semana	30 (5.1%)		

Nota: Los valores se presentan como media más menos DS y n(%)

Tabla 3: Comparación de tasas de riesgo ajustadas (por 1,000)

	Total EUA	Hospitales del Estudio					
	M (DS)	n	M	DS	Min	Max	Percentil 75
Neumonía	55.20 (0.22)	71	55.54	2.11	27.59	118.58	68.14
Aneurisma aórtico abdominal	66.33 (1.15)	69	50.81	7.87	0	413.94	69.71
Falla cardiaca congestiva	40.00 (0.18)	71	41.36	1.58	12.32	74.2	50.57
Infarto agudo al miocardio	82.99 (0.33)	70	82.21	2.92	36.02	143.1	100.29
Embolia o derrame	108.41 (0.36)	71	112.95	3.64	32.57	196.46	135.1
Craniotomía	68.80 (0.64)	61	68.33	4.81	0	216.77	91.31

Tabla 4: Odds ratios ajustados de mortalidad elevada por asignación de personal y horario laboral

	Neumonía		Aneur. Aort. Abd.		Falla Card. Cong.		Infar. Agud. Mio.		Embol. Derra.		Craniotomía	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Estado Illinois	0.39	.09-1.68	0.71	.21-2.42	2.25	.59-8.56	0.33	.09-1.26	0.08	.02-.46	0.09	.01-.055
Estatus de enseñanza	3.34	5-14.85	0.40	.10-1.61	1.16	.22-6.05	1.31	.36-4.82	0.68	.13-3.52	1.91	.37-9.95
Mezcla destrezas % Enf. Reg.	0.99	.88-1.12	0.88	.78-1.00	1.02	.92-1.13	0.89	.79-1.00	1.12	.97-1.29	0.85	.74-.97
Asig. Pers. Horas Paciente Día	0.62	.46-.84	1.04	.72-1.51	0.48	.29-.77	0.88	.63-1.23	0.43	.28-.68	0.84	.56-1.26
Horario Laboral												
Muchas horas de trabajo	1.42	1.17-1.73	1.02	.77-1.35	1.25	.99-1.59	0.79	.62-1.00	1.01	.80-1.27	0.82	.68-1.00
Fuera de turno y fines de semana	0.93	.8-1.08	0.99	.83-1.19	0.87	.72-1.04	1.08	.89-1.32	0.99	.81-1.20	1.14	1.00-1.31
Sobrecarga semanal	1.10	.95-1.27	1.08	.89-1.31	0.87	.72-1.05	1.33	1.09-1.63	0.87	.68-1.12	1.02	.82-1.27
Falta de tiempo fuera del trabajo	1.24	1.03-1.50	1.39	1.11-1.73	0.90	.70-1.15	0.96	.72-1.28	0.88	.70-1.12	1.04	.79-1.36
Tiempo extra obligatorio	1.13	.89-1.43	0.95	.75-1.19	0.91	.72-1.15	0.90	.70-1.16	1.00	.78-1.28	0.81	.58-1.14
Trabajar enferma	1.20	.97-1.49	0.89	.73-1.08	1.39	1.13-1.72	1.05	.78-1.41	1.13	.84-1.52	0.94	.81-1.09
Disponible por llamada telefonica	0.96	.73-1.27	0.87	.66-1.14	0.75	.55-1.03	1.14	.84-1.56	0.95	.67-1.36	0.76	.54-1.06
Insuficientes descansos	0.96	.79-1.18	1.03	.85-1.23	0.97	.78-1.21	0.92	.4-1.14	1.05	.87-1.27	1.10	.87-1.39

Referencias:

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290(12), 1617-1623.
- Akerstedt, T., Folkard, S., & Fortín, C. (2004). Predictions from the three-process model of alertness. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*. 75(Suppl. 3), A75-A83.
- Al-Haider, A. S., & Wan, T. T. (1991). Modeling organizational determinants of hospital mortality. *Health Services Research*, 26(3), 303-323.
- Arndt, J. T., Owens, J., Crouch, M., Stahl, J., & Carskadon, M. A. (2005). Neurobehavioral performance of residents after heavy night call vs after alcohol ingestión. *JAMA*, 294(9), 1025-1033.
- Barton, J., Spelten, E, Totterdell, P., Smith, L., & Folkard, S. (1995). Is there an optimum number of night shifts? Relationship between sleep, health and well-being. *Work and Stress*, 9(2-3), 109-123.
- Carayon, P., & Smith, M. J. (2000). Work organization and ergonomics. *Applied Ergonomics*, 32(6), 649-662.
- Currie, J., Mehdi, F., & MacLeod, W. B. (2005). Cut to the bone? Hospital takeovers and nurse employment contracts. *Industrial & Labor Relations Review*, 58(3), 471-493.
- Davies, S., Geppert, J., McClellan, M., McDonald, K. M., Romano, P. S., & Shojanía, K. G. (2001).
- Refinement of the HCUP quality indicators (Technical Review No. 4). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (Prepared by the UCSF-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013, AHRQ Report No. 01-0035).
- Dinges, D. F., Pack, F., Williams, K., Guien, K. A., Powell, J. W., Ott, G. E., et al. (1997). Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4—5 hours per night. *Sleep*, 20(4), 267-277.

- Folkard, S., Spelten, E., Totterdell, P., Barton, J., & Smith, L. (1995). The use of survey measures to assess circadian variations in alertness. *Sleep*, 18(5), 355-361.
- Gaba, D. M., & Howard, S. K. (2002). Patient safety: Fatigue among clinicians and the safety of patients. *New England Journal of Medicine*, 347(16), 1249-1255.
- Geiger-Brown, J., & Trinkoff, A. (in press). Work schedules and self-reported sleep in registered nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*.
- Geiger-Brown, J., & Trinkoff, A. M. (2010a). Is it time to pull the plug on 12-hour shifts? Part 1. The evidence. *Journal of Nursing Administration*, 40(3), 100-102.
- Geiger-Brown, J., & Trinkoff, A. M. (2010b). Is it time to pull the plug on 12-hour shifts? Part 3. Harm reduction strategies for keeping 12-hour shifts. *Journal of Nursing Administration*, 40(9), 357-359.
- Gurses, A. P., & Carayon, P. (2007). Performance obstacles of intensive care nurses. *Nursing Research*, 56(3), 185-194.
- Hartz, A. J., Karkauer, H., Kuhn, E. M., Young, M., Jacobsen, S. J., Gay, G., et al. (1989). Hospital characteristics and mortality rates. *New England Journal of Medicine*, 321(25), 1720-1725.
- Health Resources and Services Administrator. (2006). The registered nurse population: Findings from the 2004 National Sample Survey of Registered Nurses. Division of Nursing, Bureau of Health Professions, HRSA. Retrieved October 3, 2010, from ftp://ftp.hrsa.gov/bhpr/workforce/03_06rnss.pdf
- Hinshaw, A. S. (2006). Keeping Patients Safe: A collaboration among nurse administrators and researchers. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4), 309-320.
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press.
- Iskra-Golec, I., Folkard, S., Marek, T., & Noworel, C. (1996). Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12- and 8-hour shifts. *Work and Stress*, 10(3), 251-256.
- Jagsi, R., & Surender, R. (2004). Regulation of junior doctors' work hours: An analysis of British and American doctors' experiences and attitudes. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2181-2191.
- Jones, C. B. (2004). The costs of nurse turnover: Part 1. An economic perspective. *Journal of Nursing Administration*, 34(12), 562-570.
- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). Nurse staffing and quality of patient care (Evidence Report Technology Assessment No. 151, AHRQ Publication No. 07-E005). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Mark, B. A., Harless, D. W., McCue, M., & Xu, Y. (2004). A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Services Research*, 39(2), 279-300.
- National Quality Forum. (2010). NQF-Endorsed Standards. Retrieved October 3, 2010, from http://www.qualityforum.org/Measures_List.aspx

- Needleman, J., Buerhaus, P. L., Matrke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2001). Nurse staffing and patient outcomes in hospitals. Final Report for Health Resources Services Administration (Contract No. 230-99-0021). Retrieved October 3, 2010, from <http://www.inchc.com/EWEB/upload/Reports-staffing-outcomes.pdf>
- Person, S. D., Allison, J. J., Kiefe, C. I., Weaver, M. T., Williams, O. D., Centor, R. M., et al. (2010). Nursing staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care* 42(1), 4-12.
- Purnell, M. T., Feyer, A. M., & Herbison, G. P. (2002). The impact of a nap opportunity during the night shift on the performance and alertness of 12-h shift workers. *Journal of Sleep Research*, 11(3), 219-227.
- Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- Roth, P. L. (1994). Missing data: A conceptual review for applied psychologists. *Personnel Psychology*, 47, 537-560.
- Schernhammer, E. S., Laden, F., Speizer, F. E., Willett, W. C., Hunter, D. J., Kawachi, I., et al. (2001). Rotating night shifts and risk of breast cancer in women participating in the nurses' health study. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(20), 1563-1568.
- Shen, J., Barbera, J., & Shapiro, C. M. (2006). Distinguishing sleepiness and fatigue: Focus on definition and measurement. *Sleep Medicine Reviews*, 10(1), 63-76.
- Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K., & Park, K. C. (2003). The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality & Safety in Health Care*, 12(2), 112-118.
- Stone, P. W., Du, Y., Cowell, R., Amsterdam, N., Heifrich, T. A., Linn, R. W., et al. (2006). Comparison of nurse, system and quality patient care outcomes in 8-hour and 12-hour shifts. *Medical Care*, 44(2), 1099-1106.
- Stordeur, S., D'Hoore, W., & the NEXT-Study Group. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45-58.
- Surani, S., Subramanian, S., Babbar, H., Murphy, J., & Sif Aguilari, R. (2008). Sleepiness in critical care nurses: Results of a pilot study. *Journal of Hospital Medicine*, 3(3), 200-205.
- Trinkoff, A. M., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J. A., & Muntaner, C. (2006). How long and how much are nurses now working? *American Journal of Nursing*, 106(4), 60-72.
- Trinkoff, A. M., Le, R., Geiger-Brown, J., Lipscomb, J., & Lang, G. (2006). Longitudinal relationship of work hours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(11), 964-971.
- Trinkoff, A. M., Le, R., Geiger-Brown, J., & Lipscomb, J. (2007). Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 28(2), 156-164.
- Van Dongen, H. P., Maislin, G., Mullington, J. M., & Dinges, D. F. (2003). The cumulative cost of additional wakefulness: Dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep*, 26(2), 117-126.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T44

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Determinantes Sociales de la Salud: el Rol de la Protección Social en la Identificación de Desigualdades Sociales en la Salud

Barbara R.

Social determinants of health: The role of social protection in addressing social inequalities in health
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)

[serie en internet] 2011[consultado 2002 agosto 12]; 11:[aprox. 6 pp]. Disponible en: <https://www.giz.de/Themen/de/dokumente/giz2011-en-social-determinants-of-health.pdf>

Determinantes Sociales de la Salud: el Rol de la Protección Social en la Identificación de Desigualdades Sociales en la Salud.

Por la Dra. Barbara Rohregger

El contexto social, económico y político en el cual la gente crece, vive, y madura tiene un enorme impacto sobre su estatus de salud. Estos determinantes estructurales de la salud frecuentemente se encuentran fuera del sector salud. El nivel y cobertura de los sistemas de protección social son determinantes clave. Las medidas de protección social directamente contribuyen a la reducción de la pobreza y al desarrollo del recurso humano al proveer a los recipientes transferencias en especie o en dinero. Estas también permiten a los beneficiarios obtener mejor acceso a los servicios sociales, incluyendo las instalaciones de salud, los fármacos, etcétera.

Introducción:

Enfermarse es uno de los más trascendentes riesgos sociales y económicos; la enfermedad no solamente genera costos en términos de tratamiento; también tiene importantes implicaciones económicas en relación a la pérdida de ingreso y provisión de trabajo. Especialmente los más vulnerables tienen mayor probabilidad de enfermarse y al mismo tiempo son menos capaces de enfrentar el problema; estos grupos, entre otras cosas, carecen de mecanismos de protección social que les permitan cubrir los costos de tratamiento y los fármacos para superar una pérdida temporal de ingreso.

Al mismo tiempo, la salud es una pre-condición para la capacidad de ser productivo, aprender, y crecer. En este sentido, la protección social y la salud están invariablemente entrelazadas y tienen una contribución principal en la reducción de la pobreza, y en el desarrollo y crecimiento sustentable. El rol clave de la protección social y de la salud para el crecimiento económico, reducción de la pobreza y del bienestar también está reflejado en las Metas de Desarrollo del Milenio, específicamente en MDG1, MDG2, MDG4, MDG5, y MDG6 (1).

Determinantes sociales de la salud y la igualdad en la salud:

La Global Commission on Social Determinants of Health, establecida por la Organización Mundial de la Salud en 2005, argumenta de forma enérgica que la mala salud no puede ser explicada únicamente por los gérmenes y los genes, sino que la mayoría de las enfermedades tienen sus raíces en factores sociales, i.e., la forma en que crecemos, trabajamos y vivimos (2). Mientras esto está relacionado con comportamientos individuales, tales como fumar o consumir alcohol, también incluye las condiciones sociales y económicas en las cuales la gente vive, las cuales en gran medida influyen en su salud. Estos son los llamados determinantes sociales de la salud (DSS), los cuales están definidos como los determinantes y condiciones estructurales de la vida diaria responsables de una parte principal de las desigualdades de salud dentro y entre las naciones (3).

Los determinantes sociales incluyen la distribución de recursos, ingresos bienes y servicios, y las circunstancias de las vidas de la gente, tales como su acceso a un cuidado de la salud costeable y de calidad, escuelas, educación; sus condiciones laborales y de descanso; y el estado de su vivienda y medio ambiente. Mientras mayor sea la desigualdad en la distribución de estos factores entre los grupos de población, menor será el nivel general de salud y bienestar, y mayores las desigualdades de salud (ver por ejemplo, Hall & Lamont, 2009; CSDH 2008).

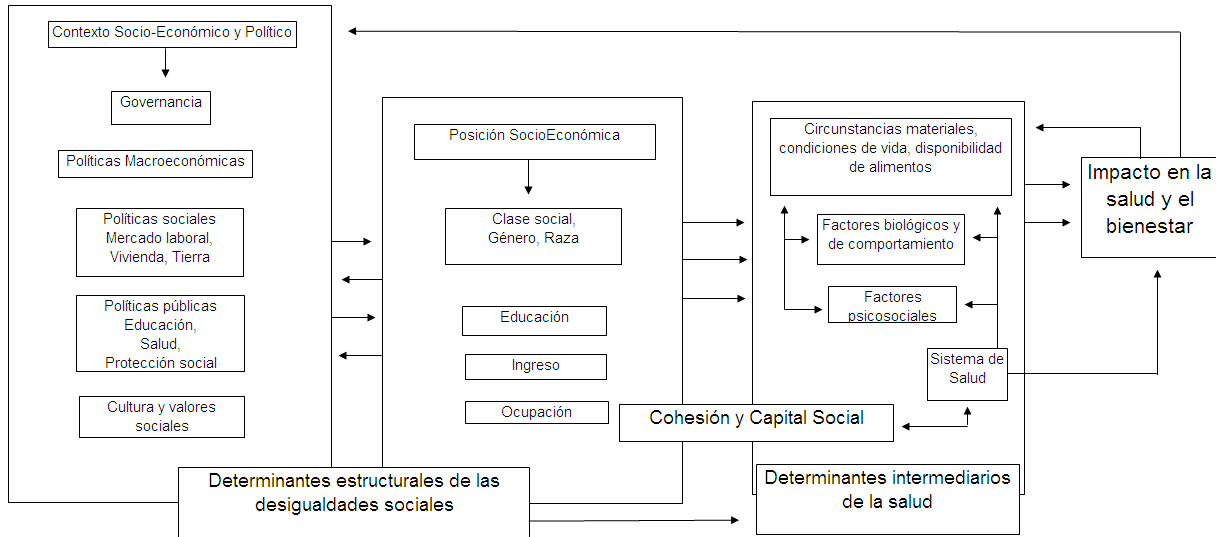


Figura 1: Marco de trabajo de acción sobre los determinantes sociales de la salud (WHO CSDH, 2008)

Los determinantes sociales influyen en la salud y el bienestar en diferentes formas, una siendo la posición social de los individuos expresada a través de la educación, ocupación o recursos económicos: gente que está mejor y no solamente que tiene mejor acceso a los servicios de salud y a una mayor oportunidad de vivir vidas saludables; su mayor posición individual también influye sobre el nivel psicosocial: gente pobre, quienes frecuentemente enfrentan grandes dificultades financieras y falta de apoyo social, demuestran un mucho mayor nivel de estrés psicosocial, incluyendo sentimientos de marginalización y exclusión (Wilkinson 1996).

Al mismo tiempo, la pobreza implica una mayor exposición a peligros para la salud, y por consiguiente de enfermarse (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Finalmente, la posición social influye en la forma en que la gente es capaz de enfrentarse a malas condiciones de salud (las consecuencias sociales y económicas de una mala salud). Mientras más vulnerable sea la gente, menor es la probabilidad de que superen las enfermedades, principalmente debido a la falta de mecanismos de protección social y de la salud.

Dos tipos de mecanismos son empleados para mejorar los recursos para la salud y el bienestar entre la sociedad y que identifican las rutas de causa: primero, aquellos directamente identificando un factor de riesgo específico (tales como VIH/SIDA o fumar, desigual acceso a los servicios de cuidado de la salud, mala calidad en el cuidado, etcétera); segundo, medidas identificando factores de riesgo estructurales más amplios que tengan un impacto indirecto sobre la salud, tales como pobreza desempleo, o

mala educación. Este último frecuentemente se encuentra fuera del sector salud. Ya que son más difíciles de influir y requieren intervenciones más complejas que involucran varios sectores políticos, éstos son llamados factores de nivel superior.

Es obvio que dentro del rango de políticas que identifican los determinantes sociales de la salud y desigualdades relacionadas, las políticas de protección social tienen un rol crucial, tanto en los factores de nivel superior como en los de otros niveles. Estos incluyen medidas de seguridad de ingreso, transferencias no monetarias tales como comida u otros servicios básicos, servicios de salud y educación, medidas de protección laboral tales como permiso de maternidad, etcétera.

Protección social y salud:

La protección social influye sobre la salud de varias formas, la más obvia siendo su impacto sobre las desigualdades sociales y económicas causada por los diferenciales de ingresos entre la sociedad, los cuales frecuentemente van acompañados por diferencias en educación, salud, y poder político y social.

Los programas de transferencia de efectivo tienen un rol clave en la identificación de diferenciales de ingreso, y por lo tanto promueven el desarrollo y crecimiento sustentables. Las transferencias regulares de efectivo o en especie pueden ayudar a reducir significativamente la pobreza y proteger a los grupos vulnerables de caer aún más en la pobreza, proporcionando una red de seguridad contra los shocks individuales y del sistema. Especialmente cuando las transferencias son dirigidas socialmente, económicamente o culturalmente a los grupos en desventaja por ejemplo mujeres, gente de la tercera edad, huérfanos, migrantes, gente con discapacidades, o gente empleada en el sector informal.

Al mismo tiempo, la protección social puede ayudar a que los pobres inviertan en salud y educación, así como en medidas productivas, sobre una base sustentable. La gente que tiene acceso a un ingreso regular está usualmente en mejor posición para hacerse cargo de su bienestar (por ejemplo, a través de una mejor nutrición). Mediante un mejor ingreso, los beneficiarios también están en una mejor posición para superar las barreras del sistema de salud y llevar a cabo medidas preventivas de salud más regularmente. Esto a su vez contribuye con la prevención de largas enfermedades, estancias hospitalarias innecesarias, y costosas intervenciones curativas. La protección social por lo tanto ayuda a reducir las enfermedades y sus costos relacionados, lo que a su vez, aminora la carga financiera sobre el sector salud.

Una población más saludable también es más productiva y capaz de hacer mayores contribuciones al desarrollo en general. La gente saludable requiere menos apoyo social en la forma de cuidado de la salud y beneficios de retiro, y es más capaz de apoyar a la comunidad y evitar acciones que dañen el medio ambiente. La inversión en el capital humano y en los valores productivos permite incrementar la productividad, lo cual provee un seguro contra shocks en el futuro. Los estudios han mostrado que las transferencias de efectivo, especialmente en las áreas urbanas, estimulan la actividad emprendedora, por lo tanto apoyando la diversificación (Lichande, 2010). La evidencia de México muestra que en las áreas rurales, en promedio 12% de las transferencias se invirtieron en agricultura, generando 17.5% de ingresos. En Etiopía, las transferencias que permitieron a los granjeros comprar sus propios insumos les permitió cosechar su propia tierra y negociar en mejores términos. La evidencia de las comunidades rurales muestra que los recipientes de estas transferencias están usualmente en una posición – debido a un incremento en su producción de comida – de compartir apoyos en especie con vecinos no elegibles como una forma de seguro informal en tiempos de crisis, tales como de enfermedad o pérdida de cosecha (Lehmann, 2009). Las transferencias de efectivo

también tienen un impacto sobre el medio ambiente: éstas transferencias permiten a la gente invertir en agricultura más amigable con el ambiente y usar técnicas, o servicios que sean más tolerantes con el ambiente (Perrson & Alpizar, 2011).

Más allá de su impacto inmediato sobre la reducción de la pobreza y la aminoración de la crisis, la protección social también tiene una importante función para reducir las desigualdades al garantizar que las ganancias del retiro sean invertidas de forma equitativa a lo largo de toda la sociedad. La reducción en el coeficiente de Gini – una medida estándar sobre desigualdades entre países – en Brasil de 0.59 a 0.53 entre 2001 y 200 fue causada, en gran medida, por programas de transferencia que canalizaron efectivo directamente a las familias y otros grupos sociales. El caso de Brasil también muestra el rol clave de las políticas de protección social en relación al crecimiento económico sustentable: mientras más igualdad sea la distribución del ingreso, impulsada por transferencias de efectivo, la mayor demanda agregada incrementada entre la población de bajos ingresos. Una economía doméstica más grande también significó un aumento en la demanda laboral, lo cual benefició significativamente a los grupos de bajos ingresos: la tasa de desempleo en Brasil bajo 22% entre 2004 y 2007 (Hailu & Soares, 2009).

Además, la protección social puede ayudar a directamente identificar los asuntos de salud a través de varias medidas, tales como programas de transferencia condicional de efectivo que, además de los beneficios del efectivo, proveen incentivos para invertir en el capital humano (mediante asistencia regular a las escuelas o chequeos de salud, por ejemplo) o esquemas de “voucher” que provean acceso a ciertos servicios de cuidado de la salud, tales como alumbramientos gratuitos. Otros ejemplos de esquemas de financiamiento del cuidado de la salud para los grupos de bajos ingresos tales como los esquemas de seguros de salud basados en la comunidad o micro seguros para la salud. Aquí, las medidas de nivel superior e inferior están combinadas con el objetivo de identificar los determinantes sociales determinantes, mientras al mismo tiempo intentar superar las barreras estructurales dentro de los sistemas de salud, especialmente para los grupos más vulnerables.

Se ha mostrado que las sociedades con menos desigualdad en término de la distribución de los recursos tienen mayor capacidad de adaptación en las situaciones de crisis, y tienen menor dificultad de recuperarse sin impactos negativos duraderos sobre el desarrollo. Esto es debido, entre otras cosas, a un esquema de protección del funcionamiento social, que incluye el acceso garantizado a los servicios de salud. Un incremento en la igualdad crea un ambiente económico y político más estable, lo cual ampliamente influye en la salud y bienestar de la sociedad en general.

Medidas de protección social y su impacto sobre la salud.

¿Cuál es el impacto potencial de las medidas de protección social específicas sobre los resultados de la salud?

Protección de la salud social:

Las medidas de la protección de la salud social (e.g. seguro de salud social o sistemas de financiamiento de la salud basados en impuestos) están directamente relacionados con la salud y proveen protección en caso de enfermedad al reducir los gastos directamente del bolsillo. Uno de los principales retos para proveer protección de la salud es el hecho de que en muchos países las personas más vulnerables y socialmente excluidas no tienen acceso a forma alguna de protección social de la salud. La

cooperación del desarrollo en Alemania emplea varias estrategias de inclusión que ayudan a los más pobres y social y geográficamente marginalizados a tener acceso al cuidado de la salud sin tener que hacer gastos catastróficos tales como vender sus bienes, sacar a sus hijos de las escuelas, etcétera. Ejemplos incluyen el apoyo de fondos de comunidad en Tanzania o esquemas de seguros de salud comunitarios en Camboya.

Transferencias sociales:

Las transferencias directas de efectivo a los grupos más vulnerables puede tener un importante impacto, tanto en términos del incremento del uso de los servicios de salud así como del mejoramiento de los resultados de salud, especialmente entre los niños (Lagarde et al, 2009) (4). Las transferencias regulares de efectivo permiten a los beneficiarios ocuparse mejor de su bienestar físico. Al mismo tiempo, proveen un importante valor con el cual superar las cargas financieras relacionadas con el acceso a los sistemas de salud, incluyendo transportes, fármacos, estancias hospitalarias, servicios, etcétera.

Sin embargo, mientras las medidas de protección social pueden incrementar la demanda de cuidado de la salud, el sector salud debe también funcionar en el lado de la provisión para poder asegurar un cuidado efectivo: sin un sistema de salud que ofrezca servicios adecuados en términos de calidad y cantidad, el impacto social de las transferencias de efectivo sobre los resultados de salud será limitado. La evidencia muestra que mientras las tasas generales de uso se han incrementado en muchos países – frecuentemente debido a condicionalidades – sólo existe una indicación limitada de mejoramiento de resultados de salud (Lagarde et al., 2009, IEG, 2011). Donde las rutas casuales a mala salud están relacionadas principalmente a malos servicios de salud (falta de fármacos, pocas instalaciones), las transferencias de efectivo son menos efectivas. De hecho, parece que la disponibilidad de servicios de salud de alta calidad es el pre-requisito principal para mejoramientos efectivos en los resultados de salud (Lagarde et., 2009).

Servicios en especie:

Proveer acceso a servicios de salud a través de programas de tipo “voucher” se ha hecho muy popular en años recientes, principalmente en el área de la salud reproductiva, como una alternativa a otros mecanismos de financiamiento para la salud (por ejemplo directamente servicios subsidiados); mientras proveen a los grupos especialmente vulnerables mejores accesos a servicios específicos (e.g., salud mental), los “vouchers” también han mostrado ser útiles para ayudar a los trabajadores migrantes a tener acceso a servicios en otras partes de sus países. También hay programas de tipo “voucher” para propósitos de educación, por ejemplo, en Uganda (IEG, 2011).

Los programas de almuerzos escolares, los cuales ganaron especial significancia durante las crisis financiera de combustibles, y de comida, durante el 2009, también son una medida común. Al proveer de comidas regulares a los pupilos, se busca incrementar la matrícula escolar así como la capacidad de los estudiantes de poner atención en clase. Los programas varían desde la provisión del desayuno, comida o un refrigerio a media mañana hasta la combinación de todos. Los programas de alimentación escolar frecuentemente están integrados con educación de salud y nutricional, tratamiento de parásitos, monitoreo de la salud, y provisión de agua purificada.

Apoyo psico-social. Las barreras para la salud y la educación no son siempre de naturaleza financiera: la posición social, los bajos niveles de educación en el estatus migrante pudieran ser igualmente difíciles de superar. En Chile, el programa de protección social proporciona apoyo personal para las familias más vulnerables en las áreas de salud, educación, calidad de vida, relaciones familiares, vivienda, trabajo e ingresos. Los beneficios continúan por 24 meses y proveen apoyo a todos los miembros de la familia (intervención integral) en la pobreza extrema. Las familias en esta categoría deben comprometerse a trabajar con una trabajadora social (UNDP, 2011).

Condicionalidad:

Mucho se ha escrito sobre la eficiencia y efectividad de la condicionalidad para mejorar el capital humano, especialmente con respecto de la salud y la educación. Una evaluación reciente de las actividades del Banco Mundial apoyando las redes de seguridad social concluye que mientras hay evidencia a partir de los programas de transferencia de efectivo de tipo condicional de que las tasas de utilización de servicios de salud y las tasas de ingreso escolar están efectivamente incrementándose, hay mucha menos evidencia sobre el mejoramiento de los resultados de salud y educación en el largo plazo (IEG, 2011, Lagarde et al., 2009). Al mismo tiempo, hay evidencia de que el impacto de programas de transferencia de efectivo pero de tipo incondicional sobre la salud y la educación son similarmente positivos (IEG, 2011). Como se mencionó anteriormente, parece que la calidad y disponibilidad de los servicios tienen un rol crucial, más que la condicionalidad.

Determinantes sociales de la salud: principios para la acción:

Nadie dudaría de la influencia de factores políticos, medioambientales, económicos, y sociales estructurales más amplios sobre la salud y el bienestar. Sin embargo, las rutas causales actuales entre los factores sociales, económicos o de medio ambiente y sus resultados de salud son usualmente muy complejas, y en gran medida dependen del contexto en que se encuentran.

Lo mismo aplica a políticas que identifican las desigualdades sociales en la salud las cuales necesitan ser enlazadas a las especificidades contextuales. Mientras las políticas dirigidas a mejorar los resultados de salud y bienestar requieren de esfuerzos específicos de cada uno de los sectores involucrados, las acciones sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en la salud también requieren un acercamiento coordinado y sistémico que incorpore a los varios sectores y estructuras gubernamentales relevantes, así como los actores clave fuera del gobierno, incluyendo los actores comerciales privados. De hecho, se ha mostrado que la acción sobre la gobernanza es de importancia clave para el avance de los acercamientos sistémicos dirigidos hacia el mejoramiento de la salud y el bienestar.

Los aspecto clave incluyen:

Una visión política común y un compromiso político claro.

Para poder mejorar la salud y el bienestar social, una visión política común y un compromiso político son clave. Sin tal compromiso compartido por todos los actores y accionistas, los programas permanecerán confinados dentro de sus propios silos sectoriales y fallarán en tener un impacto más amplio. ¿Cómo puede tal compromiso amplio con la salud y el bienestar ser creado? Esto, obviamente depende mucho del contexto político. Mientras en algunos países un marco de trabajo estratégico pudiera necesitar ser desarrollado para sostener tal acercamiento, las estrategias políticas que incluyen la meta de mejorar la salud y el bienestar ya existen – programas de alivio a la pobreza, por ejemplo. Esto puede reforzar una visión común hacia la salud mejorada y el bienestar al precisar y mejorar estas políticas para hacerlas más coherentes. Sin embargo, una fuerte institución central o autoridad también es requerida por ejemplo, un primer ministro o secretaria creada para este propósito pudiera sostener el compromiso y tener el poder de toma de decisiones para implementar tal marco de trabajo de forma efectiva.

Alineando los sectores – Invertir para la protección social y la salud.

La acción intersectorial es crucial para identificar las desigualdades sociales en la salud. La coherencia en la planeación de políticas, creación de presupuestos, y sus implementaciones entre los sectores es esencial si las intervenciones para la salud y protección social van a ser efectivas y eficientes. Esto incluye el desarrollo de metas comunes, e indicadores para medir el progreso entre los sectores dedicados a la salud y protección social. Los tradicionales acercamientos específicos de sector para la implementación de programas y distribución de recursos hacen difícil llevar a cabo una acción coordinada. La lucha entre los usualmente escasos recursos, incluyendo el dinero, recursos humanos, y poder para la toma de decisiones, de hecho, frecuentemente conduce a una mayor delimitación entre los sectores en lugar de una mayor coordinación. En países con ingresos bajos y medios, ésta situación es además complicada por la presencia de socios de desarrollo internacionales como actores adicionales en las diversas políticas. No obstante que la alineación ha mejorado dentro del contexto de la Declaración de Paris y la Agenda Accra para la Acción a través de mecanismos tales como el financiamiento o los acercamientos de sector amplios, hay todavía mucho por hacer, particularmente en el sector salud en estos países de ingresos bajos y medios, donde los problemas de salud específicos deben ser identificados a través de más factores estructurales de nivel superior que requieren un gran involucramiento multi-sectorial.

Políticas basadas en la evidencia:

Para efectivamente identificar los determinantes sociales de la salud, información adicional sobre las formas en que el desarrollo social influye en los resultados de salud es urgentemente necesaria. Aunque en general existe una clara evidencia de estudios sobre las intervenciones para la protección social de que el apoyo social tiene una influencia positiva sobre los resultados de salud, se necesita una mayor cantidad y claridad de datos sobre las rutas causales dentro de contextos específicos, de tal forma que las intervenciones puedan ser mejor entrelazadas, planeadas e implementadas. Estudios sobre el impacto de

los programas de transferencia de efectivo sobre los resultados de salud muestran que sus a veces bajos impactos, son debidos, entre otras cosas, a malos diseños específicos a cada país, por ejemplo, inmunización (IEG, 2011, ver también Lagarde et al., 2009). La colección y análisis de más datos involucra expertos de ambos sectores. Por ejemplo, monitorear las tasas de utilización y evaluar los impactos a la salud a largo plazo con respecto de los programas de transferencia de efectivo pudiera proveer de importantes reflexiones para el sector salud así como para el sector social que son relevantes para el diseño de este tipo de programas.

El rol del apoyo externo:

El apoyo externo y los consejos políticos tienen un rol importante en la forma en que algunos países definen sus acercamientos políticos en los sectores económico, social y de la salud. Un claro compromiso de parte de la comunidad donante para una alineación cross-sectorial para la salud y el bienestar también hace avanzar una agenda general para el desarrollo y mejoramiento social y económico. Especialmente en tiempos de crisis y reducidos recursos, demostrar el impacto positivo del desarrollo social sobre los resultados de salud pudiera ser importante tanto para la asignación de recursos como para las organizaciones donantes con respecto a las prioridades políticas.

Cómo estos aspectos de gobernancia son identificados, y con qué extensión, también depende de la forma en que estas características son traducidas e implementadas dentro de un contexto coherente. Aquí, es importante analizar los contextos específicos de cada país, los sistemas políticos, los panoramas institucionales en términos de políticas de salud y protección social, y los programas de reforma que se encuentren en camino (IEG, 2011).

Conclusiones:

Las intervenciones directas dentro del sector salud, incluyendo las medidas de salud pública, son clave para mejorar el estatus de salud de la población. Sin embargo, éstas también necesitan ser puestas en contextos más amplios. El marco de trabajo de los Determinantes Sociales de la Salud proveen una acercamiento interesante que hace uso de diferentes rutas causales de una forma más sistémica entre todos los sectores. En vez de fomentar la competencia por recursos escasos este marco de trabajo sugiere una mayor colaboración y coordinación entre los diferentes sectores, incluyendo el desarrollo de una visión común hacia el mejoramiento de la salud y el bienestar, mejor alineación de las políticas que ya están en práctica, y un desarrollo más coherente de las futuras políticas.

Esto es únicamente posible si los enlaces entre las políticas de salud y protección social son claras. La evidencia del impacto de las medidas de protección social sobre la salud se ha incrementado durante los últimos años. Sin embargo, aún hay una falta de información sobre el impacto a largo plazo, las causas de raíz, las practicas prometedoras, y los acercamientos políticos.

Los Determinantes Sociales de la Salud también pudieran proveer un interesante marco de trabajo para fortalecer la cooperación y el alineamiento de los programas, políticas, y trabajos técnicos con respecto de la salud y la protección social (aspa como dentro de otros sectores) dentro de la cooperación para el desarrollo Alemán. Ya existen ejemplos de tal alineación: el

proyecto de salud regional en Asia Central contiene un componente de protección social el cual trabaja por el lado de la demanda del sector salud; el proyecto se dirige a mejorar la calidad del cuidado de la salud y el acceso de las mujeres y niños a los servicios de cuidado de la salud a través de mejorados mecanismos de protección social, entre otras cosas.

Notas y Referencias:

(1) MDG1: erradicar la pobreza y hambre extremas, MDG2: lograr educación primaria universal para niños y niñas, MDG4: reducir la mortalidad infantil, MDG5: mejorar la salud maternal, MDG6: combatir VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (BMZ, 2009).

(2) La Comisión Global de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2008) ha identificado tres áreas de acción que son importantes para influir en los determinantes sociales de la salud: Desarrollar políticas que positivamente influyan sobre las condiciones la vida diaria – las circunstancias en las cuales la gente nace, crece, vive, trabaja, y madura; atención directa a reducir las diferencias en oportunidades para estar saludable que surgen de diferencias en el acceso a la educación, empleo, participación social y acceso a los servicios; medir el problema, evaluar la acción, expandir la base de conocimiento, desarrollar una fuerza de trabajo que esté entrenada en la conciencia pública sobre los determinantes sociales de la salud (CSDH 2008, ver figura 1)

(3) Comisión Global de Determinantes Sociales de la Salud 2008.

(4) Ver también el debate sobre inversión en nutrición infantil, el cual se dice tiene un alto impacto durante la “ventana de oportunidad” entre el pre-embarazo y los dos años de edad (ver, por ejemplo, Kurz, 2011)

Adams, L. and Kebede, E. 2005. Breaking the Poverty Cycle: A Case Study of Cash Interventions in Ethiopia. HPG Background Paper, London: ODI.

CSDH 2008. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Global Commission on Social Determinants of Health, Geneva: WHO. Download

Dahlgren, G. and Whitehead, M. 2006. European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 2. Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 3, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) 2009. Sector Strategy on Social Protection, BMZ: Bonn.

Gertler, P., Martinez, S. and Rubio-Codina, M. 2007. Investing Cash Transfers to Raise Long Term Living Standards. Policy Research Working Paper 3994, Washington: World Bank.

Hailu, D. and Soares, S. 2009. What Explains the Decline in Brazil's Inequality? One Pager Number 89. Download

Hall, P. and Lamont, M. (eds.) 2009. Successful Societies: How Institutions and Culture Affect Health. New York: Cambridge University Press.

IPC-UNDP 2011. South-South Learning on Social Protection: Chile. Download

Kurz, K. 2011. Window of Opportunity. The 2011 Hunger Report. Bread for the World Institute. Download

Lagarde, M., Haines, A. and Palmer, N. 2009. The Impact of Conditional Cash Transfers on Health Outcomes and Use of Health Services in Low and Middle Income Countries (Review). Cochrane Database on Systematic Reviews, 2009 (4).

Lehmann, C. 2009. Do CCT Programmes have a Pro-Poor Spill-over Effect? One Pager Number 98. Download

Lichande, G. 2010. Decomposing the Effects of CCTs on Entrepreneurship. Policy Research Working Paper 5457, Washington: The World Bank.

Perrson, M. U. and Alpizar, F. 2011. Conditional Cash Transfers and Payments for Environmental Services: A Conceptual Framework for Explaining and Judging Differences in Outcomes. Environment for Development Discussion Papers Series. Download

The Independent Evaluation Group (IEG) 2011. Social Safety Nets: An Evaluation of World Bank Support, 2000 – 2010. Washington: The World Bank Group. Download

Wilkinson, R. 1996. Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. London: Routledge.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T45

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Necesidades Percibidas por Enfermeras Académicas por Aprender Inglés:
Asuntos Relacionados con el Desarrollo de su Carrera

The Perceived Need for Japanese Nursing Faculty Members to Learn English: Issue Related to Career Development.

Anazawa R, Ishikawa H, Kiuchi T.

The Perceived Need for Japanese Nursing Faculty Members to Learn English: Issue Related to Career Development.

J Contin Educ Nurs. 2012; 43(4): 188-91.

Necesidades Percibidas por Enfermeras Académicas por Aprender Inglés: Asuntos Relacionados con el Desarrollo de su Carrera.

Ryoko Anazawa, MA, RN
Hirono Ishikawa, PhD
Takahiro Kiuchi, MD, PhD

Journal of Continuing Education in Nursing 2012; 43(4)

Ms Anazawa is a PhD candidate, Dr. Ishikawa is Associate Professor, and Dr. Kiuchi is Professor, Field of Health Communication, Department of Social Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan.
fwkk0078@mb.infoweb.ne.jp.

Abstract:

En Japón, cada vez más se espera que las enfermeras usen el Inglés en varios establecimientos. El dominio del Inglés es indispensable en casi todos los aspectos de la experiencia clínica y para el desarrollo de la carrera de las enfermeras japonesas. Este artículo presenta la idea de que las enfermeras japonesas aprenden Inglés para aumentar su desarrollo de carrera y provee los resultados de una encuesta con 145 enfermeras académicas en Japón. Los análisis mostraron que la mayoría de estas académicas consideraban el dominio del Inglés como importante para la experiencia en enfermería y para el desarrollo de la carrera. En general, los resultados indicaron que las enfermeras japonesas requieren una educación constante en este idioma. Se requieren más estudios que exploren esta necesidad de aprender Inglés, así como formas para implementar programas de enseñanza.

Artículo:

Aprender Inglés es importante para las enfermeras japonesas no solamente para satisfacer sus intereses lingüísticos, sino también para uso en los establecimientos de la práctica que involucran comunicación relacionada con la salud y ayudarlas a avanzar en sus carreras académicas y profesionales. Los cambios sociales en el ambiente del cuidado de la salud en Japón han conducido a una expansión de los roles y capacidades de enfermeras. En los establecimientos clínicos, las enfermeras deben de tratar con mucha terminología médica y también comunicarse con pacientes extranjeros que no hablan Japonés (Watanabe, 1998). Las tendencias recientes en la práctica de enfermería han hecho necesario que las enfermeras japonesas lean más información técnica internacional escrita en Inglés. Muchas enfermeras japonesas quieren avanzar a posiciones tales como enfermeras investigadoras, educadoras, o especialistas. Aún más, un cada vez mayor número de enfermeras quieren usar el idioma Inglés para ir al extranjero a estudiar o trabajar. Por lo tanto, las enfermeras han reconocido que el dominio del Inglés es una importante pre-requisito para lograr sus metas.

Durante las pasadas dos décadas, un creciente número de universidades japonesas han estado ofreciendo programas de licenciatura y maestría en enfermería. En 1990, Japón tuvo menos de 20 programas de 4 años, pero para el 2010, este

número era de 193 (Japanese Minister of Defense, 2010). Las enfermeras japonesas pueden buscar avanzar sus carreras, tanto local como internacionalmente, pero muchas encuentran al idioma Inglés difícil de dominar; y esto hace difícil que continúen estudiando y por lo tanto limita su desarrollo profesional. Luego entonces, es importante introducir el idioma Inglés en la licenciatura y posgrado de una manera proactiva.

En este artículo se describen las necesidades de aprendizaje del idioma Inglés de algunas académicas japonesas y se reportan cómo éstas enfermeras perciben sus necesidades al respecto.

Vista general de la carrera de enfermería en Japón.

Los establecimientos de enfermería clínica en Japón, tales como hospitales y clínicas, típicamente tratan el desarrollo de la carrera de las enfermeras en términos de etapas que las instituciones desarrollan y aplican (Matsuda, 2009). La mayoría de los establecimientos clínicos también proveen entrenamiento para las recién empleadas enfermeras. Estos programas educacionales son frecuentemente ofrecidos durante el primer, segundo, tercer, quinto, y décimo año de la carrera profesional para entrenar a las enfermeras a hacerse líderes, jefas de piso, y supervisoras. Algunas enfermeras dejan los establecimientos clínicos y no completan su entrenamiento; otras, buscan más educación para avanzar en sus carreras. Las opciones de carrera incluyen asistir al posgrado para hacerse especialistas, enfermera investigadora, o educadoras, y salir al extranjero para acumular credenciales y experiencia.

Las enfermeras japonesas que desean adquirir conocimientos y destrezas avanzados pueden entrar al programa de especialización (PEE), que fue iniciado en los Estados Unidos. Este curso fue implementado en Japón en 1994 y está disponible en el posgrado. Este permite a las enfermeras enfocarse sobre programas que incluyen enfermería oncológica, control de infección, cuidado paliativo, y enfermería psiquiátrica. De acuerdo con Uchida et al., (2009), "en 2008, 34 PEE son ofrecidos en Universidades con posgrado, y 304 enfermeras han recibido esta calificación." El número de programas de investigación en enfermería en el posgrado ha aumentado; en 2010, Japón tuvo un total de 115 escuelas para estudios de posgrado (Takita, 2011). Por lo tanto, las enfermeras japonesas cada vez han tenido más oportunidades para obtener un mayor conocimiento y desarrollar sus carreras.

Requerimientos de lenguaje Inglés y carreras de enfermería:

Como se comentó anteriormente, muchas enfermeras japonesas continúan buscando una especialidad profesional para mejorar sus destrezas luego de la licenciatura. Sakaguchi (2000) encuestó enfermeras de personal en un departamento hospitalario para evaluar la fuerza de motivación detrás de la orientación de carrera de las enfermeras japonesas. Los resultados mostraron que "estabilidad," "servir a otros," "desarrollo profesional," "autonomía," "creatividad y ser emprendedoras" fueron las principales razones.

Las enfermeras que quieren mejorar sus habilidades profesionales requieren suficiente dominio del Inglés por que conocer éste idioma las ayuda a satisfacer sus metas y acelerar sus carrera. En los siguiente ejemplos, se muestra cómo se requiere que las enfermeras tengan un buen nivel del idioma Inglés.

Para estudiar en el extranjero.

Muchas enfermeras japonesas estudian en instituciones educativas norteamericanas, incluyendo universidades con programas de posgrado en enfermería. Las enfermeras japonesas también van a Canadá, Australia, el Reino Unido, o Nueva Zelanda para estudiar enfermería. Las enfermeras deben pasar el Test of English as a Foreign Language (TOEFL) para entrar a las universidades de los Estados Unidos. Además, deben obtener una licencia de enfermería (registrarse) para entrar a la maestría. Esto significa que deben pasar el National Council Licensure Examination for Registered Nurses (NCLEX-RN), así como el examen Commission on Graduates of Foreign Nursing School (CGFNS).

Trabajar en el extranjero:

Muchas enfermeras japonesas están interesadas en ampliar sus conocimientos trabajando en otro país. Cada vez más enfermeras están trabajando en países de habla inglesa, especialmente en los Estados Unidos y Australia. Las enfermeras en esta situación deben tener una licencia para el país en el que quieren trabajar. En los Estados Unidos deben pasar el NCLEX-RN y el CGFNS, y en Australia el Occupational English Test (OET).

Cooperación Internacional y Actividades de Apoyo:

Las enfermeras que quieren participar en actividades de apoyo médico en países que necesitan ayuda, generalmente uniéndose a organizaciones no gubernamentales, deben tener comunicaciones para la comunicación en Inglés además del idioma oficial.

Estudiar a Nivel Maestría en Japón.

Las enfermeras japonesas que desean hacerse investigadoras, educadoras, o enfermeras certificadas deben pasar los exámenes de admisión, y el Inglés es requerido en todos los casos. Si asisten a una maestría, van a tener que leer muchos artículos escritos en Inglés, y a veces tendrán que escribir los suyos también en Inglés.

Desarrollo de Habilidades de Enfermería Clínica Avanzadas:

La tendencia hacia una enfermería con base en la evidencia incrementó la necesidad de que las enfermeras japonesas lean literatura de enfermería en Inglés. La investigación en enfermería es meta importante en Japón. Las enfermeras necesitan incrementar sus conocimientos y esto implica encontrar las fuentes de información correspondientes, las que en muchas ocasiones están escritas en Inglés. Esto involucra bases de datos de consulta, también en Inglés, conocimientos de computación, y otras destrezas cuya interfase está en Inglés (Anazawa, 2011).

Necesidad Percibida para que las Enfermeras Japonesas Aprenda Inglés: Una Encuesta:

Importancia de Investigar los Requerimientos de Enseñanza del Inglés para las Carreras de Enfermería:

Como se comentó anteriormente, para buscar metas de carrera o mejorar sus habilidades profesionales, las enfermeras necesitan un nivel suficiente de dominio del Inglés. Sin embargo, pocos lugares en Japón ofrecen programas continuos de educación del idioma Inglés. Pocos estudios se han enfocado sobre el desarrollo de las carreras de enfermería a partir de la perspectiva de la necesidad de educación continua en el idioma Inglés.

La educación primaria de enfermería tiene un rol significativo para dirigir las metas de carrera de los estudiantes, y la necesidad de reconocer la importancia de dominar el idioma Inglés, también es esencial. Por lo tanto se llevó a cabo una encuesta preliminar para clarificar cómo las enfermeras académicas japonesas perciben la necesidad de aprender Inglés en el contexto de las carreras de enfermería y evaluar la eficacia de introducir educación en el idioma Inglés desde la educación primaria.

Métodos:

Se obtuvieron las encuestas de 145 enfermeras académicas japonesas de Junio a Julio de 2009. Las encuestas fueron distribuidas por correo a 300, y la tasa de respuesta fue 48.3%. Los sujetos fueron aleatoriamente seleccionados. Las encuestas incluyeron cuestiones para investigar las percepciones sobre la necesidad de aprender Inglés para las carreras de enfermería (“¿con qué extensión piensa usted que aprender Inglés es necesario para una carrera de enfermería?”) e información de antecedentes sobre títulos, trabajos, grados académicos, experiencia profesional, y experiencia usando el Inglés para propósitos profesionales.

Se usó una escala Likert para investigar cómo las participantes percibían las necesidades de aprendizaje del idioma Inglés (5 = muy necesario a 1 = no necesario). Los datos fueron analizados usando estadísticas descriptivas. La encuesta y el cuestionario fueron en japonés.

A las participantes se les entregó una carta explicándoles sus derechos. Tuvieron la libertad de no responder y podían suspender en cualquier momento de la encuesta, y sus datos se mantuvieron en absoluta confidencialidad.

Resultados:

Entre los puestos de las respondientes se incluyeron profesor (n = 52, 36%), profesor asociado (n = 38, 26%), profesor asistente (n = 22, 21%), investigador asociado (n = 22, 15%), asistente (n = 1, 1%), y orador (n = 1, 1%). La mayoría de las respondientes tenía maestría (n = 79, 55%). Como se muestra en la tabla, aproximadamente la mitad de las respondientes tenían más de 10 años de experiencia de enseñanza, y más del 60% tenían menos de 10 años de experiencia clínica. Más del

70% de las respondientes habían usado el inglés durante sus actividades de investigación. Las académicas ampliamente percibieron que aprender Inglés es absolutamente necesario para una carrera de enfermería. Más de una cuarta parte de las respondientes reportaron una fuerte necesidad de aprender Inglés.

Tabla: Experiencia Profesional, Experiencia usando Inglés, y Necesidad Percibida de Aprender Inglés para el Desarrollo de la Carrera de acuerdo con Enfermeras Académicas:

Variable	n	%
Experiencia Profesional		
Enseñanza		
igual o mas de 10 años	75	51.7
menos de 10 años	67	46.2
no respuesta	3	2.1
Clínica		
igual o mas de 10 años	53	36.5
menos de 10 años	88	60.7
no respuesta	4	2.8
Experiencia usando Inglés para propósitos profesionales		
Investigación	102	70.3
Enseñanza	49	33.8
Presentaciones en conferencias internacionales	61	42.1
Percepción de la necesidad de aprender Inglés		
Muy necesario	38	26.2
Necesario	99	68.3
Le dá igual	7	4.8
Poco necesario	1	0.7
Innecesario	0	0

(n = 145)

Discusión:

Las académicas japonesas en su gran mayoría percibieron la necesidad de aprender Inglés. Con base en sus propias trayectorias de carrera, no es sorprendente que las respondientes consideraran que las enfermeras necesitan saber Inglés. Sin embargo, este es el primer estudio en que se exploran estas percepciones para una carrera específicamente de enfermería.

Los resultados, los cuales mostraron la necesidad de aprender Inglés para una carrera de enfermería, sugieren la importancia de incorporar cursos de Inglés en el posgrado. Estos programas deben enfatizar el desarrollo futuro de la carrera. Más investigación es necesaria para explorar cómo las enfermeras clínicas, especialmente las administradoras, perciben esta necesidad para entonces integrar estos programas de educación.

Las respondientes tenían más experiencia en enseñanza que en enfermería clínica. De las 145 respondientes, 102 reportaron usar el Inglés en sus actividades de investigación. Esto pudiera implicar que ellas perciben el Inglés como más importante para tareas académicas tales como escribir y leer artículos en Inglés, y menos importante para conversaciones con pacientes extranjeros. No obstante, hablar Inglés parece también ser importante, dadas las 61 académicas que indicaron presentar sus investigaciones en conferencias internacionales. Se necesita mayor investigación para evaluar cualitativamente y cuantitativamente las necesidades específicas de las académicas de enfermería con respecto a aprender Inglés para hacer avanzar sus carreras. Específicamente, es importante identificar las destrezas de Inglés particulares que son más necesarias para las varias situaciones. Los resultados serán útiles para las enfermeras japonesas que quieren estudiar inglés para avanzar en su desarrollo profesional.

Conclusión:

Este estudio evaluó las necesidades de aprendizaje del idioma Inglés en su asociación con el desarrollo de carrera de las enfermeras japonesas. Los resultados de las encuestas ayudaron a clarificar cómo las académicas japonesas perciben la importancia de aprender Inglés para las enfermeras que desean desarrollar sus carreras como investigadoras, enfermeras clínicas, y educadoras. Los hallazgos verificaron que las académicas de enfermería percibieron ampliamente que aprender Inglés es necesario para las enfermeras que buscan metas profesionales y subrayaron la necesidad de continuar la educación de este idioma.

Los hallazgos también indicaron una necesidad de más investigación sobre la necesidad de las académicas de enfermería de aprender Inglés. Evaluar las percepciones de las enfermeras clínicas, especialmente las administradoras, es un paso importante para introducir la educación en el idioma inglés para el desarrollo de carrera a nivel organizacional. Esto pudiera aplicarse también a los lugares de trabajo.

El conocimiento del Inglés beneficiará las carreras de las enfermeras japonesas de varias formas. Sin embargo, aprender Inglés es problemático para muchas enfermeras japonesas y puede constituir un obstáculo.

Referencias:

Anazawa, R. (2011). Kangoshino eigo bunken riyou to eigo gakusyu [English literature utilization and English learning for Japanese nurses]. *Japanese Journal of Child Nursing, Monthly*, 34(4), 508-509.

Japanese Ministry of Defense. (2010). Kango-kei daigakti-su no suii [Change in the number of nursing universales]. Retrieved from www.mod.go.jp/j/approach/hyouka/seisaku/results/22/cyukan/sankou703.pdf

Matsuda, M. (2009). Tokyo daigaku igaku-bu fuzoku byoin no kyo-uiku taisei no gaiyou to kyana radah [Review of staff education in University of Tokyo Hospital and career radar], *Japanese Journal of Clinical Nursing Monthly*, 35(5), 760-762.

Sakaguchi, M, (2000). Formation of career anchor and job characteristics of hospital nurses. *Bulletin of Wakayama Medical University Nursing College*, 3, 11-19.

Takita, Y. (2011). An attempt at training professional human resources: A case of National College of Nursing in Japan. *Research on Academic Degrees and University Evaluation*, 12, 105-113.

Uchida, Y., Nashiki, E., Kodama, S., Kawabata, Y, Suzuki, S., Taka-bayashi, Y, et al. (2009). Reaction and evaluation of geriatric certified nurse specialist training on hospital staff. *Kitakanto Medical Journal*, 59(1), 25-31.

Watanabe, Y. (1998). English needs analysis of clinical nurses. *Language Teacher*, 22(7), 29-37.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T50

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Colaboración Interdisciplinaria en Geriatría: Impulsando la Salud de los Adultos Mayores.

Young HM, Siegel EO, McCormick WC, Fulmer T, Harootyan LK, Dorr DA

Interdisciplinary collaboration in geriatrics: Advancing health for older adults.

Nurs Outlook 2011;59(4):243-50.

Colaboración Interdisciplinaria en Geriatría: Impulsando la Salud de los Adultos Mayores.

Interdisciplinary collaboration in geriatrics: Advancing health for older adults.

Heather M. Young, PhD, RN, FAAN; University of California Davis Health System.

Elena O. Siegel, PhD, RN; Betty Irene Moore School of Nursing, University of California, Davies.

Wayne C. McCormick, MD, MPH; Division of Gerontology and Geriatric Medicine, Department of Medicine, University of Washington school of Medicine.

Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN; College of Nursing, New York University.

Linda K. Harootyan, MSW; Professional Affairs, Gerontological Society of America.

David A. Dorr, MD, MS; Department of Medical Informatics and Clinical Epidemiology, Oregon Health & Science University.

Nursing Outlook 59 (2011).

Abstract:

El llamado para realizar investigación, educación y práctica interdisciplinarias está subrayado por el reconocimiento del potencial para generar soluciones creativas para los problemas complejos en el cuidado de la salud, y mejorar su calidad y efectividad. Con el envejecimiento de la población y los complejos asuntos relativos al cuidado de los adultos mayores, la colaboración interdisciplinaria es particularmente importante para el campo de la geriatría. Sin embargo, no obstante el interés en este acercamiento por varias décadas, la adopción de este paradigma ha sido lenta, y la diseminación no ha sido amplia. En este artículo se proporcionan ejemplos de iniciativas recientes y se presentan fuerzas, tanto impulsoras como limitantes, con respecto de la adopción de los acercamientos interdisciplinarios para la educación, investigación y la práctica.

Artículo:

Los equipos interdisciplinarios han ganado sustancial atención desde la década pasada como un mecanismo para promover y aumentar la provisión de cuidado de la salud y mejorar los resultados clínicos. En varios reportes recientes se enfatizó la importancia de los equipos multidisciplinarios altamente funcionales para asegurar una provisión de cuidado óptimo, incluyendo los reportes del *Institute of Medicine* sobre calidad de cuidado a largo plazo, *America que envejece, y el futuro de la enfermería*; el reporte sobre educación interprofesional de la *Josiah H. Macy Foundation*; y el reporte sobre cuidado primario del *New England Health Care Institute* (1-5). El trabajo de equipo interdisciplinario está reconocido como una competencia nuclear entre las profesiones de la salud, en el cuidado centrado en la persona/comunidad, en la práctica basada en la evidencia, en las

tecnologías de información, y en la calidad del cuidado (6-8). En la arena científica, el *National Institute of Health Roadmap* enfatiza que la investigación interdisciplinaria es esencial para resolver los problemas complejos del cuidado de la salud (9). Los *National Academies of Science* definieron la investigación interdisciplinaria como “un modo de investigación por equipos o individuos que integra información, datos, técnicas, herramientas, perspectivas, conceptos, y/o teorías de dos o más disciplinas o cuerpos de conocimiento especializados, para impulsar el entendimiento fundamental y resolver problemas cuyas soluciones están más allá del alcance de una sola disciplina o área de práctica de la investigación” (10). Esta definición es expandida en este artículo para incluir a la educación y la práctica.

En el reporte, *Retooling for an Aging America*, el *Institute of Medicine* proporcionó un mapa estratégico para lograr un cuidado seguro y de calidad para una nueva generación de adultos mayores (3). Esta recomendación responde al volumen y complejidad de las demandas de cuidado que retan tanto a las familias como a los profesionales del cuidado de la salud quienes manejan las condiciones agudas y crónicas de los adultos mayores. Cuando las necesidades son complejas, las familias batallan para manejar el cuidado diario. Los problemas derivados de los altos costos y su impacto negativo sobre la calidad de vida son comunes entre los adultos mayores, incluyendo eventos adversos por medicación, re-hospitalizaciones, y complicaciones asociadas con múltiples comorbilidades, especialmente demencia y depresión. Sin embargo, las iniciativas financiadas por fundaciones tanto federales como privadas que apoyan la educación, investigación, y práctica interdisciplinarias no han podido lograr cambios sustanciales y amplios en la forma en que este cuidado es provisto.

En general nuestro sistema de salud continua funcionando en silos para educar proveedores de cuidado, conducir investigación, y organizar y retribuir los servicios de cuidado de la salud. En este artículo se proveen ejemplos de recientes iniciativas nacionales seleccionadas que apoyan el cuidado interdisciplinario de los adultos mayores, y se subrayan las fuerzas subyacentes que contribuyen a su sustentabilidad a largo plazo.

Iniciativas Interdisciplinarias

Existen varios ejemplos de iniciativas interdisciplinarias en la investigación, educación, y práctica geriátrica (Tabla 1).

Tabla 1: Iniciativas Interdisciplinarias Geriátricas:

01: Building Interdisciplinary Geriatric Health Care Research Centers (RAND Corporation): Fase 1: 5 centros \$1.5 millones; fase 2: 7 centros \$2.5 millones.

Objetivos:

Crear infraestructura e incentivos para fomentar y facilitar la investigación interdisciplinaria a través de:

- a) Desarrollar intervenciones clínicas y de salud inovativas
- b) Educación, entrenamiento y tutoría a jóvenes investigadores.
- c) Identificar recursos y generar colaboración para fomentar la investigación sobre el envejecimiento.
- d) Proveer plataformas para atraer financiamiento.

02: Geriatric Interdisciplinary Teams in Practice (2000 -)

5 centros: \$7.3 millones:

www.jhartfound.org/program/tip.htm

www.caremanagementplus.org/

www.peacehealth.org/oregon/seniorhealth/

Objetivos:

a) Probar modelos innovativos de equipos de cuidado en sistemas de salud seleccionados.

03: Geriatric Interdisciplinary Team Training (1995-2005) 8 demostraciones y un centro nacional: \$ 13.3 millones

www.gittprogram.org

Objetivos:

a) Aumentar el entrenamiento interprofesional de los profesionales de la salud.

b) Crear modelos nacionales de entrenamiento que involucren sociedades entre proveedores reales de cuidado geriátrico y las instituciones educativas que proveen el entrenamiento.

c) Mejorar la responsividad académica al sistema de cuidado de la salud.

d) Desarrollar currículo académico interdisciplinario para geriatría.

e) Crear equipos de profesionales bien entrenados en gerontología y destrezas interdisciplinarias.

04: Programs for All-Inclusive Care of the Elderly (CMS), piloto fundado en 1971 con 2 programas actuales en 30 estados en 2009.

Objetivos:

a) Proveer manejo de caso a adultos mayores elegibles de Medicare/Medicaid usando un modelo interdisciplinario.

05: NYU3T: Teaching, Technology, and Teamwork (Macy Foundation) (2009-) (38) \$792,499

dei.med.nyu.edu/research/

Objetivos:

a) Crear un ambiente virtual y físico que apoye a médicos y enfermeras a trabajar juntos.

b) Desarrollar un currículo bien probado para el entrenamiento de equipos interdisciplinarios.

c) Validar nuevos métodos y tecnologías para enseñar a los profesionales de la salud.

d) Aumentar las competencias culturales de los estudiantes para manejar las disparidades en los diferentes escenarios de la salud.

e) Crear un conjunto de profesionales bien entrenados en destrezas de equipo interprofesionales.

La *John A. Hartford Foundation* ha hecho inversiones sustanciales para el cuidado interdisciplinario, financiando iniciativas en las áreas de educación, investigación y práctica. La *Geriatric Interdisciplinary Teams in Practice (GITP)* financió 5 sistemas de salud en el país para probar modelos de cuidado innovativos: 4 proyectos se enfocan hacia esfuerzos de equipo para mejorar el cuidado primario de los adultos mayores, y 1 proyecto se enfoca hacia el mejoramiento del cuidado luego de la alta del hospital. La *Care Management Plus* combina la colaboración interdisciplinaria con el apoyo informático para manejar enfermedades crónicas en establecimientos ambulatorios y ha demostrado mejorías en el cuidado tanto en la parte clínica como en la financiera (11-13). El *Senior Health Center Interdisciplinary Team* en *PeaceHealth Oregon* provee cuidado planeado y proactivo, apoyo para la toma de decisiones, auto-manejo, y coordinación del cuidado (14). Un subsecuente financiamiento por parte de la *John A. Hartford Foundation* se ha enfocado hacia diseminar estos modelos innovativos a través de programas tales como el *Geriatric Interdisciplinary Teams in Practice Dissemination*, y cientos de equipos adicionales han sido entrenados en modelos interdisciplinarios de cuidado. La iniciativa GITP demostró mejorías considerables en el manejo de las enfermedades crónicas, y en la satisfacción entre adultos mayores, así como en la satisfacción y eficiencia de los equipos de cuidado (12,13,15,16).

Además, hay muchas iniciativas multi-sitio que impulsan el cuidado interdisciplinario para los adultos mayores. Un excelente ejemplo es el *PACE (Programs for All-Inclusive Care of the Elderly)*, fundado por los *Centers for Medicaid and Medicaid Services*. Entre los resultados se incluyen: menores costos, menor utilización de hospitales y servicios de enfermería, mejoramiento en el estatus de salud, y menor mortalidad (17-19). La marca de clase de este programa es que se dirige a la población en riesgo identificando la complejidad de las necesidades. Una amplia adopción de este modelo ha estado limitada por la falta de financiamiento para su establecimiento (inicialmente impulsado por bonos) y la dificultad con la generación de una adecuada base de participantes, particularmente en las áreas rurales (2).

Las dos iniciativas principales de la *John A. Hartford Foundation* son la *Geriatric Interdisciplinary Team Training (UIT)* y la *Building Interdisciplinary Geriatric Care Research Centers* enfocadas hacia la creación de infraestructura e incentivos para la educación interdisciplinaria en más de una docena de instituciones. La evaluación formal de estas iniciativas indicó que, mientras estos programas lograron resultados positivos, la sustentabilidad y el crecimiento fueron vulnerables a muchos factores incluyendo el considerable tiempo y esfuerzo requerido para su implementación (20), y la necesidad de cambio en la cultura para diseñar los cursos y las experiencias (21). Además, en la evaluación se identificó que la institución académica tradicional los sistemas de recompensa no valúan las actividades interdisciplinarias como criterios para el avance profesional (20).

Otras innovaciones en colaboración interdisciplinaria están ocurriendo y parecen ser promesa para su aplicación en adultos mayores. El *NYU3T: Teaching, Technology, and Teamwork Project*, financiado por la *Josiah Macy Jr. Foundation* (22) ofrece educación interdisciplinaria sistemática en las áreas de cuidado basado en el equipo, incorporando aprendizajes en línea. La *Robert Wood Johnson's Interdisciplinary Nursing Quality Research Initiative* promueve soluciones basadas en el equipo para asuntos complejos de la salud, y la *Quality and Safety Education for Nurse Project* (23) busca enseñar colaboración a través de procesos educativos específicos dentro del currículo educativo.

Fuerzas impulsoras y limitaciones en la colaboración interprofesional.

Existen fuerzas impulsoras y limitantes potenciales en los reportes mencionados anteriormente. Este análisis se deriva del Lewin's Force-Field Análisis Framework (24), en el que se enfatiza el principio de que un cambio dado no ocurrirá hasta que las fuerzas impulsoras sean más fuertes que las fuerzas limitantes.

Fuerzas impulsoras: Adultos mayores y sus familias:

Los modelos de práctica interdisciplinaria más exitosos tienen una tendencia común en el sentido de que se enfocan hacia sub-grupos que comparten características de complejidad y riesgo. Por ejemplo, el trabajo de equipo interdisciplinario arroja fuertes resultados en los casos de los adultos mayores en riesgo de hospitalización, o en aquellos con una fuerte carga por enfermedades crónicas. La solución de problemas a través de acercamientos interdisciplinarios incrementa la habilidad del equipo para identificar opciones y establecer prioridades para las acciones que optimicen el cuidado de los individuos con complejas necesidades clínicas y sociales (25). Esto está todavía aumentado con el apoyo de los sistemas de información (12). Existe un creciente deseo de auto-dirección en el cuidado, y otros adultos mayores y sus familias sufren cuando hay una falta de coordinación del cuidado entre los proveedores (26,27).

Fuerzas impulsoras: Organizaciones Profesionales.

Dentro de las organizaciones profesionales, hay un reciente énfasis sobre la educación, la investigación, y la práctica interprofesionales, así como un enfoque hacia la identificación de las competencias interprofesionales. En respuesta al reporte *IOM, Retooling for an Aging America* (2), la *American Geriatric Society* convino una sociedad con la *Partnership for Health in Aging*, una coalición de más de 20 organizaciones representando profesionales del cuidado de la salud de los adultos mayores. Este grupo de trabajo desarrolló un conjunto de competencias nucleares para el cuidado de los adultos mayores que cubre 6 dominios: promoción de la salud y seguridad; evaluación; planeación y coordinación del espectro del cuidado; cuidado de equipo interdisciplinario; apoyo al proveedor del cuidado; sistemas de cuidado y beneficios (28). Este esfuerzo establece una base común para educar a la fuerza laboral del cuidado geriátrico para una práctica colaborativa efectiva.

Fuerza impulsoras: Negocios:

Los movimientos en pro de la calidad y la seguridad han impulsado también la necesidad de establecer una colaboración interprofesional para mejorar los resultados y prevenir los eventos adversos. La comunicación de equipo abierta y constructiva y una cultura de seguridad reducen el daño a los pacientes (29). Varios estudios han mostrado que el mejoramiento en la comunicación de equipo mejora los resultados, incluyendo la mortalidad, en los pacientes con muchas necesidades (30,31). La práctica de equipo con roles claramente definidos (como en el caso del *Care Management Plus* (11), una de las iniciativas dentro de la GITP) resulta en un cuidado eficiente y efectivo, optimizando las contribuciones de cada profesión y reduciendo los costos. Ahora se requiere que los modelos de cuidado satisfagan la creciente demanda de cuidado para los adultos mayores, particularmente en los establecimientos de la comunidad donde la escasez de fuerza laboral y la mala

preparación de ésta son prevalentes (2,32,33). Estas fuerzas económicas, tanto en términos de eficiencias y de evitar altos costos, impulsarán las decisiones de negocios que involucren un mezcla óptima de profesionales para proveer cuidado.

Fuerzas limitantes: Falta de experiencia:

Competencias en comunicación, trabajo de equipo, y resolución de conflictos son necesarias para un buen funcionamiento de equipos; pero falta desarrollar éstas destrezas. En respuesta a esta brecha en la preparación, la Health Resources and Services Administration convino un comité transdisciplinario para desarrollar consenso entre las competencias interprofesionales. Este comité recomendó cuidado centrado en el paciente la familia y la comunidad, funciones de equipo interprofesional, mejoramiento de la calidad, informática, y práctica basada en la evidencia coo competencias nucleares, y propuso una serie de conocimientos y habilidades sobre estas 5 competencias que pueden servir como impulso principal para las profesiones participantes en la práctica colaborativa (36).

El cuidado de calidad para los adultos mayores depende de competencia en geriatría. Actualmente, una pequeña proporción de los profesionales al cuidado de la salud son expertos en geriatría, con menos de 4% de clínicos en medicina, enfermería, farmacéutica, y trabajo social con certificados en geriatría (4). Muchas herramientas, recursos, y estrategias educacionales han sido desarrolladas para incrementar la capacidad de los profesionales de la salud al cuidado de los adultos mayores; el siguiente paso crítico es integrar estos recursos dentro del currículo educativo entre todas las áreas de especialidad, de tal forma que el conocimiento fundamental sobre el cuidado de los adultos mayores se propague más ampliamente. Es claro que el número de especialistas en geriatría es inadecuado para la creciente necesidad, por lo tanto se necesitan estrategias que integren estos recursos y conocimientos de forma creativa para poder integrar equipo capaces, así como para generar investigación. Aún cuando un equipo tiene la capacidad para trabajar juntos, sin la experiencia geriátrica, el potencial completo del equipo está limitado. La convergencia de estas dos áreas es una poderosa fuerza limitante.

Fuerzas limitantes: Silos Culturales:

Los profesionales de la salud son tradicionalmente educados aislados unos de otros, sin mucho entendimiento de las perspectivas de sus colegas en las otras profesiones. Trabajar de forma interdisciplinaria requiere una voluntad de ser abierto a perspectivas alternativas así como para cambios, y un deseo de integrarse en los esfuerzos requeridos para generar entendimiento. También requiere ser capaz de articular el rol propio dentro del equipo e impulsar sus dinámicas. En relación al entrenamiento del equipo geriátrico, los asuntos prácticos contribuyen a la dificultad para lograr colaboración interprofesional, incluyendo la integración de distintos niveles de experiencia y entrenamiento (21). Aún más, ciertos asuntos subrayan la polarización entre profesionales – por ejemplo el actual debate sobre el rol de las enfermeras de la práctica avanzada en el cuidado de la salud del mañana (37). Además, a nivel de carrera, el avance académico tradicional es la recompensa de logros individuales y no de actividades basadas en el trabajo de equipo (20).

Fuerzas Limitantes: Infraestructura Académica Existente:

Las barreras estructurales, sociales, y físicas impiden una colaboración amplia. La barrera más citada para una educación interprofesional es la diferencia en los horarios de los currículos educativos, así como en los niveles de experiencia clínica específica óptima para diversas situaciones (21). Afortunadamente, hay tecnologías prometedoras que pueden ayudar en este sentido (38). Cuando los currículos son desarrollados en paralelo sin una integración intencional, numerosas barreras surgen entre los diversos programas. Los modelos académicos tradicionales no siempre apoyan la educación interprofesional, particularmente cuando los presupuestos son estrechos, y se requiere tiempo adicional para la planeación, el desarrollo de académicos, y la enseñanza especializada (39). En la Universidad de California en Davies, con el lanzamiento de la *Betty Irene Moore School of Nursing*, los líderes están identificando las barreras estructurales y culturales como un proceso vital para poder promover la educación interprofesional (40).

Fuerzas Limitantes: Reembolso:

El actual reembolso por servicios de cuidado de la salud favorece el cuidado provisto por hospitales y médicos en clínicas ambulatorias pero pudiera no fomentar la innovación. No hay códigos de reembolso para muchos servicios de cuidado de equipo, y los mayores costos de trabajo de equipo interdisciplinario asociados con la comunicación y la coordinación no son reembolsados (2).

Conclusiones:

Cambios significativos son requeridos en muchos niveles para promover los acercamientos interdisciplinarios para la práctica, la investigación, y la educación para fortificar las fuerzas impulsoras y reducir las fuerzas limitantes. Debido a la complejidad de las múltiples comorbilidades y a la constelación de necesidades sociales y de la salud, el cuidado de los adultos mayores es un área ideal para desarrollar, probar e impulsar modelos de cuidado interdisciplinario. El actual ambiente político provee un substrato para llevar las innovaciones prometedoras hacia una escala más amplia.

La PPACA incluye provisiones para promover innovación, particularmente para las poblaciones con más riesgo. La PPACA también identifica la necesidad de preparar la fuerza de trabajo necesaria, lo que resultará en nuevas oportunidades profesionales. Diversos mecanismos de financiamiento también pudieran promover una innovación futura en la investigación, la práctica, y la educación. El mapa de los *National Institutes of Health* enfatiza la necesidad de una investigación interdisciplinaria. Casi 50 centros especializados han sido establecidos para promover la aplicación de conocimiento en la práctica, con la expectativa de integrar la colaboración interdisciplinaria.

Una reciente revisión de la base de datos Cochrane reveló el estado naciente de la investigación sobre la práctica y la educación interprofesional, identificando solamente algunos estudios entre una variedad de poblaciones con evidencia conclusiva insuficiente, particularmente con respecto de los resultados (41). Sin el establecimiento amplio de la innovación interdisciplinaria, junto con una evaluación rigurosa, el entendimiento de la efectividad comparativa y de los factores contribuyentes con la sustentabilidad está limitado. La colaboración interdisciplinaria pudiera ser impulsada por investigación

que ayude a promover las fuerzas impulsoras y a debilitar las fuerzas limitantes. Así que hay una necesidad crítica de investigación sobre educación, investigación y práctica interprofesionales en el área del cuidado de los adultos mayores. En conclusión, la geriatría es un campo ideal para la colaboración interprofesional, dada la complejidad de los adultos mayores, su salud, y las circunstancias sociales.

Referencias:

1. Institute of Medicine. *Improving the Quality of Long-Term Care*. Washington, DC: Institute of Medicine; 2001.
2. Institute of Medicine. *Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce*. Washington, DC: Institute of Medicine; 2008.
3. Institute of Medicine. *Initiative on the Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: Institute of Medicine; 2010.
4. Macy Foundation. *Educating Nurses and Physicians: Toward New Horizons*. 2010. Available at: [http://www.macyfoundation.org/docs/macy_pubs/JMF_Carnegie_Summary_WebVersion_\(3\).pdf](http://www.macyfoundation.org/docs/macy_pubs/JMF_Carnegie_Summary_WebVersion_(3).pdf). Accessed December 9, 2010.
5. New England Healthcare Institute. *Remaking Primary Care: A Framework for the Future*. 2010. Available at: http://www.nehi.net/publications/45/remaking_primary_care_a_framework_for_the_future.
6. Cronenwett L, Dzau V. Cochairs summary of the conference. In: Culliton B, Russell S, editors. *Who Will Provide Primary Care and How Will They Be Trained?* New York, NY: Josiah Macy, Jr. Foundation; 2010.
7. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective Interprofessional Education: Development, Delivery, and Evaluation*. New York, NY: Wiley-Blackwell; 2005.
8. Meads G, Ashcroft J. *The Case for Interprofessional Collaboration: In Health and Social Care*. New York, NY: Wiley-Blackwell; 2005.
9. National Institutes of Health. *NIH roadmap*. 2010. Available at: <http://nihroadmap.nih.gov/interdisciplinary/>. Accessed December 9, 2010.
10. Committee on Facilitating Interdisciplinary Research CoS, Engineering, and Public Policy. *Facilitating Interdisciplinary Research*. Washington, DC: National Academies; 2004.
11. Dorr D. *Care Management Plus*. 2010. Available at: <http://caremanagementplus.org/>. Accessed December 18, 2010.
12. Dorr D, Wilcox A, Brunner C, Burdon R, Donnelly S. The effect of technology supported, multidisease care management on the mortality and hospitalization of seniors. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2195-202.
13. Dorr D, Wilcox A, Donnelly S, Burns L, Claytor P. Impact of generalist care managers on patients with diabetes. *Health Serv Res* 2005;40:1400-21.
14. Stock R. *The TEAM Measure*. 2007. Available at: <http://www.peacehealth.org/Oregon/SeniorHealth/TeamMeasure/>. Accessed December 18, 2010.

15. Wilcox A, Dorr D, Bums L, Jones S, Poli J, Brunker C. Physician perspectives of nurse care management located in primary care clinics. *Care Manag J* 2007;8:58-63.
16. Dorr D, Wilcox A, McConnell K, Bums L, Brunker C. Productivity Enhancement for Primary Care Providers Using Multicondition Care Management. *Am J Manag Care* 2007;13:22-8.
17. Abt Associates, White A, Abel Y, Kidder D. Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly Demonstration: A Comparison of the PACE Capitation Rates to Projected Costs in the First Year of Enrollment. (report prepared for the Health Care Financing Administration, October 27, 2000). Available at: <http://www.cms.gov/PACE/Downloads/abtreport.pdg>. Accessed June 7, 2011.
18. Abt Associates. Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly Demonstration: The Impact of PACE on Participant Outcomes. (report prepared for the Health Care Financing Administration, July, 1998). Available at: http://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/PACE_Outcomes.pdf. Accessed June 7, 2011.
19. Beauchamp J, Cheh V, Schmitz R, Kemper P, Hall J. The Effect of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) on Quality. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc; 2008.
20. Wetle T. Developing Interdisciplinary Research Centers for Improving Geriatric Health Care: Lessons from a John A. Hartford Foundation Initiative. New York, NY: The John A. Hartford Foundation; 2009.
21. Reuben D, Levy-Storms L, Yee M, et al. Disciplinary split: A Threat to geriatrics interdisciplinary team training. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1000-6.
22. Zierler B, Ross B, Liner D. The Macy Interprofessional Collaborative Project. *J Allied Health* 2010;39:131-2E.
23. Crownwett L, Sherwood G, Gelmon S. Improving quality and safety education: the QSEN learning collaborative. *Nurs Outlook* 2009;57:304-12.
24. Lewin K. *Field Theory in Social Science: Selected Papers*. New York, NY: Harper; 1951.
25. Stock R, Mahoney E, Reece D, Cesado L. Developing a senior healthcare practice using the chronic care model: effect on physical function and health-related quality of life. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1342-8.
26. Coleman E. Falling Through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:549-55.
27. Parry C, Coleman E. Active roles for older adults in navigating care transitions: lessons learned from the care transitions intervention. *Open Longevity Sci* 2010;4:43-50.
28. Partnership for Health in Aging. *Multidisciplinary Competencies in the Care of Older Adults at the Completion of the Entry-level Health Professional Degree*. 2010. Available at: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/health_care_pros/PHA_Multidisc_Compencies.pdf. Accessed December 9, 2010.
29. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality Saf Health Care* 2004;13:i85-90.

30. Curry L, Spatz E, Cherlin E, et al. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates?: a qualitative study. *Ann Intern Med* 2011;154:384-90.
31. Schramm G, Kashyap R, Mullon J, Gajic O, Afessa B. Septic shock: a multidisciplinary response team and weekly feedback to clinicians improve the process of care and mortality. *Crit Care Med* 2011; 39:252-8.
32. Reinhard S, Young H. The nursing workforce in long term care. *Nurs Clinics N Am* 2009;44:161-8.
33. Young H. Challenges and solutions in care of frail older adults. *Online J Issues Nurs* 2003;8: Manuscript 4.
34. Segal M. Quality/cost initiative of PPACA: an evolution in healthcare delivery? *J Med Pract Manage* 2010;26: 106-8.
35. Nandiwada D, Dang-Vu C. Transdisciplinary health care education: training team players. *J Health Care Poor Underserved* 2010;21:26-34.
36. Health Resources and Services Administration. Consensus Outcomes from the 2010 All-Advisory Committee Meeting: Interprofessional Competencies. 2010. Available at: <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpraac/meetings/2010/2010consensus.pdf>. Accessed March 15, 2011.
37. Fairman J, Rowe J, Hassmiller S, Shalala D. Broadening the scope of nursing practice. *N Engl J Med* 2011;364: 193-6.
38. Trióla M, Fulmer T. NYU3T: Teaching, Technology, Teamwork. 2010, Available at: <http://dei.med.nyu.edu/research/nyu3t>. Accessed December 9, 2010.
39. Mitchell P, Belza B, Schaad D, et al. Working across the boundaries of health professions disciplines in education, research, and service: The University of Washington experience. *Acad Med* 2006;81:391-896.
40. Pomeroy C. Leading Culture Change in Academic Medicine Panel. AAMC Council of Deans Meeting. Chicago, IL: AAMC; 2011.
41. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;23:CD002213.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T51**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Violencia Laboral contra Enfermeras y Estudiantes de Enfermería: una Experiencia Italiana

Magnavita N, Heponiemi T.

Workplace Violence Against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience.

J Nurs Scholarsh. 2011 Jun;43(2):203-10.

Violencia Laboral contra Enfermeras y Estudiantes de Enfermería: una Experiencia Italiana.

Workplace Violence Against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience.

Nicola Magnavita, MD; Confirmed Researcher, Institute of Occupational Medicine, Catholic University of Medicine, Rome, Italy.

Tarja Heponiemi, PhD; Researcher, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland.

Abstract:

Antecedentes:

Las enfermeras y los estudiantes de enfermería están expuestos a violencia en el lugar de trabajo.

Objetivos:

Comparar las características y efectos de la violencia contra enfermeras y estudiantes de enfermería para evaluar el fenómeno y diseñar acciones preventivas.

Métodos:

Una encuesta retrospectiva fue llevada a cabo en 3 escuelas de enfermería italianas. Al final de una clase, 346 de 349 estudiantes estuvieron de acuerdo en llenar un cuestionario que incluyó reactivos relativos a los dominios de violencia, salud mental, estrés laboral, y justicia organizacional. Estos datos fueron comparados con los datos de un grupo de 24 enfermeras de un hospital general.

Resultados: La prevalencia de sujetos que reportaron por lo menos un incidente de violencia física o verbal durante su actividad en establecimientos clínicos fue de 43% para el caso de las enfermeras, y 34% para el caso de los estudiantes de enfermería. Las enfermeras reportaron más asaltos físicos (odds ratio 2.89, CI95% 1.39-6.18), más amenazas (odds ratio 2.84, CI95% 1.39-5.79), y más acoso sexual (odds ratio 2.30, CI95% 1.15-5.54) durante los previos 12 meses, en comparación con los estudiantes de enfermería. Las enfermeras fueron más frecuentemente agredidas por pacientes o sus familiares (violencia "externa"). La violencia verbal estuvo asociada con altos niveles de problemas psicológicos – esto fue medido a través de la versión de 12 reactivos del General Health Questionnaire, tanto en estudiantes como en enfermeras. La violencia verbal también estuvo asociada con altos niveles de estrés laboral, menor apoyo social, y menor justicia organizacional percibida.

Conclusiones:

Acciones preventivas son urgentes para controlar la violencia paciente-enfermera y enfermera-enfermera en los establecimientos clínicos.

Relevancia Clínica:

No solamente las enfermeras, sino también los estudiantes de enfermería, se podrían beneficiar de los programas multi-nivel sobre prevención de la violencia.

Artículo:

La violencia laboral, definida como actos violentos dirigidos hacia trabajadores, incluye agresión física, amenazas de agresión, abuso verbal, y acoso sexual, y está ampliamente reconocida como generador de consecuencias negativas para la salud y seguridad de los trabajadores. En este sentido, se sabe que las enfermeras tienen muy alto riesgo de sufrir violencia (Gacki-Smith et al., 2009). Reducir los episodios de violencia contra enfermeras es una prioridad de la salud reconocida por la World Health Organization, la International Council of Nurses, y la Public Services International, no obstante, parece que la violencia contra las enfermeras ha seguido aumentando (Kuehn, 2010).

Los estudiantes de enfermería también están expuestos a violencia laboral durante su entrenamiento en los establecimientos clínicos. En universidades italianas, los estudiantes de enfermería llevan a cabo sus prácticas en diversas áreas hospitalarias en las que tienen riesgo de sufrir violencia (Arnetz et al., 1996; Ferns & Meerebeau, 2008). En la literatura existen diversos estudios que revelan que los estudiantes de enfermería están expuestos a violencia lateral y vertical de parte de otros trabajadores de la salud (Celik & Bayraktar, 2004; Grenada & McDonald, 1995) y que, de hecho, comúnmente experimentan violencia verbal durante su colocación (Celebioglu, Akpınar, Kucukoglu & Engrin, 2010; Curtis, Bowen & Reid, 2007).

La violencia en el sitio de trabajo de la salud está muy sub-reportada (Ferns, 2006). Las enfermeras frecuentemente no reportan actos de violencia por parte de los pacientes por que tienden a aceptar que eso es "parte del trabajo," pero además, tampoco reportan violencia por parte de sus colegas o superiores. La violencia pudiera no identificarse como un problema hasta que ocurre un incidente crítico, y en este sentido, la violencia física está mucho menos documentada (Flannery, Hanson, & Penk, 1995); pero, la violencia verbal pudiera tener consecuencias igualmente o más peligrosas (Berberich, et al., 2004). En una revisión sistemática de estudios sobre agresión se mostró que a pesar de diversas diferencias en la cultura, los diseños de investigación, y los establecimientos clínicos, las respuestas de las enfermeras ante las agresiones son bastante similares e incluyen enojo, miedo, ansiedad, culpa, auto-acusación, y pena (Needham et al., 2005). Estos efectos psicológicos pueden persistir por meses o incluso años luego del evento original y afectar significativamente la salud mental de las víctimas (Gerberich et al., 2004).

Nosotros creemos que no hay estudios previos en los que se investigue la violencia en el sitio de trabajo perpetuada contra los estudiantes de enfermería en Italia, y ningún estudio en el que se compare la experiencia de las enfermeras y los

estudiantes. Esta investigación tiene el objetivo de evaluar la extensión de la percepción de maltrato (incluyendo violencia física, verbal y psicológica, así como por acoso sexual) y sus efectos sobre estudiantes de enfermería en 3 universidades italianas, en comparación con enfermeras de un hospital general. Incluimos en el análisis las asociaciones de este fenómeno con problemas psicológicos, justicia organizacional, estrés laboral, y apoyo social.

Materiales y Métodos:

Sujetos: Al final una clase, estudiantes de enfermería tomando cursos en 3 universidades italianas (Catholic University of Rome, la Sapienza University of Civitavecchia, y la Poliambulanza of Brescia) fueron invitados a completar anónimamente un cuestionario relativo a su experiencia sobre violencia en sus lugares de trabajo. De 349 estudiantes, 346 estuvieron de acuerdo en participar. El grupo de comparación se formó con enfermeras de un hospital general que fueron invitadas a formar parte del estudio; y de las 292 contactadas, 275 estuvieron de acuerdo en participar. La distribución de género fue equivalente entre los dos grupos. En la tabla 1 se muestran las características generales de la muestra. El Catholic University of Rome Institucional Ethics Comité dio la aprobación ética para llevar a cabo esta investigación.

Cuestionario:

En el cuestionario se incluyeron reactivos relativos a dominios sobre violencia, salud mental, estrés laboral, y justicia organizacional. Para garantizar la confidencialidad y el anonimato, los datos demográficos estuvieron limitados a género y edad. El estado de salud fue evaluado mediante un solo reactivo Likert de 1 = Tengo serios problemas, a 5 = Tengo buena salud.

Usando la versión italiana del Violet Incident Form, un cuestionario validado propuesto por Arnetz para el registro de incidentes violentos en el ambiente laboral del cuidado de la salud (Arnetz, 1998) y previamente usado en otros estudios italianos (Magnavita, 1998, Magnavita & Bergamischi, 2008b; Papalia & Magnavita, 2003), a los respondientes les pidió además describir el episodio de abuso más violento (haciendo una distinción entre violencia física y no física). En el cuestionario se abordaron dominios sobre el perpetrador (sexo, edad, estatus), la situación que precedió al incidente, el tipo de agresión, las acciones tomadas por la víctima, y las consecuencias del incidente. Este cuestionario cuenta con un coeficiente prueba post-prueba de Spearman-Brown para 1 mes de 0.91. si hizo una distinción entre la violencia externa y la interna, esto es, entre agresión perpetrada por pacientes y/o sus familiares, y la agresión perpetrada por colegas, maestros, superiores y otros trabajadores.

La salud mental fue evaluada mediante la versión de 12 reactivos del General Health Questionnaire (GHQ-12; Goldberg, 1978) en su versión italiana (Magnavita et al., 2008). Usando una puntuación Likert de 1 a 4 creamos una variable "problemas psicológicos." El coeficiente de confiabilidad (alfa Cronbach) resultó de 0.83. El estrés laboral fue estimado mediante el modelo Karasek (Karasek, Choi, Ostergren, Ferrario, & De Smet, 2007). El cuestionario de 17 reactivos se constituyó de 3 escalas identificadas como "demanda laboral psicológica", "control laboral" y "apoyo social en el lugar de trabajo." La escala demanda laboral psicológica se formó con 5 reactivos incluyendo "¿tiene usted que trabajar muy rápido?" La escala control laboral se formó con 6 reactivos incluyendo "¿Tiene la oportunidad de aprender cosas nuevas en el trabajo?" La escala apoyo social en el lugar de trabajo se formó con 6 reactivos incluyendo "¿Hay una atmósfera calmada y placentera en su trabajo?" Los reactivos de las primeras dos escalas fueron calificados de 1 = nunca hasta 4 = frecuentemente. La tercera escala

fue calificada de 1 = fuerte desacuerdo a 4 = muy de acuerdo. El estrés laboral fue calculado como un radio ponderado entre las escalas demanda y control laborales. La confiabilidad de las escalas en nuestra muestra fue de 0.76 para demanda laboral, 0.58 para control laboral, y 0.84 para apoyo social (Magnavita, 2007). El estrés laboral y el apoyo social fueron transformados en variables continuas.

El nivel de justicia percibido en el trabajo fue evaluado mediante el Justice Measurement Questionnaire (colquitt, 2001). Esta es una medida indirecta que refleja diferentes componentes sobre procedimiento, distribución, interpersonales, e informativos, relativos a la justicia organizacional percibida. El cuestionario consiste de 20 reactivos, que se gradúan de 1 = con mínima extensión, hasta 5 = con gran extensión. En nuestra muestra, la confiabilidad del cuestionario resultó en alfa = 0.87. En el estudio de validación de la versión italiana, este coeficiente fue de 0.92 (Magnavita & Bergamaschi, 2008^a).

Estadísticas:

Se usó el paquete PASW-SPSS 17.0. La diferencias entre estudiantes de enfermería y enfermeras fue analizada usando la prueba t para los valores normalmente distribuidos, la prueba U de Mann-Whitney para las variables no paramétricas, y la prueba chi cuadrada para comparar porcentajes. Elegimos el nivel de significancia estadística como $p < .01$.

También aplicamos regresión logística multi-variada fue usada para comparar las tasas de agresión de enfermeras y estudiantes de enfermería, considerando edad, género, y estado de salud. En este análisis, cada variable dicotómica fue considerada como dependiente. Se calcularon los odds ratios y sus intervalos de confianza a 95% Estudiamos los efectos de la violencia sobre variables continuas (problemas psicológicos, estrés laboral, apoyo social, justicia organizacional mediante regresión lineal. El mismo análisis fue repetido separadamente para enfermeras y estudiantes de enfermería. Finalmente, comparamos los efectos de la violencia externa e interna sobre la variable psicosocial usando la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados:

Entre los resultados se encuentran los siguientes:

Las características de los grupos de enfermeras y estudiantes de enfermería se muestran en la Tabla 1. Los estudiantes de enfermería reportaron mayores puntuaciones en justicia percibida y problemas psicológicos que las enfermeras, pero reportaron menores puntuaciones en apoyo social. También los estudiantes de enfermería reportaron mayor demanda psicológica y mayor control laboral que las enfermeras. El estrés laboral no difirió significativamente entre los dos grupos.

Las enfermeras reportaron más agresiones, amenazas, y episodios de acoso sexual que los estudiantes. 13.4% de las enfermeras reportaron por lo menos una agresión física durante al año previo, mientras 6.6% entre estudiantes. Las amenazas y el abuso sexual o verbal fueron más prevalentes que los asaltos. 42.5% de las enfermeras y 34.1% de las estudiantes de enfermería habían experimentado por lo menos 1 episodio de violencia en el lugar de trabajo.

Los perpetradores fueron predominantemente masculinos (75%), y las víctimas de acoso sexual predominantemente mujeres (88%) (Tabla 2). Aunque la mayoría de las agresiones no causaron daños físicos, las víctimas reportaron consecuencias relevantes incluyendo miedo, ansiedad, decepción, y vulnerabilidad (Tabla 2).

Las enfermeras estuvieron prevalentemente expuestas a violencia “externa” , es decir a violencia física o verbal de pacientes o sus familiares (94% y 71% respectivamente), mientras los estudiantes frecuentemente reportaron violencia tanto verbal como física de parte de colegas, maestros, médicos, y supervisores (tabla 2).

Como resultado de la agresión no física, los estudiantes de enfermería se sintieron más frecuentemente humillados ($\chi^2 = 13.7$; $p < .001$), pensaban que no tenían la razón ($\chi^2 = 16.3$; $p < .001$), aceptaron que tenían que cambiar su comportamiento ($\chi^2 = 8.1$; $p < .004$), y frecuentemente sentían deseos de venganza ($\chi^2 = 13.7$; $p < .001$). Las enfermeras abusadas frecuentemente consideraron cambiar de profesión ($\chi^2 = 9.1$; $p < .003$) (tabla 2).

Los odds ratios ajustados por edad, género, y estatus de salud fueron significativamente mayores en las enfermeras que en los estudiantes de enfermería con respecto a las agresiones físicas (OR 2.89, 95%CI 1.35-6.18), amenazas (OR 2.84; 95%CI 1.39-5.79), y acoso sexual (OR 2.53; 95%CI 1.15-5.54). La violencia verbal estuvo asociada con mayores puntuaciones en problemas psicológicos, menores niveles de justicia percibida, mayores niveles de estrés laboral, y menores niveles de apoyo social (tabla 3 y tabla 4).

Los resultados de la violencia estuvieron influidos por el tipo de perpetrador. Una comparación de sujetos quienes habían experimentado agresiones físicas por parte de colegas laborales ($n = 27$) con aquellos que sufrieron esta forma de violencia por parte de pacientes y/o sus familiares mostró que los primeros tuvieron puntuaciones mayores en problemas psicológicos (medias 27.2 y 23.2 con prueba U de Mann-Whitney = .001), y puntuaciones menores en apoyo social (medias 17.2 y 19.4 $p = .006$).

Discusión:

Este estudio aporta a la literatura que apoya la noción de que las enfermeras y las estudiantes de enfermería sufren de abusos y que esto tiene efectos detrimentales. Nosotros encontramos que enfermeras y estudiantes de enfermería que experimentaron violencia verbal en los establecimientos clínicos tuvieron menores niveles de justicia organizacional percibida, así como de apoyo social, mayores niveles de estrés relacionado con el trabajo, y más problemas psicológicos. La asociación entre violencia verbal en el sitio de trabajo y altos niveles de problemas psicológicos, baja justicia organizacional percibida, altos niveles de estrés laboral, y bajo apoyo social, fue más fuerte y más significativa en los estudiantes de enfermería en comparación con las enfermeras. La razón de esta sensibilidad incrementada en los estudiantes pudiera encontrarse en que su relación con el trabajo está mediada principalmente por enfermeras con experiencia y por tutores. Los estudiantes no tienen un rol social bien definido y aprobado, un salario, una carrera y un enlace estable con un tipo específico de trabajo de enfermería. Por esta razón, el abuso verbal puede fácilmente afectar su auto-estima y moral.

Este hallazgo es particularmente alarmante por su potencial impacto sobre futuras destrezas profesionales. La percepción de aislamiento, estrés, e injusticia organizacional que nosotros observamos en estudiantes expuestos a violencia en

el sitio de trabajo pudiera afectar la forma en la cual ellos harán su trabajo en el futuro. Educar con violencia pudiera perpetuar la violencia en el lugar de trabajo.

Nuestro estudio confirma que el abuso no físico puede generar afectos psicológicos aún más severos que la agresión física, y se ha observado que estos efectos, incluyendo enojo, ansiedad, y culpa, pueden persistir por meses o incluso años (Rippon, 2000).

La mayoría de las agresiones físicas y una buena proporción de los asaltos verbales experimentados por personal clínico son el resultado de interacciones con pacientes y generalmente considerados asuntos clínicos que surgen del cuidado de pacientes. Entrenar trabajadores en buenas prácticas de trabajo y métodos alternativos de resolver disputas es generalmente visto como una forma de reducir la probabilidad de que sucedan este tipo de agresiones (Hodgson et al., 2004; Nau, Halfens, Needham, & Dassen, 2010), especialmente si esto está acompañado por medidas de seguridad organizacionales y ambientales (Magnavita, 2009). El trabajo de equipo y un lugar de trabajo que apoya también han mostrado mitigar la violencia laboral (Hegney, Tuckett, Parker, & Eley, 2010).

En nuestro estudio, sin embargo, una buena proporción de la violencia encontrada por enfermeras y estudiantes de enfermería en el establecimiento clínico es perpetrada por otros trabajadores de la salud (violencia "interna"). Pudieran encontrarse dos patrones distintos de violencia interna: lateral (Longo, 2007) y vertical (Thomas & Burk, 2009). La violencia lateral enfermera-enfermera se refiere al comportamiento abusivo entre co-trabajadores de estatus similar. Puede ser directa, o sutil, y puede persistir in-detectada en el lugar de trabajo (Hutchinson, Vickers, Jackson, & Wilkes, 2006). La violencia vertical es un término usado para descubrir la forma en que un colega con más tiempo se comporta hacia su subordinado. En el establecimiento clínico, muchas enfermeras en entrenamiento, aspa como enfermeras recién graduadas pudieran sentirse apenadas, intimidadas, y humilladas por sus maestros, los médicos, u otros colegas.

En nuestro estudio, la violencia interna pareción tener efectos más severos que la violencia externa, especialmente entre las estudiantes de enfermería. Un trato injusto pudiera generar enojo el cual generalmente es reprimido. Se ha observado que los estudiantes que no perciben que ellos pudieran exitosamente confrontar al personal con respecto de su comportamiento, son incapaces de dar salida a su enojo, y frecuentemente lo "rumian" durante prolongados períodos de tiempo (Thomas & Buró, 2009). El enojo reprimido es una bien conocida causa de problemas psicológicos y de comportamiento. Para prevenir este tipo de comportamiento violento, las medidas tradicionales tales como el desarrollo de destrezas de seguridad y políticas correspondientes pudieran no ser suficientes. Esto por lo tanto, debe ser integrado con una intervención específica dirigida hacia las causas de raíz.

Una crítica común hacia los estudios sobre violencia en el sitio de trabajo es la baja tasa de respuesta. Los sujetos abusados pudieran tener mayor probabilidad de responder a las encuestas en un esfuerzo por ventilar frustración o proveer sugerencias para disminuir el abuso, y en este proceso "tendencia" los hallazgos. También pudiera haber una tendencia en la selección, como en el estudio europeo NEXO, en el ca hubo una prevalencia desproporcionada de enfermeros italianos (Camerino, Estry-Behar, Conway, van Der Heijden, & Hasselhorn, 2008). El presente estudio tuvo una alta tasa de participación (94% de las enfermeras y 99% de los estudiantes de enfermería) comparado con otros estudios similares, 24% (Gascon et al., 2009), 33% (winstanley & Whittington, 2004), 36% (Hodgson et al., 2004), lo que implica que nuestros resultados pudieran ser mas confiables. Sin embargo, a pesar de que este estudio fue conducido en múltiples sitios y con una muestra grande, sus resultados no pueden ser generalizados a todos los hospitales y escuelas de enfermería.

Conclusiones:

Nuestro estudio corrobora reportes previos de agresión física y verbal hacia las enfermeras, y agrega al cúmulo de la literatura existente, que los estudiantes de enfermería frecuentemente experimentan abuso de entidades “no habituales.” La asociación reportada entre la violencia verbal, los problemas psicológicos, la baja justicia organizacional percibida, el bajo nivel de apoyo social, y el alto nivel de estrés, tanto en enfermeras como en estudiantes de enfermería, genera un llamado para generar estrategias que aborden y resuelvan este grave problema.

Tabla 1: Características de la Muestra y Frecuencia de Maltrato

	Enfermeras (N = 275)	Estud. Enferm. (N = 346)	p
Masculino (n,%)	58 (21.5)	97 (28.0)	0.063 (a)
Femenino (n, %)	212 (78.5)	249 (72.0)	
Edad (años)			
< 25	26 (9.6)	237 (68.5)	< .001 (a)
25 - 29	25 (9.2)	43 (12.4)	
30 - 34	55 (23.2)	43 (12.4)	
> 35	165 (60.9)	23 (6.6)	
Est. Salud (media ± DE)	3.1 ± 1.1	3.9 ± 9	<.001 (b)
Agresión física 1 año (n, %)	36 (13.4)	23 (6.6)	.005 (a)
Amenazas 1 año (n, %)	44 (16.5)	26 (7.5)	.001 (a)
Abuso 1 año (n, %)	76 (28.5)	71 (20.5)	.022 (a)
Acoso sexual 1 año (n, %)	37 (13.9)	20 (5.8)	.001 (a)
Describiendo agresión física (n, %)	82 (29.8)	54 (15.6)	<.001 (a)
Describiendo abuso (n, %)	95 (34.5)	102 (29.5)	.178 (a)
Describiendo agresión y/o abuso	117 (42.5)	118 (34.1)	.031 (a)
Demanda (media ± DE)	13.4 ± 3.1	14.1 ± 2.6	.007 (b)
Control (media ± DE)	17.1 ± 2.5	17.6 ± 2.2	.012 (b)
Estrés laboral (media ± DE)	.96 ± .28	.97 ± .24	.488 (b)
Apoyo (media ± DE)	20.3 ± 3.1	18.8 ± 3.0	< .001 (b)
Problemas psicológicos (media ± DE)	22.9 ± 4.7	25.2 ± 5.4	< .001 (b)
Justicia organizacional (media ± DE)	63.0 ± 12.3	66.1 ± 12.0	.002 (b)

(a) = prueba chi cuadrada; (b) = prueba t de Student o U de Mann-Whitney

Tabla 2: Características de las agresiones

	Agresión física			Agresión no física		
	Enfermeras (N = 82)	Est. Enferm. (N = 54)	Chi cuadr. p	Enfermeras (N = 91)	Est. Enferm. (N = 102)	Chi cuadr. p
Tipo de agresor						
Externo			< .001			< .001
Paciente	59 (72.0)	30 (55.6)		36 (39.6)	25 (24.5)	
Familia/amigos paciente	18 (22.0)	2 (3.7)		27 (29.7)	5 (4.9)	
Interno						
Colega/personal	4 (4.9)	10 (18.5)		9 (9.9)	20 (19.6)	
Superior				13 (14.3)	24 (23.5)	
Otros	1 (1.2)	12 (22.2)		6 (6.6)	28 (27.4)	
Género del agresor						
Masculino	63 (77.8)	38 (70.4)	0.331	56 (65.9)	61 (59.8)	0.392
Femenino	18 (22.2)	16 (29.6)		29 (34.1)	41 (40.2)	
Edad del agresor						
< 29	19 (23.5)	8 (14.8)	0.057	10 (13.0)	22 (21.6)	0.607
30 - 39	25 (30.9)	12 (22.2)		21 (27.3)	29 (28.4)	
40 - 49	15 (18.5)	8 (14.8)		19 (24.7)	21 (20.6)	
50 - 59	11 (13.6)	19 (35.2)		12 (15.6)	12 (11.8)	
Resultado						
Miedo	17 (21.5)	21 (38.9)	0.029	13 (13.8)	1 (20.6)	0.212
Enojo	9 (11.4)	10 (18.5)	0.249	9 (9.6)	21 (20.6)	0.032
Ansiedad	24 (30.4)	15 (27.8)	0.746	42 (44.7)	51 (50)	0.456
Humillación	2 (2.5)	13 (24.1)	< .001	8 (8.5)	30 (29.4)	< .001
Culpa	3 (3.8)	6 (11.1)	0.099	3 (3.2)	8 (7.8)	0.157
Decepción	16 (20.3)	10 (18.5)	0.804	27 (28.7)	28 (27.5)	0.843
Sin esperanza	15 (19.0)	8 (14.8)	0.532	12 (12.8)	23 (22.5)	0.074
Lesión física	7 (9.0)	2	0.238			
Sin reacción	23 (29.1)	9 (16.7)	0.099	25 (26.6)	14 (13.7)	0.024
Deseo de venganza	6 (7.6)	7 (13.0)	0.306	10 (10.5)	33 (32.4)	< .001
Piensen que están mal	13 (16.5)	16 (29.6)	0.071	11 (11.6)	37 (36.3)	< .001
Piensen cambiar trabajo/escuela	15 (19.0)	7 (13.0)	0.358	29 (30.5)	13 (12.9)	0.003
Piensen cambiar comportamiento	22 (27.8)	22 (40.7)	0.121	18 (18.9)	38 (37.3)	0.004
Reportaron a amigos/familia				14 (15.6)	39 (38.2)	0.001
Reportaron a superiores	38 (51.4)	19 (35.2)	0.228	37 (41.1)	22 (21.6)	
Reportaron a policía	4 (5.4)	4 (7.9)				
No reportaron	29 (39.2)	30 (55.6)		38 (42.2)	41 (40.2)	

Tabla 3: Relación entre predictores y variables psicosociales

	Problem psic.		Justicia percibida		Estrés laboral		Apoyo	
	B	p	B	p	B	p	B	p
Estudiante o trabajador	0.25	<.001	0.16	0.004	0.02	0.719	-0.23	<.001
Genero	0.07	0.102	-0.01	0.751	0.06	0.17	-0.02	0.554
Edad	0.03	0.512	0.05	0.325	-0.02	0.749	0.03	0.537
Violencia física	-0.06	0.188	0.02	0.592	-0.04	0.354	-0.05	0.264
Violencia verbal	0.18	<.001	-0.14	0.002	0.18	<.001	-0.16	<.001

El coeficiente B fue calculado por regresión usando estatus laboral, genero, edad, violencia física de por vida y violencia verbal de por vida como variables predictivas y problemas psicológicos, justicia percibida, estrés laboral, y apoyo social como variables de resultados

Tabla 4 comparación entre enfermeras y estudiantes en relación a variables psicosociales.

	Problem psic.		Justicia percibida		Estrés laboral		Apoyo	
	Enferm	Estud	Enferm	Estud	Enferm	Estud	Enferm	Estud
Genero	0.01	0.09	-0.01	0.01	0.09	0.02	-0.08	0.02
Edad	0.06	0.01	0.02	0.05	-0.01	-0.02	-0.03	0.06
Violencia física	-0.12	-0.02	-0.03	0.06	0.01	-0.06	-0.08	-0.06
Violencia verbal	0.21	0.17	-0.13	-0.15	0.14	0.21	-0.06	-0.24

El coeficiente B fue calculado por regresión usando estatus laboral, genero, edad, violencia física de por vida y violencia verbal de por vida como variables predictivas y problemas psicológicos, justicia percibida, estrés laboral, y apoyo social como variables de resultados

Referencias:

- Arnetz, J. E. (1998). The Violent Incident Form (VIF): A practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work a-Stress*, 12, 17-28.
- Arnetz, J. E., Arnetz, B. B., & Petterson, I. L. (1996). Violence in the nursing profession: Occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work & Stress*, 10, 119-127.
- Camerino, D., Estry-Behar, M., Conway, P. M., Van Der Heijden, B. I., & Hasselhorn, H. M. (2003). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1) 35-50.
- Celebioglu, A., Akpınar, R.B., Küçükoglu, S., & Enguin, R. (2010). Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: Their emotions and behaviors. *Nurse Education Today*, 30(7). 687-691.

- Celik, S. S., & Bayraktar, N. (2004). A study of nursing student abuse in Turkey. *Journal of Nursing Education*, 43(7), 330-356.
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Curtis, J., Bowen, I., & Reid, A. (2007). You have no credibility: Nursing students' experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7(3), 156-163.
- Ferns, T. (2006). Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nursing Standard*, 20(40), 41-45.
- Ferns, T., & Meerebeau, L. (2008). Verbal abuse experienced by nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 436-444.
- Flannery, R. B. Jr., Hanson, M. A., & Penk, W. (1995). Patients' threats. Expanded definition of assault. *General Hospital Psychiatry*, 17(6), 451-453.
- Gacki-Smith, J., Juárez, A. M., Boyen, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 39, 340-349.
- Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J. F., Santed, M. A., Casalod, Y., & Rueda, M. A. (2009). Aggression towards health care workers in Spain: A multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 75(1), 29-35.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S, Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 495-503.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER Publishing.
- Grenade, G., & MacDonald, E. (1995). Risk of physical assault amongst student nurses. *Occupational Medicine (London)*, 45, 256-258.
- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., & Eley, R. (2010). Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not. exposed: A cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 188-201.
- Hodgson, M. J., Reed, R., Craig, T., Murphy, F, Lehmann, L, Bekon, L., & Warren, N. (2004). Violence in healthcare facilities: Lessons from the Veterans Health Administration. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 1158-1165.
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing: Towards a more critical organization perspective. *Nursing Inquiry*, 13, 118-126.
- Karasek, R., Choi, B., Ostergren P. O., Ferrario, M., & De Smet, P. (2007). Testing two methods to create comparable scales scores between the job-content questionnaire (JCQ) and JCQ-like questionnaires in the European JACE study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 189-201.
- Kuehn, B. M. (2010). Violence in health care settings on rise. *Journal of the American Medical Association*, 304(5), 511-512.
- Longo, J. (2007). Horizontal violence among nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(3), 177-178.

Magnavita, N. (1998). *Violenza sul lavoro: Uno specifico femminile?* Atti del 61° Congr. Naz. SIMLII, Proceedings of the 61th National Congress of the Italian Society of Occupational Medicine] (pp. '131-136). Chianciano, Italy.

Magnavita, N. (2007). Two tools for health surveillance of Job stress: The Karasek Job Content Questionnaire and the Siegrist Effort Reward Imbalance Questionnaire. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29(3), 667-670.

Magnavita, N. (2009). Experience of prevention activities in local health units. Assaults and musculoskeletal disorders. *Medicina del Lavoro*, 100(Suppl 1.), 24-28.

Magnavita, N., & Bergamaschi, A. (2008a). Justice at the workplace. Validation of the Italian version of Colquitt's justice measurement questionnaire (JM20). *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(3 Suppl. 2), 449-450.

Magnavita, N., & Bergamaschi, A. (2008b). Violence in health care workers. Prevalence and incidence rates. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(3 Suppl. 2), 165-166.

Magnavita N., Fileni A., Magnavita G., Mammi F., Mirk P., Rocca K., & Bergamaschi A. (2008). Work stress in radiologists. A pilot study. *Radiologia Medica*, 113(3), 329-346.

Nau, J., Halfens, R., Needham, I., & Dassen, T. (2001). Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest-posttest intervention study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 699-708.

Needham, I., Abderhaiden, C., Halfens, R. J., Dassen, T., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2005). The impact of Patient Aggression on Careers Scale: Instrument derivation and psychometric testing. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, 296-300.

Papalia, F., & Magnavita, N. (2003). Unknown occupational risk: Physical violence at the workplace. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 25(3 Suppl.), 176-177.

Rippon, T. J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.

Thomas, S. P., & Burk, R. (2009). Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nursing Outlook*, 57, 226-231.

Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 3-10.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación **T52**

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Perspectivas de las Enfermeras Registradas sobre las Nuevas Graduadas
Trabajando en las Unidades de Emergencia o Cuidados Críticos

Baumberger-Henry M.

Registered Nurses' perspectives on the New Graduate Working in the Emergency Department or Critical Care Unit

J Contin Educ Nurs 2012; 43(7): 299-305

Perspectivas de las Enfermeras Registradas sobre las Nuevas Graduadas Trabajando en las Unidades de Emergencia o Cuidados Críticos:

Registered Nurses' perspectives on the New Graduate Working in the Emergency Department or Critical Care Unit

Mary Baumberger-Henry, PhD, RN; Associate Professor, Widener University, School of Nursing.

The Journal of Continuing Education in Nursing Vol 43 No.7

mlbaumberger-henry@widener.edu

Abstract:

Antecedentes:

En este estudio cualitativo se describen algunas perspectivas de enfermeras graduadas sobre las relaciones laborales con las recién graduadas de la carrera de enfermería dentro de las unidades de emergencia y cuidados críticos.

Métodos:

Seis grupos de enfoque de enfermeras registradas (N=31) fueron entrevistados en discusiones abiertas e informales con duración de entre 45 y 90 minutos.

Resultados:

Dos temas que surgieron del análisis fueron la falta de confianza, y la necesidad de ganar aceptación dentro de la cultura de la unidad. Las enfermeras registradas reportaron estar decepcionadas por la falta de confianza, organización y desempeño de destrezas de las recién graduadas, y dijeron que las enfermeras "se comen a las nuevas."

Conclusión:

Se ofrecen sugerencias para tutores y mentores, así como para miembros del personal de enfermería, así como recomendaciones para apoyar a las recién graduadas en esta transición.

Artículo:

Ya pasó la época cuando se requerían años de práctica antes de que una nueva graduada en enfermería pudiera trabajar en las unidades de emergencia o cuidados críticos. Hoy en día, es común que las recién graduadas enfermeras sean reclutadas para trabajar en esas áreas. Pero, ¿es capaz la recién graduada de desempeñarse bien en estos ambientes que requieren el conocimiento de tecnologías avanzadas, el juicio clínico, y rapidez para la toma de decisiones?

Las nuevas graduadas, en general entran a la práctica con una preparación inadecuada (Valdéz, 2008). Específicamente, muchas nuevas graduadas son incapaces de enlazar la teoría aprendida en la escuela de enfermería con la realidad experimentada en la arena clínica (Welding, 2011). Las recién graduadas tienen diferentes niveles de conocimientos y destrezas pero sólo el 35% cumple con las expectativas de juicio clínico (Del Bueno, 2005). Además, muchas veces, estas enfermeras no tienen las destrezas para establecer comunicación efectiva y significativa con el paciente y sus familiares luego de 3 meses de su graduación (Ellerton, Gregor, 2003). Esta inhabilidad para aplicar los conocimientos también fue apuntada por Evans, Boxer, y Sanber (2008). Además, las enfermeras deben tener la habilidad para pensar críticamente, pero Duscher (2003) reportó que luego de 6 meses de iniciadas en su primer empleo, estas recién graduadas continuaban percibiendo a las enfermeras con “más experiencia” como expertas y no cuestionaban sus respuestas. Todas estas reflexiones llevan a una incertidumbre con respecto de la habilidad de las nuevas graduadas para desempeñarse satisfactoriamente. Según el Duscher Role Transition Theory, le lleva a la nueva graduada aproximadamente 1 año de práctica para adaptarse bien (Duscher, 2008). En este sentido, las nuevas graduadas han hablado del shock cultural que acompaña el inicio de su profesión y que se deriva de la falta de destrezas clínicas y de seguridad para el paciente y de papeleo y ajuste a la rutina de la unidad (Del Bueno, 2005; Duchscher, 2003, 2008). Finalmente, la falta de apoyo de las enfermeras líderes es un factor muy importante para la adaptación de las nuevas graduadas (Halfer & Graf, 2006; Laschinger, Finegan & Wilk, 2009; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Murray, 2009; Oleander, Ruso & Mollet, 2009; Valdez, 2008).

Los hospitales están integrando programas de orientación para facilitar a las nuevas graduadas su transición hacia la práctica. Por ejemplo, en algunos hospitales, la orientación sobre las unidades de emergencias y cuidados críticos se enfoca a incrementar los niveles de conocimientos y destrezas (Chesnutt & Everhart, 2007; Hedrich & Lindsay, 2006; Proulx & Boucher, 2008; Seago & Barr, 2003). En este sentido, Stefaski et al (2009), por ejemplo, estudiaron la simulación para facilitar la transición de las recién graduadas enfermeras hacia los establecimientos de cuidado crítico. Luego de estos ejercicios, el 88% de las participantes mostraron mejoría en su auto-confianza y su habilidad para entender la situación integral de los casos. El aprendizaje basado en la resolución de problemas, un método de aprendizaje activo que involucra pequeños grupos, también ha probado ser benéfico como técnica para preparar a las enfermeras a adaptarse mejor. Esta metodología tiene el potencial de aumentar y mejorar las estrategias para la resolución de problemas, así como las destrezas de pensamiento crítico, y también ayuda a aprender a dar sentido a las diversas situaciones de paciente (Oldenburg & Hung, 2010). También se han empleado programas de orientación en etapas (Chesnutt Everhart, 2007), e instrucción por computadora (Travale, 2007) para mejorar los resultados de seguridad de las nuevas graduadas en las áreas de emergencia cuidado intensivo.

El apoyo para las nuevas graduadas es importante mientras las enfermeras comienzan su viaje para adquirir experiencia en la profesión. Benner (1984), usando el Drefus Model of Skill Acquisition, describió 5 niveles de proficiencia para las enfermeras mientras éstas desarrollan destrezas y juicio clínico, desde novatas hasta expertas. Ellas empiezan como novatas,

y van avanzando a principiante avanzada, competente, proficiente, y finalmente expertas. Los estudios de Benner indican que la nueva graduada es una novata, y en el mejor de los casos, una principiante avanzada. Una novata tiene experiencia limitada para guiarse en su desempeño. Una principiante avanzada es capaz de un desempeño marginalmente aceptable. Debido a que las nuevas graduadas están empezando a ganar experiencia en la enfermería pero continúan requiriendo apoyo y asistencia de aquellas con más experiencia, ellas generalmente son consideradas como principiantes avanzadas. En este artículo, las nuevas graduadas, también son identificadas como principiantes avanzadas.

A pesar de todo lo que se conoce sobre la nueva enfermera graduada, poco es lo que ha sido discutido con respecto de las percepciones de las enfermeras registradas que trabajan con estas principiantes avanzadas. Este estudio fue conducido para obtener un entendimiento sobre la percepción de las enfermeras experimentadas sobre las enfermeras recién graduadas que trabajan en las unidades de emergencia y de cuidados críticos. Esta reflexión dentro de la relación entre la experta y principiante avanzada ayudará a la transición de la nueva enfermera y a incrementar la tasa de retención de las nuevas graduadas en las áreas de emergencia y cuidado crítico.

Métodos:

Una muestra de 6 grupos de enfoque, en el rango de 3 a 10 enfermeras registradas (N=31) fueron entrevistadas. Las edades de las participantes iban desde los 26 hasta los 54 años (M=38), y tenían entre 3 y 22 años de experiencia. Todas estaban empleadas en diversos hospitales. La mayoría (n=29) estaba actualmente trabajando en sus unidades con recién graduadas.

La pregunta de investigación fue: ¿Cuáles son las percepciones de las enfermeras registradas sobre las recién graduadas trabajando en las áreas de emergencia o cuidado crítico? Luego de la revisión, se obtuvo la aprobación institucional correspondiente para llevar a cabo un estudio descriptivo. Se hicieron ajustes de datos de acuerdo con la metodología de Lincoln y Guba (1985). Grupos de enfoque fueron conducidos usando una entrevista semi-estructurada. Cada grupo de enfoque duró entre 45 y 90 minutos y fue grabado. Las respuestas y el contenido fueron extraídas de acuerdo su significancia y consistencia y se identificaron los patrones y temas principales.

Resultados:

Dos temas principales fueron extraídos a partir de los datos: falta de confianza, y obtención de aceptación en la cultura de la unidad.

Tema 1: Falta de confianza: A las participantes se les preguntó ¿cómo te sientes con respecto de las nuevas graduadas trabajando en un área de emergencia o cuidado crítico? Los comentarios fueron agrupados en un tema principal en el que se incluyeron asuntos sobre tiempo, destrezas básicas, miedo, e inhabilidad para pensar críticamente:

“Yo no creo que las enfermeras recién graduadas deban estar en las áreas de emergencia o cuidado intensivo, muchas no tienen los conocimientos básicos”

“Existe una creencia subyacente de que si usted pasa la orientación ya está lista, pero luego de repente, estas enfermeras no pueden por que no tienen las destrezas necesarias”

Una enfermera se encontró frustrada cuando su paciente se puso inestable y la enfermera recién graduada se le acercó para pedirle que verificara la insulina.

Este tipo de comentarios no es sorprendente. Benner (1984) reportó que, en el proceso de recordar todas las reglas y conceptos recientemente aprendidos, la principiante avanzada se distrae por cualquier nueva o extraña y pudiera no ser capaz de concentrarse en la situación. La experiencia es necesaria para establecer un patrón que ayude a actuar en situaciones similares. Debido a que las principiantes avanzadas nunca han experimentado muchas situaciones de cuidado de pacientes, ellas frecuentemente tienen dificultad para establecer prioridades y administrar el tiempo.

Otras participantes comentaron que el contenido requerido para trabajar en un área de emergencia o cuidado intensivo frecuentemente no recibe la suficiente atención en la licenciatura, lo que contribuye aún más a la falta de confianza de las nuevas graduadas. De acuerdo con una participante:

“Nunca te enseñan sobre ciertos fármacos y esto no lo ves en la escuela de enfermería, y luego cuando te enfrentas a estas situaciones en la vida real, simplemente no sabes qué hacer”

Desafortunadamente, la nueva graduada apenas está empezando a aprender cómo establecer prioridades y organizar el flujo de responsabilidades, y quizá se enfoque incorrectamente en algún aspecto del cuidado y no en otro. Cuando esto se combina con un limitado conocimiento de destrezas en enfermería, particularmente farmacología, una enfermera principiante está en gran desventaja para manejar la carga de trabajo, en especial en las áreas de emergencia y cuidado crítico. Además, el sentimiento de no saber qué hacer y tener que pedir asistencia es percibido como una debilidad que mina el desarrollo de la autonomía de la nueva graduada. Hacer preguntas pudiera hacer que otras enfermeras vean a la nueva graduada como débil y dependiente, pero por otro lado, no preguntar pudiera generar que se cometan errores.

De acuerdo con una respondiente:

“llamaron al equipo de respuesta rápida, y la enfermera recién graduada ya se había esfumado, y la encontraron en un cuarto meditando sola”

La falta de confianza en las destrezas y para la toma de decisiones, junto con los sentimientos de miedo, pueden paralizar a la nueva graduada. Las áreas de emergencia y cuidado crítico, frecuentemente son ambiguas y requieren la toma de decisiones complejas. La inestabilidad de la condición del paciente, muchas veces crea disparidad entre lo que se espera y lo que realmente sucede dejando a la recién graduada incapaz de adaptarse a una situación que cambia rápidamente y en la que puede requerirse la intervención inmediata (Chesnett & Everhart, 2007; Tanner, 2006). Esta inexperiencia puede conducir a la interrupción del trabajo de la enfermera experimentada, quién debe asistir y responder a las preguntas de la recién graduada, pero además hacerse cargo del cuidado del paciente.

La principiante avanzada necesita reflexionar críticamente sobre el evento como un todo, es decir, reconocer patrones relevantes alrededor de un escenario clínico. Con más confianza y destrezas, la principiante avanzada empieza a pensar más allá

de resolver situaciones específicas, y comienza a ver la situación como un todo, es decir, a reaccionar con pensamiento crítico (Benner, 1984; Tanner, 2006).

Tema 2: Ganar aceptación en la cultura de la unidad.

¿Realmente nos comemos a las nuevas? Esta cuestión pareció familiar a las enfermeras participando en los grupos de enfoque. Los comentarios describieron comportamientos sobre la falta de apoyo y los esfuerzos que las nuevas enfermeras hacen para trabajar con diversos problemas y personalidades. Algunas se rieron nerviosamente, pero todas entendieron estas repercusiones sobre las principiantes avanzadas:

“Algunas enfermeras se dan la vuelta cuando una nueva graduada hace una pregunta o pide ayuda, lo cual es una pena. Yo detesto ver eso. Ojala que las enfermeras superen eso.”

Pero también, en algunas ocasiones, las enfermeras recién graduadas no sobreviven debido a las personalidades de otros colegas en la unidad:

“yo trabajo con una enfermera que es una persona muy dura, pero también una de las enfermeras más brillantes con las que he trabajado. Sin embargo, ella ha “matado” a tantas enfermeras. Ella se sienta en su escritorio y observa a las recién graduadas y dice que algunas no sobrevivirán, que no deberían ser enfermeras, o que de plano son unas estúpidas”

Menospreciar esta situación, o permanecer en silencio, legitima este tipo de comportamiento. Estos comentarios, cuando son ignorados y dejados sin resolver, conducen a una cultura de unidad destructiva que puede afectar a muchos individuos. Menospreciar el trabajo de una nueva enfermera, ignorar o rehusar a responder sus cuestiones, cruzar los brazos, chismear, son todas manifestaciones de agresión e inactividad. Cuando la cultura de la unidad se caracteriza por estas actitudes, la nueva enfermera puede fácilmente perder su auto-estima y cualquier confianza ganada. Además, una cultura destructiva genera falta de lealtad con la organización y hasta con la misma profesión. Tristemente, a través de los años, la agresión y el acoso se han hecho comunes en la profesión de la enfermería (Hutton & Gates, 2008; Laschinger, Leiter, Day Gillin, 2009; Murray, 2009; Ofender-Russo & Mollet, 2009).

Recomendaciones:

Con la escasez de personal que enfrentan las áreas de emergencia y cuidado crítico, es de dudarse que las nuevas graduadas puedan tener más tiempo y oportunidades para adaptarse mejor antes de empezar a trabajar. Muchas de las participantes en este estudio estuvieron de acuerdo en que las nuevas graduadas necesitan por lo menos 6 meses de orientación en la unidad con la compañía de un preceptor o tutor. Duscher (2008) identificó la transición de la nueva graduada como una serie de etapas que ocurren en algo así como 12 meses. Por su parte, Dyess y Sherman (2009) recomendaron un apoyo de suficiente tiempo, no solamente para la mejoría de las destrezas, sino también para el desarrollo del juicio clínico. En un llamado para una transformación radical, Benner, Sutphen, Leonard, Day, y Shulman (2010) sugirieron que todas las nuevas graduadas atravesasen una residencia clínica de 1 año completo. Con un programa similar, un hospital logró reducir los abandonos y costos de reemplazo beneficiando a las nuevas graduadas en su profesión (Pine & Tart, 2007).

Las participantes indicaron la importancia de la continuidad de pasar 6 meses con un mismo preceptor o tutor. Dyess y Sherman (2009) comentaron que las nuevas graduadas también prefieren la continuidad de tener el mismo tutor lo que ayuda a evitar la frustración que ocurre cuando reciben información contradictoria de múltiples preceptores. Las participantes del estudio también sugirieron mantener una libreta para seguir la pista de los logros y necesidades de las nuevas graduadas, especialmente si hay más de un tutor involucrado. No obstante que el trabajo de un preceptor termina al cumplir con la orientación, un tutor pudiera estar en contacto con las recién graduadas por mucho más tiempo. Monitorear a las nuevas graduadas que se están iniciando en la enfermería y ofrecerles un ambiente de aprendizaje de confianza ayuda a retenerlas (Herdrich & Lindsay, 2006; Stewart, 2006), y a satisfacer las demandas de la profesión (Halfer Graf, 2006). El mentor es como un modelo para ayudar a la recién graduada a adaptarse a los estresores. Cuando una enfermera no está adaptada para estas situaciones, la mentoría es esencial para prevenir el burnout.

Las participantes en este estudio dijeron que la comunicación es de la mayor importancia antes y durante la orientación por que ellas frecuentemente tienen miedo de admitir que no saben algo. Del Bueno (2005) sugirió aumentar el juicio clínico y las destrezas preguntando a las nuevas graduadas sobre la práctica clínica más que sólo proveer respuestas. La comunicación en dos vías es necesaria para mantener informada a la nueva graduada. Goodwin-Esola, Deeley y Powell (2009) recomendaron llevar a cabo encuentros frecuentes sobre el progreso logrado.

Ayudar a la nueva graduada a estar enfocada, lista, dispuesta a permanecer en un ambiente estresante es una meta muy importante, por lo que todas las enfermeras de la unidad deben colaborar para la aceptación de la nueva graduada. Las enfermeras que trabajan lado a lado con principiantes avanzadas necesitan ayudarles a ganar aceptación en la cultura de la unidad, y aprender cómo sobrevivir a las situaciones difíciles. En este sentido, La American Nurses Association (2001) propuso relaciones con colegas en las cuales todas las enfermeras son tratadas con justicia, y por su parte, la American Association of Critical-Care Nurses (2004) enfatizó la política de cero tolerancia ante los comportamientos abusivos.

Se espera que las enfermeras integren sus valores personales con aquellos de la profesión y colaboren entre sí en una atmósfera de confianza y respeto. Pero , cuando las expectativas no son satisfechas y los juicios clínicos conducen a errores, fácilmente pueden surgir conflictos entre la enfermera y la principiante avanzada. Comentarios sarcásticos y críticas negativas sobre el juicio de las nuevas graduadas, sin duda, conducirán a humillación, inseguridad, dudas, y por lo tanto más errores.

Enseñar a las principiantes avanzadas a protegerse a sí mismas de la violencia lateral es muy importante para su supervivencia. En este sentido, Griffin (2004) ofreció formas para enfrentar positivamente estas posibles situaciones. La investigación sobre el ambiente laboral psicosocial y su influencia sobre la salud de las enfermeras ha mostrado que estabilizar el ambiente ayuda a promover la socialización del individuo dentro de la cultura de la unidad (Lavoie-Tremblay et al., 2008). Las enfermeras en este estudio notaron la importancia de integrar a las nuevas graduadas a la unidad, haciéndolas sentir importantes y útiles. De acuerdo con una participante:

“Ultimadamente, si una enfermera sobrevive a la orientación, podrá hacer mejor su trabajo por que la asignación de personal será más adecuada”

Es de la mayor importancia para las nuevas graduadas que se les inculque un sentido de comunidad con expectativas de comportamientos profesionales.

Conclusión:

Aunque una principiante avanzada pudiera tener teoría, normalmente le falta intuición (Benner, 1984; Benner et al, 2010; Travale, 2007); por esto, la experiencia de las enfermeras expertas es fundamental para que las nuevas graduadas desarrollen juicios clínicos sólidos. Pero entonces, ¿pertenecen las recién graduadas a las áreas de emergencia de y de cuidado crítico? Quizá no, pero en el ambiente actual del cuidado, limitar estas áreas únicamente a las enfermeras experimentadas pudiera no ser la mejor opción. La literatura coincide con los puntos de vista expresados por las enfermeras de este estudio (Del Bueno, 2005; Duchscher, 2003; Halfer & Graf, 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Valdéz, 2008).

Referencias:

American Association of Critical-Care Nurses. (2004). Zero tolerance for abuse. www.aacn.org

American Nurses Association. (2001) Code for ethics with interpretive statements. www.nursingworld.org/ethics/code

Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice (Commemorative ed.). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, T., & Shulman, L. (2010). A Call for radical transformation. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Chesnutt, B., & Everhart, B. (2007). Meeting the needs of graduate nurses in critical care orientation: Staged orientation program in surgical intensive care. *Critical Care Nurse*, 27(3), 36-51.

Del Bueno, D. (2005). A crisis in critical thinking. *Nursing Education Perspectives*, 26, 278;282.

Duchscher, J.B. (2003). Critical Thinking: Perceptions of newly graduated female baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Education*, 42, 14-27.

Duchscher, J. B. (2008) . A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 403-409.

Dyess, S., & Sherrman, R. (2009). The first year of practice: New graduate nurses' transition and learning needs. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 403-409.

Ellerton, M. L., & Gregor, F. (2003). A study of transition: The new nurse graduate at 3 months. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(3), 103-107.

Evans, J., Boxer, E., & Sanber, S. (2008). The strengths and weaknesses of transitional support programs for newly registered nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 16-22.

Goodwin-Esola, M., Deely, M., Se Powell, N. (2009). Progress meetings: Facilitating the role transition of the new graduate. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 411-415.

- Griffin, M. (2004). Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35, 257-263.
- Halfer, D., & Graf, E. (2006). Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economics*, 24, 150-155.
- Herdrich, B., & Lindsay, A.-(2006). Nurse residency programs: Redesigning the transition into practice. *Journal of Nursing Staff Development*, 22, 55-62.
- Hutton, R., & Gates, D. (2008). Workplace incivility and productivity losses among direct care staff. *AOHN Journal*, 56, 168-175.
- Laschinger, H. S., Finegan, J., & Wilk, P. (2009). New graduate burnout: The impact of professional practice environment, workplace civility, and empowerment. *Nursing Economics*, 27, 377-383.
- Laschinger, H. S., Leiter, M., Day, A., & Gillin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17, 302-311.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Destorges, N., Gelin, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008) Creating a health workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 290-297.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Murray, J. (2009). Workplace bullying in nursing: A problem that can't be ignored. *Medsurg Nursing*, 16(5), 273-276.
- Oldenburg, N., & Hung, W. (2010). Problem solving strategies used by RN-to-BSN students in an online problem-based learning course. *Journal of Nursing Education*, 49, 219-222.
- Olender-Russo, L., & Mullett, S. (2009). Reversing a bullying culture. *RN*; 72(8) 26-29.
- Patterson, B., Bayley, E., Burnell, K., & Rhoads, J. (2010). Orientation to emergency nursing: Perceptions of new graduate nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 36, 203-211.
- Pine, R., & Tart, K. (2007). Return on investment: Benefits and challenges of a baccalaureate nurse residency program. *Nursing Economics*, 25(1), 13-18.
- Prolux, D., & Boucher, B. (2008). Graduate nurses in the intensive care unit: An orientation model. *Critical Care Nurse*, 28, 44-52.
- Seago, J. A., & Barr, S. (2003). New graduates in critical care: The success of one hospital. *Journal of Nursing Staff Development*, 19, 297-304.
- Stanley, M., Martin, M., Michel, Y., Welton, , & Nemeth, L. (2007). Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 1247-1265.
- Stefanski, R., Se Rossler, K. (2009). Preparing the novice critical care nurse: A community-wide collaboration using the benefits of simulation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, :40, 443-451.
- Stewart, D. (2006). Generational mentoring. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 113-120.

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45, 204-211.

Travale, I. (2007). Computer-assisted instruction for novice nurses in critical care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38, 132-138.

Valdez, A. (2008). Transitioning from novice to competent: What can we learn from the literature about graduate nurses in the emergency setting. *Journal of Emergency Nursing*, 34, 435-440.

Welding, N. (2011). Creating a nursing residency: Decrease turnover and increase clinical competence. *Medsurg Nursing*, 20(1), 37-40.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T53

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Prioridades, Acciones, y Lamentos en Enfermería por Situaciones Éticas en la Práctica Clínica.

Pavlish C, Brown Saltzman K, Hersh M, Shrik M, Rounkle AM.

Nursing Priorities, actions, and regrets for ethical situations in clinical practice.

J Nurs Scholarsh, 2011; 43(4): 385-95

Prioridades, Acciones, y Lamentos en Enfermería por Situaciones Éticas en la Práctica Clínica.

Nursing Priorities, Actions, and Regrets for Ethical Situations

Carol Pavlish, PhD, RN, FAAN, Assistant Professor, UCLA School of Nursing and Emeritus Professor, St. Catherine University.

Katherine Brown Saltzman, MA, RN; Co-director, UCLA Ethics Center, UCLA Health System.

Mary Hersh, MSN, RN, CHPN, FPCN; Manager, Palliative Care Program, Tarrance Memorial Medical Center.

Marilyn Shrik, MN, RN, CNS-BC; Nursing Liason, Cedars-Sinai Medical Center.

Ann-Marie Rounkle, MSN, RN; Student Research Assistant, UCLA School of Nursing.

Journal of Nursing Scholarship, 2011; 43:4

Abstract:

Propósito:

Las enfermeras en todos los establecimientos clínicos encuentran asuntos éticos que frecuentemente conducen a tensión moral. En este estudio sobre incidentes críticos se exploraron descripciones de enfermeras sobre situaciones éticamente difíciles con el objeto de identificar prioridades, respuestas de acción, y lamentaciones.

Métodos:

Empleando la técnica de incidente crítico, los investigadores desarrollaron un cuestionario para obtener información sobre situaciones clínicamente difíciles, las acciones de las enfermeras, y los resultados situacionales.

Hallazgos:

La identificación de la autonomía de paciente, y la calidad de vida, fueron prioridades éticas en la mayoría de los casos. Aunque muchos datos fueron generados a partir de una perspectiva difusa, algunas enfermeras fueron específicas en su análisis ético, y también fueron proactivas en sus respuestas. A partir de estos datos fue posible sugerir que las enfermeras identifican 12 actividades específicas, 5 formas de ser, 3 formas de conocer, y 2 formas de deliberar. En 21 casos, las enfermeras eligieron no preocuparse más allá de la provisión de un cuidado estándar. Varias enfermeras expresaron lamentos significativos, por ejemplo ante un dolor innecesario, por que no habían hecho lo suficiente por el paciente.

Conclusiones:

No siempre se llevan a cabo acciones éticas específicas y basadas en la evidencia. Voces de enfermería más fuertes y proactivas con intervenciones éticas tempranas harían contribuciones valiosas para lograr una mayor calidad de cuidado para los pacientes, en especial al final de sus vidas.

Relevancia Clínica:

Las siempre en expansión opciones de tratamiento generan asuntos éticos y retan a las enfermeras a ser efectivas abogadas de los pacientes. Las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia que identifican los conflictos morales beneficiarían a los pacientes, sus familias, y a todo el equipo al cuidado de la salud.

Palabras clave: toma de cesiones éticas, ética de enfermería, futilidad, ética.

Artículo:

En la actual era del cuidado de la salud, con su gran desarrollo en tecnología, limitaciones de recursos, y complejos sistemas de administración, diversas cuestiones éticas tienen que surgir. Las enfermeras enfrentan asuntos éticos en una variedad de circunstancias, incluyendo en las etapas iniciales y finales de la vida de sus pacientes cuando éstos no son capaces de ser autónomos (Zomordi & Foley, 2009). Los asuntos éticos también van surgiendo durante el curso de los tratamientos para condiciones complejas y crónicas. Conduciendo una encuesta nacional, Fox, Meyers, y Pearlman (2007) reportaron que la comunicación, los conflictos familiares, y los asuntos éticos habían generado la mayor necesidad de consulta. Sin embargo, las acciones de apoyo específicas en la práctica clínica de enfermería permanecen elusivas y con pocas bases empíricas (Hewitt, 2002). En este artículo se reportan hallazgos de un estudio de incidente crítico con el objetivo a desarrollar un entendimiento más profundo sobre las acciones que las enfermeras inician en diversas situaciones clínicas difíciles. Previamente, nosotros reportamos las percepciones de las enfermeras sobre indicadores tempranos, así como factores de riesgo relativos a la preocupación sobre la ética (Pavlish, Brown-Saltzman, Hersh, Sheik & Nudelman, 2011). Usando el mismo conjunto de datos, el equipo de investigadores examinó diversos incidentes críticos en busca de evidencia sobre las prioridades éticas de las enfermeras, así como sus acciones de respuesta. Estos datos conducen a reflexiones valiosas sobre cómo las enfermeras intervienen en estos asuntos éticos de su práctica clínica.

Antecedentes:

El concepto de advocacía ha sido cada vez más adaptado a nivel mundial para definir el compromiso ético primario de las enfermeras para con sus pacientes, grupos, familias, y comunidades (Hanks,, 2007; Malik, 1997; Thacker, 2008). Sin embargo, la advocacía es frecuentemente entendida sólo en términos filosóficos y no tanto con respecto a cómo puede ser traducida a la práctica (Hanks, 2008; Hewitt, 2002). La American Nurses Association, en su código de ética (ANA, 2001) describe los roles de advocacía de las enfermeras de provisión de cuidado compasivo y respetuoso (provisión 1), de compromiso con los₃

pacientes (provisión 2), y de promoción de la salud, seguridad, y derechos del paciente (provisión 3). La International Council of Nurses (ICN) en su código de ética (ICN, 2006) expresa que “la enfermera promueve un ambiente en el cual los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales del individuo, familia, comunidad son respetados” y que “asegura que el individuo reciba suficiente información sobre la cual basar su consentimiento para los tratamientos relacionados con el cuidado” (p.2). estas provisiones y códigos enuncian importantes obligaciones a partir de las cuales las organizaciones nacionales e internacionales de enfermeras pueden crear estándares y actividades de enfermería implementables.

Las enfermeras investigadoras han explorado las expectativas de las enfermeras sobre advocacía. En un estudio cualitativo sobre las preocupaciones morales de enfermeras suecas de cuidado intensivo se reportó que las enfermeras identificaron “cuidar” y “velar por” como sus principales obligaciones morales (Cronquist, Theorell, Burns, & Lutzen, 2004, p.68), y cinco sub-temas emergieron: propiciar una buena muerte, conocer el curso de los eventos, escuchar sentimientos de malestar, cuestionar las decisiones de tratamiento de los médicos, y expresar conciencia moral con respecto de las perspectivas no coincidentes de los otros. Por su parte, Baldwin (2003) reportó que las enfermeras caracterizaban la advocacía como la valoración de la autonomía de los pacientes, la promoción de los derechos de los pacientes, y la mediación para asegurar que los deseos del paciente sean respetados (p.35). De forma similar, la advocacía también fue descrita como la protección del paciente al ser su voz (Foley, Minik, & Kee, 2000), y la interlocución por el paciente al identificar sus necesidades (Hanks, 2008). Barrito y Leino-Kilpi (2005) encontraron tres temas principales de la advocacía: asistir a los pacientes para clarificar las preferencias de tratamiento, salvaguardar a los pacientes de la violación de sus derechos, y ser la guía para la toma de decisiones en situaciones éticas difíciles. En este sentido, los roles de las enfermeras dirigidos hacia la educación y consejo de los pacientes han sido ampliamente reconocidos en diversos códigos de ética nacionales e internacionales.

Willard (1996) sugirió que las enfermeras algunas veces fallan en distinguir la advocacía del principio ético de la beneficencia, el cual puede llevar a una forma paternalista de la advocacía (Zomordi & Foley, 2009). Esto es particularmente relevante cuando los pacientes no están lo suficientemente informados, o no comunican claramente sus preferencias de tratamiento. Sin un conocimiento claro e íntimo de sus pacientes, las enfermeras pudieran actuar como lo que ellas perciben como “la mejor práctica para el interés del paciente”; sin embargo, tales acciones pudieran de hecho ser sólo “paternalistas.”

Métodos:

La técnica de incidente crítico (TIC) fue el marco para el acercamiento de nuestra investigación. Primero desarrollado por Flanagan (1954) para investigar comportamientos críticos de los pilotos, esta forma de análisis permite también estudiar la calidad en el cuidado (Kempainen, 2000), el empoderamiento de los estudiantes de enfermería (Bradbury-Jones, Sambrook & Irving, 2007), dilemas éticos perioperatorios (von Post, 1996), fallas de comunicación (Arora, Jonson, Lovinger, Humphrey & Meltzer, 2005), y experiencias de proveedores de cuidado en el hogar (Munck, Fridlund & Martenson, 2008). En este acercamiento se buscan narraciones específicas de la vida real sobre eventos críticos relativos al tema de investigación (Pavlish et al., 2011; Schluter, Seaton & Chaboyer, 2008). Los datos generados son analizados inductivamente para formar estructuras categóricas que permitan profundizar en el entendimiento de acciones humanas, factores contextuales, consecuencias de las acciones, etcétera (Flanagan, 1954).

En nuestro caso, aplicamos el acercamiento de incidente crítico analizando las narraciones de las enfermeras sobre asuntos éticos específicos en la práctica clínica. Previamente, reportamos nuestros métodos y hallazgos relativos a factores de riesgo, sobre asuntos éticos de la práctica clínica (Pavlish et al., 2011). Analizando estos datos nos hicimos las siguientes preguntas de investigación: (a) ¿cuáles son las prioridades éticas comunes de las enfermeras? (b) ¿cuáles son las acciones de

enfermería ante dilemas éticos? (c) ¿qué consecuencias tuvieron las acciones de enfermería? Mientras el análisis iba procediendo, notamos que varias enfermeras expresaban lamentación, así que incluimos otra pregunta de investigación: (d) ¿qué lamentaciones morales describen las enfermeras en sus incidentes éticos? Dos comités institucionales aprobaron el estudio.

Incorporamos rigor científico en varias formas. Primero, desarrollamos un cuestionario de incidentes críticos consistente con el método; éste cuestionario fue revisado por expertos clínicos y de investigación. Segundo, nos adherimos estrictamente a los métodos de la técnica durante la obtención de datos y el análisis correspondiente. Por ejemplo, para determinar cuáles incidentes narrados calificaban como incidentes críticos, aplicamos criterios tales como el grado de detalle circunstancial y la especificidad de acción y resultado. Al final nos quedamos con 70 incidentes críticos. Flanagan (1954) sugirió que 50 de 100 incidentes claramente descritos son suficientes para desarrollar estructuras categóricas significativas. Tercero, nosotros formamos equipos de análisis de datos compuestos por expertos clínicos e investigadores. Las secciones de datos fueron analizadas con un investigador pareado con diferentes expertos clínicos. Estos expertos eran enfermeras de un comité de bioética hospitalaria. Un estudiante de maestría contribuyó como asistente de investigación.

Obtención de Datos:

Los datos demográficos y críticos de incidente fueron obtenidos de 91 participantes quienes se registraron para asistir a una conferencia de ética en California del sur. Las enfermeras que respondieron a nuestra invitación para participar podían completar el cuestionario en línea antes de la conferencia (n=62) o enviar las respuestas por escrito el mismo día de la conferencia (n=29). En el cuestionario se les pidió a las enfermeras reportar una situación con carga ética y sus respectivas acciones, prioridades, y resultados. Adicionalmente, les pedimos a las participantes identificar las acciones de enfermería que afrontan las situaciones éticas difíciles.

Análisis de Datos:

Adoptamos un acercamiento colaborativo (Guest & MacQueen, 2008). Luego de leer las narrativas varias veces, el equipo inductivamente determinó 4 secciones de datos sobre las acciones de las enfermeras: preocupaciones prioritarias, acciones primarias de enfermería para los incidentes, resultados de las acciones de enfermería, y lamentaciones de las enfermeras. Nos dividimos en sub-equipos y analizamos cada sección de estos datos. Primero, el investigador y el asistente de investigación examinaron los datos sobre prioridades de enfermería. En la mayoría de los casos, las respondientes claramente identificaron sus prioridades, así que la estructura categórica surgió fácilmente. Luego, para las otras secciones de datos, el investigador se emparejó con diferentes expertos clínicos para, inductivamente, crear las estructuras categóricas.

Skedi (2005) expresó que la categorización debe ser internamente sólida y con bases empíricas. Por esto, nosotros constantemente nos concentramos en las descripciones de las participantes para crear las sub-categorías. Luego asignamos cada incidente crítico a las diferentes sub-categorías. Esto fue en general fácil, pero hubo varianza de alrededor del 10% entre las opiniones. Esto requirió discusiones adicionales. Si después de esto, las respuestas de un participante aún permanecían no claras, entonces le asignamos la categoría “no clara.”

El equipo experto clínico – investigador examinó y analizó cómo las enfermeras describían los asuntos éticos en sus narrativas, así como sus acciones subsecuentes. En este sentido, detallando un proceso de análisis de datos usando matrices entre – casos, Miles y Huberman (1994) expresaron que esta técnica puede clarificar resultados. Por lo tanto, creamos una matriz desplegando cada narración de cada participante, la ética específica involucrada, y las acciones tomadas.

Hallazgos:

Los participantes eran principalmente mujeres (94.3%), con 8 etnias y 9 religiones. El nivel de educación varió: 22.9% tenía diplomas o equivalentes técnicos, 45.7% tenía licenciatura, 30% maestría o doctorado, y 1.4% no respondió. La mayoría de los participantes (68.5%) reportaron haber tenido educación formal específicamente en ética (37.1% en sus programas académicos, y 31.4% en conferencias y seminarios). Las participantes promediaron 21.75 años de experiencia en enfermería y representaron 7 posiciones profesionales en 12 áreas de la práctica.

Prioridades de las Enfermeras en los Incidentes Críticos:

Las respondientes identificaron 7 categorías prioritarias en sus descripciones de incidentes críticos. La prioridad principal de los participantes se refirió a la calidad de vida de los pacientes (31.4%) lo cual fue enunciado como una obligación para tratar síntomas de molestia, dolor y sufrimiento. Dentro de estos casos, las enfermeras frecuentemente se cuestionaron los beneficios y las cargas de los tratamientos médicos agresivos, especialmente al final de la vida. Por ejemplo, describiendo un tratamiento agresivo que una familia solicitó para un adulto con múltiples condiciones crónicas, una respondiente dijo “¿podemos como sociedad costear ofrecer todo este cuidado para toda la gente?” El cuidado por si mismo no está libre de consecuencias y frecuentemente es doloroso. ¿Cuál es el punto de causar más sufrimiento cuando el resultado que parece seguro es la muerte?” Otra participante describió una adulta mayor terminal con falla cardíaca y dijo: “El equipo al cuidado de la salud no fue capaz de tratar adecuadamente al paciente por que la familia insistió en intervenciones que no podían beneficiarla, además de que le causaban mucho malestar.” Esta respondiente expresó mucha preocupación ante la implementación de tratamientos que causen sufrimiento al paciente.

Promover la autonomía del paciente fue la segunda más frecuentemente citada prioridad ética (21.4%). En estos casos, las enfermeras claramente indicaron que las preferencias de los pacientes deberían prevalecer sobre los deseos de la familia o los valores del equipo con respecto del cuidado de la salud. Más frecuentemente, las enfermeras quienes dieron prioridad a la autonomía describieron situaciones en las cuales las familias, así como los médicos, ignoraban claramente los deseos de sus pacientes de terminar sus vidas. Por ejemplo, una enfermera narró una situación en la cual la familia inició un tratamiento que contradecía las órdenes del paciente. Los médicos cumplieron con los deseos de la familia de extender la vida del paciente, pero las enfermeras objetaron esta decisión. La respondiente identificó la prioridad como “dignidad y derechos del paciente (que no son honrados).”

En otras situaciones relativas a la eutanasia se mostró a una enfermera apoyando completamente la decisión del paciente de auto-determinar cuándo morir, y a otra enfermera batallando para determinar las acciones morales y la justificación ética luego que una familia solicitó medicamentos de alivio para un paciente terminalmente enfermo. Esta última enfermera reportó que un médico ordenó una fuerte dosis de morfina, misma que la enfermera rehusó suministrar. La enfermera dijo:

“Luego del suceso, le platicué esto a una experimentada enfermera oncóloga. Ella me dijo que le hubiera dado la morfina. Siempre pienso que abandoné al paciente y que no le facilité su camino..”

Un cuidado por debajo del estándar fue la tercera prioridad más frecuentemente citada (14.3%). Estos casos involucraron situaciones en las cuales el equipo al cuidado de la salud, o no se ajustó a los estándares de cuidado, o tuvo severos conflictos con respecto del tratamiento. Algunos ejemplos de estas situaciones incluyeron a aquellas familias que interfirieron con el cuidado, así como a médicos que no siguieron los códigos.

Otras preocupaciones éticas expresadas por las enfermeras fueron: proveer diagnóstico honesto así como información del pronóstico (7%), identificar las expectativas no realistas de la familia con respecto del tratamiento (5.7%), corregir fallas en el sistema de salud (4.3%) tales como problemas de comunicación y apoyo para las enfermeras que reportan preocupaciones éticas, mantener la confiabilidad del paciente (2.9%), y tomar decisiones sobre pacientes vulnerables cuyas familias están ausentes (2.9%). Seis participantes no respondieron (8.6%).

Voces de las Enfermeras:

En dos diferentes secciones de nuestro cuestionario de incidente crítico les pedimos a las respondientes que identificaran acciones de las enfermeras ante las situaciones éticamente difíciles. Primero, les pedimos articular las acciones específicas que fueron tomadas dentro del incidente crítico que narraron. Interesantemente, las enfermeras explicaron acciones en muchas formas. En algunos casos, las enfermeras claramente describieron sus acciones, así como las de los demás, en la situación específica. En otros casos, las enfermeras fueron vagas sobre las acciones, su involucramiento, quién inició las acciones descritas, etcétera. Ocasionalmente, las enfermeras sugirieron lo que debió o no debió haberse hecho. Consecuentemente, analizamos cómo cada respondiente caracterizó el conflicto ético y describió las acciones tomadas al respecto. Consideramos estas categorías como “las voces de las enfermeras.” Cuatro categorías fueron extraídas: voz de ética específica, voz de ética difusa, voz de ética subjetiva, y voz de ética provocativa. En la tabla 1 se muestran situaciones específicas que ilustran estas categorías. Interesantemente, 24 de las 29 voces de ética difusas ocurrieron en situaciones de pacientes al final de su vida.

En una cuestión separada al final de la encuesta, les pedimos a las enfermeras identificar las acciones de enfermería que específicamente se refirieron a la ética en situaciones difíciles. Sus respuestas fueron listadas y agrupadas en categorías. Las frecuencias se muestran en la tabla 2.

Resultados de las Acciones de las Enfermeras:

Las respuestas de las acciones también fueron analizadas y categorizadas. Debido a que factores múltiples influyen en los resultados en situaciones éticas difíciles y que las respuestas fueron en general breves, evitamos decir que tales acciones específicas llevaron a resultados específicos, y preferimos categorizar los datos de forma más general (tabla 3). Pero más de dos tercios de las respondientes (n=47) describieron claramente las diversas acciones. Treinta de estas participantes percibieron que la situación mejoraba en el sentido de que había mayor adherencia a los deseos del paciente, mejor comunicación entre el equipo y con el paciente y su familia, y un plan de tratamiento más claro. En casi una cuarta parte (n=17), las enfermeras reportaron haber observado asuntos éticos y provisto “el mejor cuidado posible” para los pacientes, pero no describieron las

acciones éticas ulteriores. La mayoría de estos incidentes se refirieron a situaciones de calidad en las cuales las enfermeras consideraron los beneficios y las cargas del tratamiento pero no mencionaron las acciones de enfermería específicas para identificar cuestiones éticas. Estos casos de “testimonio cargado por la enfermera” se dividieron en adultos (n=8) y niños (n=9).

Todos los datos fueron adicionalmente analizados en busca de evidencia de enfermeras usando la cadena de comando (i.e. enfermeras supervisoras) para reportar preocupaciones éticas (tabla 3). Nueve de las 30 enfermeras que reportaron “acción tomada y situación mejorada” habían llegado a la cadena de comando. Una de estas enfermeras comentó que aunque ella fue reprimida por una enfermera en jefe por haber expresado una preocupación ética, ella insistió en consultar sobre el asunto. Una de las cuatro enfermeras quienes no tomaron acción más allá de externar la cuestión explicó: “ella (la enfermera en jefe) me dijo que no me metiera con el médico, ni que hablara de ética. Yo me sentí amenazada e incapaz de avanzar.”

Naturaleza de las Lamentaciones en Incidentes Éticos:

Varias de las respondientes (n=29; 41.4%) expresaron lamentación en sus incidentes críticos. Diecisiete enfermeras se refirieron a que lamentaban el sufrimiento innecesario. Por ejemplo, una participante dijo: “Yo sentí que el paciente sufría mucho, y las situaciones éticas difíciles tienden a generar desesperanza y burnout entre las enfermeras que cuidan a esos pacientes.” Ocho enfermeras describieron lamentación por no haber hecho nada.. por ejemplo “este caso me ha intrigado por años ya que pienso que pude haber sido un mejor apoyo para el paciente” y “más esfuerzos pudieron haber sido hechos para ayudar a la familia y al paciente.” Ocho enfermeras expresaron lamentación de que el sistema de cuidado haya fallado en identificar la futilidad médica. En este sentido, una enfermera dijo:

“El paciente no quería que el personal le hiciera nada. Quizá no deberíamos hacer algunas cosas aunque podamos. La muerte es frecuentemente mejor de lo que les hacemos a los pacientes.”

Una enfermera lamentó la situación de los equipos de cuidado que “son incapaces de identificar y platicar la prognosis con los pacientes.” Trece enfermeras expresaron múltiples y diversas lamentaciones. Una dijo: “El incidente fue extremadamente desgastante y nos tomó bastante tiempo superarlo.” Frases como “llorar por días” y la “larga espera..” indicaron que las enfermeras consideran que lamentan el tiempo y lo consideran un factor ético. Finalmente, dos enfermeras lamentaron las posiciones de otras enfermeras en situaciones éticas difíciles: una dijo: “yo creo que las enfermeras están en medio de situaciones creadas por otros, y no tenemos poder para cambiar la situación.”

Discusión:

Las respondientes participaban en una conferencia de ética en el sur de California. Estas enfermeras reportaron tener mayor educación, 75.7% con licenciatura o más, en comparación con 39.1% de las enfermeras de California en general (California Board of Registered Nurses 2009) y 50% de las enfermeras en todos los Estados Unidos (Health Resources and Services Administration, 2010). La mayoría de las participantes (84.3%) reportaron educación previa en ética. Ya que la educación en ética está asociada con mayores puntuaciones de acción moral y el sentimiento de estar calificado para iniciar diálogos éticos (Grady et al., 2008), nuestro altamente educado grupo proporcionó reflexiones valiosas sobre las acciones de enfermería en este sentido. Sin embargo, debido a que el nivel educativo de nuestras participantes fue mayor que el promedio,

y que éstas estaban participando en una conferencia sobre ética, los resultados pudieron haber estado cargados hacia una deliberación moral más fuerte.

La provisión 1 del código de ética de la ANA (ANA, 2001) específicamente fomenta que las enfermeras practiquen con compasión y respeto por la dignidad y derecho de la auto-determinación de los pacientes. Reflejando esas recomendaciones, nuestras respondientes establecieron como prioridad las preocupaciones por el sufrimiento de los pacientes, pero también por su autonomía. No obstante lo anterior, solamente 13 enfermeras sugirieron que las enfermeras deberían explorar las preferencias de los pacientes sobre los diversos tratamientos (Zomordi & Foley, 2009), y trabajar efectivamente dentro de sistemas complejos para fomentar planes de tratamiento centrados en el paciente. Notando que los profesionales del cuidado de la salud generalmente están de acuerdo sobre los valores y preferencias de los pacientes como consideración primaria para las decisiones de tratamiento, Tilden y asociados (2011) enunciaron: “No obstante la amplia aceptación de esta premisa, así como de las guías nacionales sobre cuidado y la advocación de muchas organizaciones en este sentido, la planeación del cuidado sigue siendo problemática (p.56).

Nuestras enfermeras participantes eran muy educadas, y aún así, algunas fallaron en reconocer su rol en la planeación del cuidado avanzado. De hecho, únicamente una enfermera consideró fomentar en los pacientes el establecimiento de directivas éticas por adelantado sobre las acciones de enfermería. De acuerdo con un enunciado de la ANA (2010), las discusiones de planeación de cuidado avanzado deberían incluir herramientas tales como órdenes sobre los tratamientos para sostener la vida (POLST) así como las directivas correspondientes. Las enfermeras necesitan hacerse más diestras para iniciar estas importantes conversaciones, tanto con el equipo al cuidado de la salud, así como con los pacientes incurablemente enfermos y sus familiares. Entender las complejidades morales alrededor de las directivas y la planeación avanzada es muy importante. Desarrollar sistemas para apoyar y entrenar enfermeras para integrar a los pacientes y sus familias en la planeación avanzada de sus cuidados es imperativo (Institute of Medicine, 2003). Nuevos programas tales como el Advanced Illness Management (AIM) se apoya en servicios multidisciplinarios que ayudan a guiar más ampliamente a los pacientes y disminuir sus estancias en cuidado terminal (Meyer, 2011).

Las enfermeras proporcionaron 12 actividades de enfermería específicas a cuestiones éticas (tabla 2) muy vinculadas con la comunicación, el apoyo, y la colaboración. En menor medida nuestras respondientes también describieron formas éticas de ser, incluyendo estar presentes, ser respetuosas, y ser sinceras. En este sentido, Milton (2003) sugirió que la ética de la enfermería no está formada por actividades discretas sino de maneras de interactuar con los pacientes. Interesantemente, pocas de nuestras participantes hablaron de las formas de ser durante las situaciones éticas difíciles. Aún menos respondientes mencionaron formas de deliberar sobre los dilemas morales. Esto pudiera sugerir que las enfermeras no consideran la deliberación moral como parte de sus roles.

Algunas enfermeras describieron sus obligaciones éticas únicamente en términos de la provisión de un cuidado comprensivo y estandarizado, así como del alivio del sufrimiento del paciente y su familia. Aunque estas obligaciones son imperativas, muchas de estas enfermeras fallaron en indicar una conciencia de cualquier otra obligación para identificar conflictos éticos. Las enfermeras, o no reconocieron el conflicto moral, o no creyeron que era parte de su rol resolver esto. Por consiguiente, estas participantes expresaron sus preocupaciones éticas de una manera difusa, unilateral, o subjetiva. Similarmente, Georges y Gryphonk (2002) concluyeron que las enfermeras frecuentemente fallan en reconocer los elementos morales de las situaciones complejas, y que carecen de las destrezas para, efectivamente, resolver los dilemas morales. Por ejemplo, una enfermera en nuestro estudio describió un prolongado malestar moral por el uso de opioides en un paciente terminalmente enfermo.

En estos respectos, la acción moral es una parte teóricamente esperada de la enfermería. La California Nursing Practice Act (California Code of Regulations, 2011) expresa:

“la enfermera actúa como abogada del paciente, tal y como las circunstancias lo requieren, al iniciar acciones para mejorar el cuidado de la salud o cambiar decisiones o actividades que están en contra de los intereses o deseos del paciente, y al dar al paciente la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre su cuidado, antes de que este sea provisto (Título 16, Artículo 4, Sección 1443.5).”

Nuestros hallazgos sugieren que algunas enfermeras de California pudieran no estar llevando a cabo sus obligaciones de advocacia al paciente de una manera competente.

Casi la mitad de nuestras participantes reconocieron e iniciaron acciones sobre los conflictos éticos. Frecuentemente impulsadas por el sufrimiento que atestiguaban, estas enfermeras reportaron haber tomado acciones éticas específicas para afrontar el conflicto, incluyendo la consulta y el trabajo en equipo para discutir las tensiones éticas de la situación. Barrito y Lino-Kilpi (2005) también reportaron evidencia de una intención de advocacia proactiva en sus participantes.

Algunos investigadores han citado que el ambiente laboral es factor fundamental sobre las prácticas éticas de las enfermeras (Goethals, Gastman & de Cástrele, 2010; Penticuff, & Walden, 2000; Peter, Lunardi, & McFarlane, 2004). Al respecto, varias de nuestras participantes indicaron que sus supervisoras enfermeras eran figuras clave sobre cómo los conflictos éticos eran deliberados. Algunas expresaron aprecio por el apoyo que recibieron, sin embargo, 2 enfermeras mencionaron que sus supervisoras habían sido barreras para una resolución exitosa de estos dilemas. En este sentido, y reconociendo la centralidad de las relaciones de poder dentro de las organizaciones, Peter et al (2004) describieron lo que llamaron como “actos de resistencia” moralmente motivados. Los desacuerdos con los médicos en relación con el cuidado de los pacientes predominaron, especialmente cuando el tratamiento causó sufrimiento innecesario y fue percibido como inútil.

Las enfermeras de nuestro estudio mostraron desacuerdos similares con algunos planes prescritos por médicos; sin embargo, nosotros también notamos que las enfermeras estaban en desacuerdo con los integrantes de la familia que insistían en que se tomaran todas las medidas, aún si estas estaban en franca oposición con los deseos de los pacientes. Los actos de resistencia de las enfermeras fueron usualmente dirigidos hacia clarificar las metas de tratamiento, consultar con las enfermeras supervisoras, iniciar consultas éticas o conferencias familiares, y en unos pocos casos, rehusar proveer el tratamiento prescrito. “Hablar fuerte” fue sugerido por algunas participantes como forma de afrontar el conflicto ético (tabla 2). Casi la mitad de nuestras respondientes reportaron alguna mejoría cuando se iniciaron acciones éticas específicas. Sin embargo, un alarmante número de enfermeras (30%) fallaron en apoyar tomando alguna acción ética más allá de proveer cuidado de base estándar, lo cual detuvo cualquier otra iniciativa o acción ética (tabla 3). Aún más, casi la mitad de las participantes tuvieron dificultad para vocear y dirigir la acción hacia el asunto ético (tabla 1). Esto sugiere que las enfermeras necesitan más oportunidades educacionales para poder afrontar los conflictos éticos; y también indica una necesidad de desarrollar ambientes laborales más amigables, en los cuales las políticas fomenten a que las enfermeras se preocupen por los conflictos morales.

Beuchamp y Childress (2009) enunciaron que cuando los proveedores del cuidado no pueden afrontar algunos problemas debido a sus obligaciones o a otras circunstancias, éstos experimentan “residuo moral” o lamentación (p.16). Estas lamentaciones fueron evidentes en nuestros datos también. Cuando las participantes recordaron diversos dilemas éticos en el pasado, varias de ellas lamentaron el sufrimiento innecesario de los pacientes, y algunas admitieron “sentimientos” por no haber hecho lo suficiente. Además, nuestros hallazgos sugieren que las enfermeras fueron particularmente vulnerables a lamentaciones morales cuando estuvieron involucradas en situaciones de fin de la vida éticamente estresantes. Las₁₀

enfermeras trabajando en estas situaciones de alto riesgo necesitan más educación de ética y apoyo administrativo. En particular, las supervisoras o jefas de sala y piso están en posiciones para establecer prioridades a patrones de asignación de personal para situaciones éticamente difíciles. Esto es importante ya que en nuestro estudio sobre cuidado paliativo se reportó que las enfermeras frecuentemente describieron patrones inadecuados de asignación de personal para las complejas necesidades de cuidado que los pacientes sus familias tienen al final de sus vidas (Pavlish & Ceronski, 2007). Similarmente, Fagin y Gordon (1996) reportaron que las enfermeras se sentían desmoralizadas cuando las políticas no les permitían proveer cuidado de calidad. Como resultado de estos ambientes de la práctica, las enfermeras no pueden satisfacer sus obligaciones morales con sus pacientes, y frecuentemente experimentan lamentaciones morales que, de acuerdo con algunas participantes, pueden durar años.

Las limitaciones de este estudio incluyen que sólo se analizó una pequeña muestra que educacionalmente no fue representativa. Además, los incidentes críticos sólo son narraciones relativamente breves sobre situaciones clínicas, y pudiera faltarles riqueza contextual.

Conclusiones:

En esta era de confiar en la práctica basada en la evidencia y los indicadores de calidad del cuidado, la ciencia de la enfermería sobre acciones éticas específicas se ha “rezagado.” Desafortunadamente, mientras los sistemas de cuidado de la salud continúan ofreciendo a los pacientes muy enfermos opciones de tratamiento casi sin límite, parece que las habilidades de las enfermeras para identificar los conflictos éticos específicos que surgen de estas opciones no se han mantenido al mismo ritmo. Acciones de enfermería basadas en la evidencia para afrontar los conflictos éticos no existen. Las soluciones sugeridas incluyen desarrollar estrategias para la identificación temprana y la intervención, la clarificación de estándares de práctica específicos a los asuntos éticos, la conducción de rondas y conferencias de ética en la enfermería, y el análisis de asuntos específicos como por ejemplo el cuidado al final de la vida. Adicionalmente se sugiere expandir y estandarizar el currículo de enseñanza de ética en enfermería. Hasta que las estrategias de advocación sean más claramente definidas, las instituciones educativas fomenten la deliberación moral, y las enfermeras implementen más acciones de enfermería basadas en la evidencia, muchas enfermeras seguirán sólo atestiguando sucesos y lamentándose por los resultados. Por su misma naturaleza, los conflictos éticos no pueden ser completamente prevenidos, pero fortalecer las voces de las enfermeras, al incrementar sus destrezas de razonamiento moral y desarrollar el criterio para las intervenciones oportunas y basadas en la evidencia, pudiera mitigar las situaciones éticamente difíciles. Este enfoque pudiera beneficiar a todos en el campo del cuidado de la salud, pero especialmente a los pacientes, sus familias, y a las enfermeras que los cuidan.

Tabla 1: Voces de las Enfermeras en Situaciones Éticas (N=70)

Voz de la Enfermera	%	Características	Muestra
Difusa (n=28)	41.4	La enfermera consideró una dimensión de la situación ética, ya sea desde un punto de vista individual o desde un lado del conflicto. Frecuentemente sólo proporcionó un cuidado estándar al paciente.	La familia de una mujer madura no quería decirle sobre su diagnóstico reciente de cáncer. La enfermera consideró que el paciente debía ser informado y se acercó al médico, quién sólo dijo que así era la cultura. No se tomaron otras acciones.
Específica	38.6	La enfermera consideró las variables interactuantes en la situación ética. Asumió responsabilidad por iniciar una acción dirigida hacia los conflictos éticos que se manifestaron con diferentes puntos de vista, derechos, u obligaciones.	La familia de un paciente de 40 años terminalmente enfermo prohíbe que paciente reciba cualquier fármaco contra el dolor por miedo a que éste muera. El paciente frecuentemente llora de dolor e indica que quiere medicamentos. La familia cuenta con poder legal y amenaza con demandar si se le da algo al paciente que resulta en su muerte. La enfermera convoca una reunión para consultar la situación ética.
Proactiva	11.4	La enfermera consideró conflictos éticos potenciales y anticipó acción para afrontar el asunto emergente.	Una mujer joven embarazada sufrió lesión cerebral traumática luego de un accidente. El personal no estaba conciente que el feto no era viable; la mujer es mantenida con vida mediante tratamientos agresivos. La enfermera a cargo escuchó las preocupaciones y llamó al equipo de unidad de cuidados intensivos, el que trae recursos adicionales para poder aplicar un plan de cuidado cohesivo.
Subjetiva	8.6	La enfermera consideró su propia posición y creyó que se debería tomar acción con base en la propia perspectiva moral.	Una mujer llega a la sala de emergencias con trauma facial luego de sufrir violencia de parte de su esposo. A pesar de tener la obligación legal de reportar, la enfermera es solicitada por la paciente a no reportar. La enfermera decide no hacer nada.

Tabla 2: Acciones de Enfermería Específicas a la Ética Sugeridas (N=167)

Acciones Éticas específicas	Total	% de categoría	% de total
Actividades de Enfermera	124		74.25
Comunicar abierta y oportunamente con el equipo de cuidado	23	18.55	13.77
Poner en la mesa los asuntos de forma oportuna	21	16.94	12.57
Advocar en el mejor interés de los pacientes (acciones no identificadas)	18	14.51	10.78
Colaborar con las familias	15	12.1	8.98
Explorar con los pacientes sus preferencias de tratamiento	13	10.48	7.78
Consultar con el comité de ética	12	9.68	7.19
Iniciar referencias para ayudar al paciente (trabajo social, cuidado paliativo, etc)	8	6.45	4.79
Implementar estándares de cuidado incluyendo Códigos de Ética	6	4.84	3.59
Desarrollar confianza, mantener confidencialidad	3	2.42	1.8
Arreglar conferencias familiares	3	2.42	1.8
Fomentar las directivas por adelantado	1	0.81	0.6
Participar con otros en el desarrollo de políticas	1	0.81	0.6
Formas de ser de la enfermera	23		13.8
Estar presente, ser empática y apoyadora	7	30.43	4.19
Ser fuerte, confidente, no tener miedo de los problemas	7	30.43	4.19
Ser respetuosa, honesta, sincera	4	17.39	2.4
Ser abierta a perspectivas múltiples	3	13.04	1.8
Ser proactiva, anticipar asuntos éticos potenciales	2	8.7	1.2
Formas de conocer de la enfermera	14		8.4
Estar informada sobre ética	7	50	4.19
Estar conciente de los valores propios	5	35.71	3
Entender los asuntos culturales	2	14.29	1.2
Formas de deliberar de las enfermeras	6		3.6
Buscar claridad	5	83.33	3
Considerar el daño/beneficio	1	16.66	0.6

Nota: dos enfermeras dijeron que afrontar los conflictos éticos no era un asunto de enfermería y sugirieron no hacer nada.

Tabla 3: Acción-Resultado en casos Éticos (N=70)

Acción Resultado	Total	% de categoría	% de total
Acción tomada, situación mejorada	30		42.86
Consultó con otros (9 lo hicieron con sus supervisoras)	16	55.33	22.86
Advocó por la autonomía del paciente	4	13.33	5.71
Reportó comportamiento no ético	3	10	4.29
Inició conferencias familiares	3	10	4.29
Inició referencias para afrontar la ética	2	6.6	2.86
Negoció con el médico	1	3.33	1.43
Se alejó de la situación	1	3.33	1.43
Acción tomada, situación no mejoró	10		14.29
Consultó con otros (4 lo hicieron con sus supervisoras)	4	40	5.71
Se reunió con la familia para negociar el cuidado	3	30	4.29
Apoyó a la familia	1	10	1.43
Impulsó la autonomía del paciente	1	10	1.43
Consultó con los pacientes las opciones	1	10	1.43
Acción tomada, situación continúa con resultado desconocido	4		5.71
Inició referencias para afrontar la ética	3	75	4.29
Advocó por la autonomía del paciente	1	25	1.43
Acción tomada, información insuficiente para determinar resultado	3		4.29
Pidió consentimiento informado	1	33.33	1.43
Respetó la confidencialidad del paciente	1	33.33	1.43
Inició referencias	1	33.33	1.43
Sólo cuestionó la ética, situación no mejoró	4		5.71
Consideró la autonomía del paciente, preguntó al médico sobre ética	3	75	4.29
Consideró autonomía del paciente, preguntó a supervisora enfermera	1	25	1.43
Sólo proporcionó cuidado estándar, atestiguó sucesos	17		24.29
Consideró los beneficios y las cargas del tratamiento	12	70.58	17.14
Consideró la autonomía del paciente	4	23.53	5.71
Consideró decir la verdad	1	5.88	1.43
Información insuficiente	2		2.86

Referencias:

American Nurses Association. (2001). Code of ethics for nurses. Kansas City, MO: Author.

American Nurses Association. (2010). Position statement: Registered nurses' roles and responsibilities in providing expert care and counseling at the end of life. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainCategories/Ethics/>

Arora, V., Johnson, J., Lovinger, D., Humphrey, H., & Meitzer, D. (2005). Communication failures in patient sig-out and suggestions for improvement. A critical incident analysis. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), 401-407.

Baldwin, M. (2003). Patient advocacy: A concept analysis. *Nursing Standard*, 17, 33-39.

Beauchamp, T. & Childress, J. (2009) Principles of biomedical ethics. New York, NY: Oxford.

Bradbury-Jones, C., Sambrook, S., & Irvine, F. (2007). The meaning of empowerment for nursing students: A critical incident study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 342-351.

California Board of Registered Nurses. (2009). 2008 Survey of registered nurses. Retrieved from <http://www.rn.ca.gov/pdfs/forms/survey2008.pdf>

California Code of Regulations. (2011). Division 14. Board of Registered Nursing. Retrieved from <http://www.rn.ca.gov/>

Cronquist, A., Theorell, T., Burns, T., & Lutzen, K. (2004). Caring about, caring for. *Nursing Ethics*, 11, 64-76.

Fagin, C., & Gordan, S. (1996). The abandonment of the Patient. *Nursing Outlook*, 44, 147-149.

Flanagan, J. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327-358.

Foley, B., Minick, P., & Kee, C. (2000). Nursing advocacy during a military operation. *Western Journal of Nursing Research*, 22(4), 492-507.

Fox, E., Myers, S., & Pearlman, R. (2007). Ethics consultation in US hospitals. *American Journal of Bioethics*, 7, 13-25.

Gadow, S. (1980). Body and self: A dialectic. *Journal of Medicine & Philosophy*, 5, 172-185.

Georges, J., & Grypdonck, M. (2002). Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: A literature review. *Nursing Ethics*, 9, 155-178.

Goethals, S., Gastmans, C., & de Casterlé, B. (2010). Nurses' ethical reasoning and behavior: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 635-650.

Grady, C., Danis, M., Soeken, K., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., & Ulrich, C. (2008). Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *American Journal of Bioethics*, 8, 4-11.

Guest, G., & MacQueen, K. M. (Eds.). (2008). *Handbook for team-based qualitative research*. New York, NY: Altamira.

Hanks, R. (2007). Barriers to nursing advocacy: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(4), 171-177.

Hanks, R. (2008). The lived experience of nursing advocacy. *Nursing Ethics*, 15(4), 468-477.

Health Resources and Services Administration. (2010). The registered nurse population: Findings from the 2008 national sample survey of registered nurses. Retrieved from <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurveys/>

Hewitt, J. (2002). A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 439-445.

Hyland, D. (2002). An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: Implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 9(5), 472-482.

Institute of Medicine (2003). *Describing death in America: What we need to know*. Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/2003/Describing-Death-in-America-What-We-Need-to-Know.aspx>

International Council of Nurses. (2006). Code of ethics. Retrieved from <http://www.icn.ch/about-icn/>

Kemppainen, J. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1264-1271.

Meyer, H. (2011). Changing the conversation in California about care near the end of life. *Health Affairs*, 30(3), 390-393.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Milton, C. (2003). The American Nurses Association Code of Ethics: A reflection on the ethics of respect and human dignity with nurse as expert. *Nursing Science Quarterly*, 16(4), 301-304.
- Munck, B., Fridlund, B., & Martensson, J. (2008). Next-of-kin caregivers in palliative home care- From control to loss of control. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 578-586.
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Hersh, M., Shirk, M., & Nudelman, O. (2011). Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1), 13-21.
- Pavlish, C., & Ceronsky, L. (2007). Oncology nurses' perceptions about palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 793-800.
- Penticuff, J., & Walden, M. (2000). Influence of practice environment and nurse characteristics on prenatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nursing Research*, 49, 64-72.
- Peter, E., Lunardi, V., & Macfarlane, A. (2004). Nursing resistance as ethical action. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 403-416.
- Schlairet, M. (2009). Bioethics mediation: The role and importance of nurse advocacy. *Nursing Outlook*, 57(4), 185-193.
- Schluter, J., Seaton, P., & Chahoyer, V. (2008). Critical incident technique: A user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1) 107-114.
- Shkedi, A. (2005). *Multiple case narrative: A qualitative approach to studying multiple populations*. Philadelphia, PA: John Benjamin.
- Thacker, K. S. (2008). Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nursing Ethics*, 15(2), 174-185.
- Tilden, V., Corless, I., Dahlin, C., Ferrell, B., Gibson, R., & Lentz, J. (2011) Advance care planning as an urgent public health concern. *Nursing Outlook*, 59(1), 55-56.
- Vaartio, H., & Leino-Kilpi, H. (2005). Nursing advocacy: A review of the empirical research 1990-2003. *International Journal of Nursing Studies*, 42(6), 705-714.
- von Post, I. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. *Nursing Ethics*. 3(3), 236-249.
- Willard, C. (1996). The nurse's role as patient advocate: Obligation or imposition? *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 60-66.
- Zomorodi, M., & Foley, B. J. (2009). The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: Clarifying the "thin line." *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1746—1752.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T54

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Delineación de Auto-Cuidado y Conceptos Asociados

Richard AA, Shea K.

Delineation of Self-Care and Associated Concepts

J Nurs Scholarsh. 2011 Sep; 43(3): 255-64.

Delineación de Auto-Cuidado y Conceptos Asociados

Delineation of Self-Care and Associated Concepts

Angela A. Richard, MS, RN, Doctoral Candidate, University of Colorado, College of Nursing.

Kimberley Shea, PhD, RN; Assistant Professor, Arizona State University.

Journal of Nursing Scholarship, 2011; 43:3

Abstract:

Propósito:

El propósito de este estudio es delinear cinco conceptos que son frecuentemente usados como sinónimos en la enfermería y su literatura: auto-cuidado, auto-manejo, auto-monitoreo, manejo de síntomas, y auto-eficacia para el cuidado.

Método:

Se revisó la literatura correspondiente y se llevó a cabo una identificación de relaciones, comunalidades y diferencias.

Hallazgos:

Más comunalidades que diferencias existen entre auto-cuidado, auto-manejo, y auto-monitoreo. El manejo de síntomas se extiende más allá de los conceptos de auto-cuidado al incluir actividades del proveedor de cuidado. La auto-eficacia puede mediar o moderar los otros 4 conceptos. Las relaciones entre los conceptos son mostradas en un modelo.

Conclusiones:

Un entendimiento más claro sobre las coincidencias, diferencias y relaciones entre los cinco conceptos puede proveer claridad, dirección y especificidad para las enfermeras investigadoras, creadores de políticas, y clínicos.

Relevancia Clínica:

La claridad de concepto permite a las enfermeras usar evidencia para lograr mejores resultados.

Artículo:

La visión filosófica de que los individuos son responsables por su propia salud empezó a recibir mayor interés en la última mitad del siglo XX con el cambio en los patrones de enfermedad predominantes, desde la enfermedad aguda hacia la crónica (Wilkinson & Whitehead, 2009). Durante ese tiempo, los creadores de políticas empezaron a considerar los recursos involucrados en el manejo de la enfermedad crónica. El énfasis sobre individuos que toman la responsabilidad por su cuidado es impulsado por la economía y el cambio en la percepción del rol de los proveedores de cuidado, desde uno en el cual los expertos proveen cuidado a pacientes, hacia uno en el cual los proveedores apoyan y empoderan a los pacientes mientras éstos se hacen responsables de su propia salud (Barlow, Wright, Shesby, Turnen & Hainsworth, 2002; Bodenheimer, Lorig, Colman, & Grumbach, 2002; Chapple & Rogers, 1999; Lipson & Steiger, 1996; McCormack, 2003; Wilkinson & Whitehead, 2009).

Al final de los años 90's, la American Academy of Nursing (AAN) Expert Panel on Quality Health Care identificó cinco resultados sensitivos al cuidado de enfermería: el logro de un auto-cuidado apropiado, demostración de comportamientos promotores de la salud, calidad de vida relativa a la salud, percepción de estar bien cuidado, y manejo de síntomas (Doran & Pringle, 2011; Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998; Mitchel & Lang, 2004). La identificación de resultados por parte de la AAN iluminó la importancia de evaluar y monitorear las habilidades y comportamientos de auto-cuidado de los pacientes. Existe bastante coincidencia, sin embargo, con el concepto de auto-cuidado y sus conceptos relativos de auto-manejo, auto-monitoreo, manejo de síntomas, y auto-eficacia. Mientras los conceptos han sido discutidos en detalle en enfermería y la literatura correspondiente, las diferencias y relaciones entre estos conceptos no están claras. Un proceso de delineación de concepto para clarificar diferencias y comunalidades entre los conceptos es apropiado cuando existen confusiones en las mediaciones y los entendimientos (Morse, 1995).

Propósito y Método:

El propósito de este estudio es clarificar similitudes y diferencias entre los cinco conceptos: auto-cuidado, auto-manejo, auto-monitoreo, manejo de síntomas, y auto-eficacia, usando un método de delineación. Las recomendaciones de Morse (1995) para llevar a cabo este proceso incluyen 3 pasos: (a) revisión de la literatura sobre cada concepto de forma separada; (b) identificación de relaciones entre los conceptos; y (c) búsqueda de comunalidades y contrastes entre conceptos. Una búsqueda de la literatura fue llevada en el OVID Medline, el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), y el Google Scholar, de 1994 a 2010. Un total de 65 artículos fueron identificados y revisados.

Revisión de la Literatura:

El auto-cuidado involucra tanto la habilidad para cuidarse a uno mismo, como las actividades necesarias para lograr, mantener, y promover la salud óptima. Lipson y Steiger (1996) definieron auto-cuidado como las actividades llevadas a cabo por individuos y comunidades para lograr, mantener y promover la máxima salud (p.16). Los elementos comunes entre las varias definiciones incluyen: reconocimiento de que el auto-cuidado es una situación específica influida culturalmente que implica la habilidad para tomar decisiones y llevar las acciones correspondientes, y por lo tanto se refiere a las actividades bajo el control del individuo (Gantz, 1990). El auto-cuidado también ha sido visto como un continuo que va desde la completa independencia en el manejo de la salud hasta la completa dependencia del cuidado médico (Wilkinson & Whitehead, 2009).

El concepto de auto-cuidado subyace a muchas intervenciones de enfermería, incluyendo las actividades educativas y de apoyo intencionadas a promover la habilidad del individuo o familia para asumir la responsabilidad por las necesidades de cuidado de la salud del individuo (Cebeci & Senol, 2008; Sidani, 2011^a). La investigación de enfermería sobre el auto-cuidado es frecuentemente guiada por la teoría de déficit de auto-cuidado de Orem, en la cual, el auto-cuidado estuvo definido como “acciones llevadas a cabo deliberadamente para regular el funcionamiento y desarrollo.” La habilidad de auto-cuidado es la capacidad de llevar a cabo actividades de auto-cuidado. La demanda de auto-cuidado terapéutico que exceda la habilidad de auto-cuidado resultará en déficit de auto-cuidado. Las acciones de enfermería para enfrentar las demandas de auto-cuidado terapéutico y los déficits de auto-cuidado están categorizadas como: (a) actuar o hacer para el otro, (b) guiar al otro, (c) apoyar a otro física o psicológicamente, (d) proveer un ambiente en el que se promueva el desarrollo personal, y (e) enseñar a otro (Denles, Orem, & Bedel, 2001; Henry & Holzemer, 1997; Orem, 1995).

El auto-cuidado es un concepto amplio, que se refiere a las responsabilidades individuales por estilos de vida saludables requeridos para el desarrollo y funcionamiento humano, así como aquellas actividades necesarias para manejar condiciones de salud agudas crónicas. Backman y Huntinen (1999) reportaron que los pacientes identificaron cuatro niveles de desempeño de auto-cuidado: responsable, formalmente guiado, independiente, y abandonado. Otros estudios cualitativos sobre el significado de auto-cuidado han señalado temas tales como “escuchar el cuerpo” o monitorear pistas corporales, manejar el contexto social, tener control sobre el tratamiento, y no lastimarse a sí mismo (Leenerts & Magilvy, 2000; Thorne, Paterson, & Russell, 2003). Leenerts, Teel, y Pendelton (2002) desarrollaron un modelo para la promoción del auto-cuidado en el envejecimiento que incluye la consideración de los elementos del ambiente externo/interno, la educación, el uso de recursos, etcétera.

Otros antecedentes de auto-cuidado incluyen el auto-cuidado percibido, así como factores cognitivos, psicosociales, físicos, demográficos y socioculturales (Sidani, 2011^a). Carlson, Riegel, y Moser (2001) notaron que los pacientes experimentados con condiciones de salud particulares pudieran tener mayor probabilidad de llevar a cabo acciones de auto-cuidado. Algunas barreras al auto-cuidado para los pacientes crónicamente enfermos incluyen limitaciones físicas, falta de conocimiento, restricciones financieras y logísticas, necesidad de apoyo social y emocional, agravación de una condición por los síntomas de otra, problemas con los medicamentos, y otras condiciones dominantes (Bayliss, Steiner, Fernald, Crane & Mai, 2003).

Las consecuencias del auto-cuidado han sido identificadas como el logro de resultados deseados, la disminución de la utilización de los servicios de salud (incluyendo las re-admisiones hospitalarias), la mayor satisfacción de los pacientes, la disminución de los costos de salud, la mayor adaptación, un mejor sentido de control, más profundidad en el sentido de significado, bienestar, calidad de vida, control de síntomas, y una mejor recuperación (Leenerts et al., 2002; Schnell-Hoehn, Naimark & Tate, 2009; Sidani, 2011^a); Song, 2010).

Auto-Manejo:

La relación de auto-manejo con auto-cuidado no es siempre clara. El auto-manejo ha sido conceptualizado como un sub-conjunto del auto-cuidado (Barlow et al., 2002; Wilkinson & Whitehead, 2009) enfocado a manejar el impacto actual o potencial de la enfermedad, no obstante que Wilde y Garden (2007) apuntaron que el término auto-cuidado era frecuentemente considerado dentro del concepto de auto-manejo. Mientras el término auto-manejo se puede aplicar a las

actividades de promoción de la salud así como a aquellas relacionadas con la enfermedad aguda o crónica, éste es más frecuentemente visto en la literatura de la enfermedad crónica (Jerant, von Friedrichs-Fitzwater, & Moore, 2005; Lorig & Colman, 2003; Wagner, Davies, Shaefer, Von Corp., & Autin, 2002; Wilde & Garvin, 2007). El auto-manejo difiere del concepto manejo de enfermedad normalmente usado en enfermedades crónicas (Jerano & Colman, 2003; Wagner, Davies, Shaefer, van Korkk, & Austin, 2002; Wilde & Garvin, 2007). El manejo de enfermedad es externo a los esfuerzos individuales del paciente y se refiere a los sistemas de cuidado de la salud (Meyer, Kobb, & ryan, 2002; Wagner, 2000).

El auto-manejo ha sido definido como una habilidad y proceso que los individuos usan para obtener control de sus enfermedades (Thorne et al., 2003). Wilkinson y Whitehead (2009) lo definieron como una habilidad del individuo en conjunción con la familia, comunidad, y profesionales del cuidado de la salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en el estilo de vida, y las consecuencias psicosociales, físicas, culturales, y espirituales de las enfermedades crónicas (Thorne et al., 2003; Unger & Buelow, 2009). El manejo efectivo de las condiciones crónicas involucra decisiones cognitivas relacionadas con el mantenimiento de la estabilidad fisiológica y el reconocimiento y respuesta a los síntomas (Paradis, Cóssete, Frasure-Smith, Heppell & Guertin, 2010; Riegel & Dickson, 2008). Unger y Buelow (2009) reportaron que los recién diagnosticados pacientes epilépticos veían el auto-manejo como un fenómeno dinámico que involucra el constante monitoreo de la salud percibida y la implementación de estrategias para manejar los síntomas y los tratamientos.

Los programas de auto-manejo de enfermedad crónica proveen intervenciones para facilitar las habilidades de los pacientes de auto-monitorear los síntomas o procesos fisiológicos, y tomar decisiones informadas como socios activos en el manejo de su salud (Chodosh, et al., 2005). Tales programas pudieran ser específicos a una enfermedad, o genéricos a todas las condiciones crónicas. Las intervenciones pudieran incluir retroalimentación, enseñanza, simulación, apoyo psicológico, cuidado médico, guías de apoyo para la toma de decisiones, y tecnologías de información (Barlow, et al., 2002; Chodosh et al., 2005; Lorig & Colman, 2003; Wagner et al., (2002). Wagner y colaboradores reportaron que los programas sobre enfermedades crónicas que se apoyan sobre las estrategias de educación de paciente tradicionales en comparación de los acercamientos de auto-manejo tuvieron una efectividad limitada. Un programa exitoso, el Chronic Disease Self Management Program, está enmarcado por la teoría de la auto-eficacia ya que esta teoría se refiere a la creencia o habilidad propia para lograr actividades específicas (Lorig & Colman, 2003). La efectividad de los programas de auto-manejo es típicamente medida en términos de resultados físicos, psicológicos, y sociales relevantes, tales como conocimiento, uso de fármacos, auto-eficacia, comportamientos de auto-manejo, uso de recursos para el cuidado de la salud, y calidad de vida (Barlow et al., 2002; Bedenheimer et al., 2002; codos et al., 2005; Lorig, Ritter & Plant, 2005).

El estatus de salud percibido y la auto-eficacia son antecedentes de actividades de auto-manejo (Lorig & Colman, 2003; Unger & Buelow, 2009). Jerano et al., (2005) identificaron barreras para el auto-manejo incluyendo depresión, problemas de peso, dificultad para ejercitarse, fatiga, mala comunicación con el médico, poco apoyo familiar, dolor, y problemas financieros. Las barreras para acceder los recursos necesarios para el auto-manejo fueron falta de conciencia, síntomas físicos, problemas de transporte, y costos y falta de seguro. Las consecuencias del auto-manejo activo incluyeron resultados mejorados, mortalidad reducida, calidad de vida mejorada, y reducción de costos de cuidado. Los investigadores notaron que el proceso de visualizar una meta relacionada con la salud, estableciendo un régimen terapéutico, y siguiendo y adaptando el régimen tiene valor intrínseco para los pacientes, sin importar la efectividad del tratamiento de auto-manejo.

Auto-Monitoreo:

El auto-monitoreo se refiere a la vigilancia de los parámetros fisiológicos específicos o síntomas de una condición de salud. Wilde y Garvin (2007) identificaron dos componentes complementarios que informan sobre cognición o proveen información para la acción o consulta con proveedores de cuidado: (a) conciencia de los síntomas corporales, sensaciones, actividades diarias, y procesos cognitivos, y (b) mediciones, lecturas, y registros. Song y Lipman (2008) definieron auto-monitoreo de diabetes como una “conciencia, interpretación, y respuesta a las manifestaciones de la diabetes tipo 2 en un paciente” (p1702). Estos mismos autores notaron que el auto-monitoreo es un subconjunto del auto-cuidado, pero delimitaron la definición de las actividades de auto-monitoreo a aquellas llevadas a cabo por el paciente de forma independiente o con la participación de miembros de la familia, y limitadas a la medición y el registro de información sobre salud. Esta diferenciación entre auto-monitoreo y auto-cuidado, también encontrada en otros artículos, implica que un sistema más expansivo de apoyo está inherente en el concepto de auto-cuidado.

Los antecedentes del auto-monitoreo fueron identificados como diagnóstico, conocimiento sobre los síntomas y procesos de la enfermedad, apoyo social para el bienestar, factores culturales, destrezas para la solución de problemas, mediciones o registros, y objetivos de vida ante una condición crónica. Las consecuencias incluyeron un auto-manejo mejorado, un mejor manejo de síntomas, regulación de enfermedades mejorada, reducción de las complicaciones, adaptación mejorada a las enfermedades, metas más realistas, y calidad de vida aumentada (Peel, Parry, Douglas, & Walton, 2004; Wilde & Garvin, 2007). Peel et al también reportaron que el auto-monitoreo de la glucosa en sangre aumentaba la conciencia del estilo de vida necesario.

Manejo de síntomas:

Muchas intervenciones de enfermería están específicamente diseñadas para minimizar, aliviar, o evitar síntomas de salud indeseables (Bolton, Donaldson, Rutledge, Bennett & Brown, 2007; Hegyvary, 1993; Molassiotis, et al., 2009; Sidani, 2011b). Por su parte, Dodd et al., (2001) definieron los síntomas de salud como “experiencias subjetivas que reflejan cambios en el funcionamiento biopsicosocial, sensaciones, o cognición de un individuo” (p.669). Hegyvary (1993) diferenció entre signos relacionados con la salud y síntomas como indicadores subjetivos de cambios en la función normal. La ausencia de síntomas no necesariamente es salud óptima y bienestar. Los síntomas mal controlados, sin embargo, pueden tener impactos devastadores y costosos para los pacientes y para los sistemas de salud. La University of California, San Francisco School of Nursing (UCSFSON) tiene un modelo para el manejo de síntomas que teoriza tres dimensiones: experiencia de síntomas, manejo de síntomas, y resultados. La experiencia de síntomas incluye la percepción de los síntomas, la evaluación y la respuesta, y está influida por características personales, factores psicológicos, socioculturales, fisiológicos, y experiencias del pasado. Las estrategias de manejo de síntomas son biomédicas, profesionales, o de acciones de cuidado para evitar resultados negativos. Los resultados que emergen de las estrategias de manejo de síntomas y de la experiencia de síntomas incluyen el estatus funcional, el auto-cuidado, los costos, la calidad de vida, la mortalidad, el estatus emocional, y la morbilidad y co-morbilidad (Dodd et al., 2001; UCSFSON Symptom Management Faculty Group, 1994). El modelo UCSFSON de manejo de síntomas ha sido apoyado por varios estudios empíricos (Dodd et al., 2001; Quinn, 2001; Sidani, 2011b).

La literatura de enfermería incluye otros modelos conceptuales relacionados con el manejo de síntomas. El modelo de interpretación es una conceptualización multi-dimensional de interpretación de síntomas que incluye la identificación conceptual, estructuras de conocimiento, y razonamiento, que conducen a comportamientos y acciones hacia los resultados de

salud (Teel, Meek, McNamara & Watson, 1977). Larson et al., (1999) expandieron el modelo de manejo de síntomas UCSFSON dentro del acercamiento integrado para el manejo de síntomas (IASM), agregando dos dimensiones: definición de los síntomas y entendimiento de mecanismos y manifestaciones de los síntomas. El modelo también clarificó que la enfermera y el paciente trabajan en paralelo para manejar los síntomas. Este componente del IASM subraya una diferencia esencial entre el concepto de manejo de síntomas, y los conceptos de auto-cuidado, auto-manejo, y auto-monitoreo.

La investigación en el manejo de síntomas es frecuentemente enfocada hacia un solo síntoma tales como dolor, disnea, o náusea, con medidas de severidad o malestar (Quinn, 2001; Sidani, 2011b). Recientemente, los investigadores han empezado a evaluar sub-conjuntos de síntomas que ocurren juntos (Miaskowski, Dodd, & Lee, 2004). Las clasificaciones auto-reportadas son los métodos preferidos para medir los síntomas (Dodd et al., 2001; Sidani, 2011b).

Auto-eficacia:

El concepto de auto-eficacia se originó con la teoría cognitiva social de Bandura (SCT). Bandura (1977) definió la auto-eficacia como “las creencias en las capacidades de uno mismo para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir resultados dados” (p.3). Por lo tanto, en contraste con los conceptos previamente discutidos, el atributo clave de auto-eficacia está en la percepción de la habilidad para llevar a cabo las actividades. En la SCT, tanto los factores personales internos como los factores medioambientales están relacionados recíprocamente con el comportamiento. La auto-eficacia y la expectativa de resultado median la relación entre factores personales y de comportamiento.

Los juicios de auto-eficacia son dinámicos y cambian con el incremento en el conocimiento y la experiencia, y se teoriza que están afectados a través de cuatro mecanismos: logros personales, modelado, persuasión verbal o influencias sociales, y estados fisiológicos afectivos (Bandura, 1997). Los factores que pudieran negativamente afectar la auto-eficacia son complejidad de tarea, distracciones, riesgo o daño inherente en el establecimiento, la credibilidad y nivel de experiencia del individuo que provee el modelado, y los estados emocionales (Bandura, 1997). Otras variables que influyen la auto-eficacia relacionada con el auto-cuidado incluyen edad, género, raza, sistemas de apoyo, estatus marital, creencias religiosas, seguro de salud, síntomas depresivos, y control percibido (Callaghan, 2005; Jerano, Kravitz, Moore-Hill, & Franks, 2008).

La auto-eficacia puede influir en el nivel de metas, en el compromiso con los objetivos, selección de tareas o actividades, estados emocionales o esfuerzos de captación, y la persistencia (Easom, 2003; Gist & Mitchell, 1992; Lenz & Shorrtidge-Baggett, 2002). Varios estudios han apoyado la relación teórica entre auto-eficacia y los resultados del auto-manejo, adaptación, estrés emocional, costos, control de enfermedades, depresión, resultados funcionales y calidad de vida (Aljasen, Pierrot, Wissow & Rubin, 2001; Bandura, 1999; Carroll, 1995; Cherrington, Wallstone, & Rothman, 2010; Hellstrom, Lindmark, Wahlberg & Fugl-Meyer, 2003; Marks, Allegrante & Lorig, 2005; Robinson-Smith, Johnston & Allen, 2000; Shortridge-Baggett, 2001; Sousa, Hartman, Millar & Carroll, 2009; Williams & Bond, 2002). No todos los estudios, sin embargo, han apoyado la relación teórica entre auto-eficacia y auto-manejo. Chlebowy y Garvin (2006) fallaron para encontrar una relación estadística entre las dos variables en su estudio sobre adultos con diabetes. Mientras los investigadores definieron auto-eficacia en una manera consistente con otras investigaciones, ellos sugirieron que sus hallazgos contradictorios pudieron haber sido debidos a adiferencias en las escalas de auto-eficacia. Callaghan (2003) no encontró relación significativa entre auto-eficacia, y habilidades de auto-cuidado sugiriendo que una medida individual de las habilidades de auto-cuidado pudiera no ser suficiente para capturar las complejidades del concepto. La promoción de la salud y los programas de auto-manejo basados en

los postulados de la SCT están diseñados para cambiar los comportamientos de salud a través de la práctica guiada, el moldeado, y la retroalimentación, para mejorar, tanto las destrezas como la auto-eficacia (Lenz & Shortridge-Baggett, 2002).

La auto-eficacia puede mediar la relación entre conocimiento o habilidades y desempeño de actividades o moderar la efectividad de una intervención (i.e. los pacientes con mayor auto-eficacia previa a la intervención muestran mayor mejoría en la habilidad luego de la intervención; Frei, Svarin, Steurer-Stey & Puhan, 2009; Lorig & Colman, 2003). Mientras la auto-eficacia ha sido usada como un resultado, Lorig & Laurent (2007) advirtieron que ésta debería ser una medida en relación con los cambios en comportamientos y el estatus de salud. Esto es consistente con las recomendaciones de Carroll (1995) de que el acercamiento más fuerte hacia la medición de la auto-eficacia incluye el cálculo del grado de congruencia entre auto-eficacia y comportamiento en una tarea específica. Los retos para medir la auto-eficacia incluyen la determinación de la generalidad versus especificidad de datos y asegurar que los reactivos en sus palabras y reacción sean congruentes con el concepto. Bandura recomendó mayor especificidad para incrementar la habilidad predictiva, mientras otros investigadores han recomendado que hacer preguntas más generales pudiera ser mejor para evaluar patrones de comportamiento en diversos contextos (Lenz & Shortridge-Baggett, 2002).

Hallazgos:

Los hallazgos de la revisión de la literatura fueron usados para identificar comunalidades de conceptos, contrastar las diferencias, y examinar las relaciones entre ellos. La identificación de relaciones examina patrones estables de la utilización de conceptos, atributos, propiedades o características que forman el concepto (Bolton, 1977). Patrones estables de utilización de conceptos son establecidos cuando la literatura repetidamente expresa intenciones o resultados fundamentales similares. Los atributos son características distintivas del concepto. Las propiedades y características examinadas incluyen antecedentes o factores influyentes.

Muchas comunalidades entre los cinco conceptos fueron identificadas como un resultado del proceso de delineación. En la Tabla 1 se muestran las comunalidades entre filosofías y puntos de vista, atributos, antecedentes, y resultados entre los diversos conceptos de auto-cuidado, auto-manejo, auto-monitoreo, y manejo de síntomas. Un examen cuidadoso de las comunalidades revela diversas diferencias entre todos los otros conceptos y la auto-eficacia. Únicamente un atributo, conciencia, es común a los conceptos. Los otros atributos de habilidad, desempeño, y toma de decisiones aplican a todos los conceptos, con la excepción de auto-eficacia. La auto-eficacia, que es una percepción, es mostrada como un antecedente de los otros cuatro conceptos, incluyendo auto-eficacia.

La identificación de muchas comunalidades demuestra considerable coincidencia entre los conceptos. Todos los conceptos tienen los mismos objetivos de resultados. La llave para el uso y la aplicación (correcta) de cada concepto se encuentra en entender las diferencias. En la tabla 2 se muestran definiciones específicas de cada concepto y una descripción de la relación con otros conceptos para contrastar las diferencias.

El auto-cuidado tuvo definiciones muy generales de cada componente con un amplio rango de aplicaciones de desarrollo humano y sanitario. Como el auto-cuidado, el auto-manejo definió el "sí mismo" dentro de una esfera más grande que incluyó sistemas de apoyo social y tuvo aplicaciones más allá de aquellas específicas a una enfermedad. Sin embargo, el término fue más frecuentemente usado para describir el manejo de la enfermedad crónica, así como el es estilo de vida, y las ramificaciones psicológicas, culturales, y espirituales. El auto-manejo fue más estrechamente aplicado a la evaluación de signos

y síntomas de una enfermedad o condición de salud. El concepto de manejo de síntomas fue único al considerar tanto el rol del individuo y el rol del proveedor de cuidado en intervenir en pro de paciente como fuera necesario para identificar y minimizar o aliviar los síntomas. Como fue notado previamente, la auto-eficacia no incluyó atributos o la habilidad de desempeño, sino que estuvo limitada a la percepción de la habilidad individual para llevar a cabo actividades y tomar decisiones sobre el auto-cuidado. Pudiera ser considerada como un mediador y moderador de intervenciones para mejorar el auto-cuidado (Easom, 2003; Marks et al., 2005).

En la figura 1 se muestra un modelo visual de las relaciones. Una característica sobresaliente del modelo es el traslape y progresión gradual de un concepto a otro. Todos los conceptos pueden ser considerados resultados; sin embargo, la auto-eficacia funciona mejor como un moderador o mediador. Cuando el manejo de síntomas es llevado a cabo por profesionales del cuidado de la salud en pro del individuo, el concepto es extendido fuera de la esfera de cuidado individual o familiar.

El auto-cuidado es el concepto más agrupador, refiriéndose a la habilidad y desempeño de actividades de un paciente para la promoción y el mantenimiento de la salud, incluyendo actividades específicas a condiciones de salud agudas y crónicas. El auto-manejo, el auto-monitoreo, y el manejo de síntomas caen dentro del dominio de auto-cuidado, más frecuentemente refiriéndose específicamente a la habilidad y desempeño de actividades relacionadas con condiciones agudas y crónicas. El auto-manejo incorpora auto-monitoreo, y manejo de síntomas pero es más amplio en el sentido de que identifica las consecuencias de las condiciones de salud en relación con el manejo funcional, emocional, psicosocial, y físico. El auto-monitoreo es un elemento de auto-manejo pero específico a la conciencia y medición de parámetros y síntomas específicos que indican la necesidad de emprender acción o consultar con un proveedor de cuidado. El manejo de síntomas cae dentro del área del auto-cuidado, auto-manejo, y auto-monitoreo, pero cuando se lleva a cabo por profesionales del cuidado de la salud, es más exclusivamente parte del dominio de auto-cuidado. La auto-eficacia interactúa con el amplio alcance de auto-cuidado como un mediador o moderador de intervenciones diseñadas para mejorar el auto-cuidado.

Conclusiones:

Desde la identificación de resultados sensitivos a la enfermería por parte de la AAN, mejorar el cuidado y el manejo de los síntomas, se ha hecho una meta predominante en la enfermería y el cuidado de la salud. Cinco conceptos relacionados con el rol de los individuos para manejar su cuidado de la salud fueron identificados a partir de la literatura, pero se encontró mucho traslape. Este traslape puede conducir a identificar erróneamente el concepto, la medición, y el reporte. La delineación del concepto basada en una revisión de la literatura de los conceptos de auto-cuidado, auto-manejo, auto-monitoreo, manejo de síntomas, y auto-eficacia resultó en una tabla de comparación describiendo comunalidades y diferencias de concepto, y un modelo que ilustra las relaciones. Una delineación de concepto clara beneficia a las enfermeras investigadoras y creadoras de políticas al facilitar una mayor precisión en la identificación y medición del concepto apropiado para las preguntas de investigación y las metas de la provisión del cuidado. Al entender claramente las comunalidades y diferencias entre auto-cuidado, auto-manejo, auto-monitoreo, manejo de síntomas, y auto-eficacia, los clínicos pueden ser más capaces de identificar las metas de cuidado apropiadas así como las intervenciones educativas para apoyar esas metas.

Tabla 1: comunalidades entre conceptos: Auto-cuidado, Auto-Manejo, Auto-Monitoreo, y Manejo de Síntomas

Filosofía	Atributos	Antecedentes	Resultados
Los individuos son los principales responsables de su propia salud	Habilidad Desempeño Conciencia Toma de decisiones	Apoyo social Contexto cultural Estatus de salud percibido y actual Destrezas Conocimientos Experiencia previa Auto-eficacia	Función mejorada Adaptación mejorada Salud fisiológica mejorada Salud psicosocial mejorada Calidad de vida mejorada Menores costos

Figura 1: Modelo conceptual

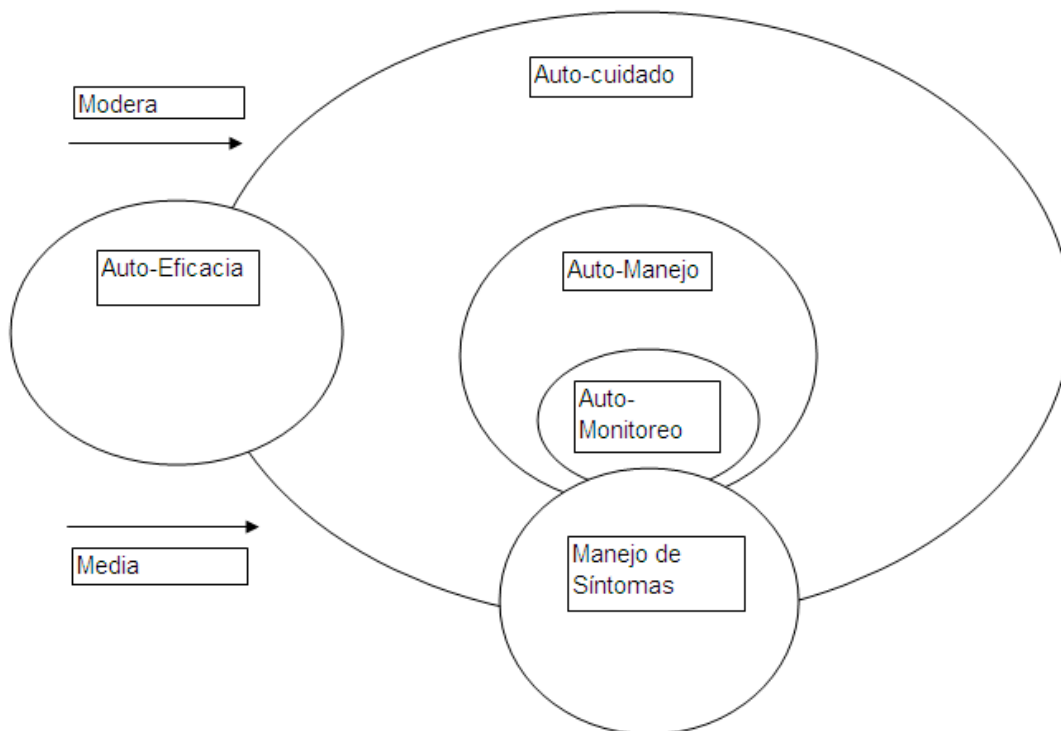


Tabla 2: Relaciones entre conceptos

Concepto	Definición	Relación con otros conceptos
Auto-Cuidado	La habilidad para cuidarse a sí mismo y las actividades necesarias para alcanza, mantener, y promover la salud óptima, incluyendo actividades específicas de condiciones agudas y crónicas	Concepto amplio que engloba Auto-Manejo. Auto-monitoreo, y Manejo de síntomas

Auto-Manejo	La habilidad del individuo en conjunto con familia, comunidad, y profesionales de la salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en el estilo de vida, y consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las condiciones de salud, en particular las crónicas.	Incorpora Auto-Monitoreo y Manejo de Síntomas, y afronta el manejo del funcionamiento emocional/psicosocial, y físico y de confort de las enfermedades.
Auto-Monitoreo	Conciencia y medición de los parámetros fisiológicos específicos o síntomas de una condición de salud que son indicadores de la necesidad de tomar acción o consultar a un profesional de la salud.	Actividades específicas que representan un aspecto de l Auto-Manejo.
Manejo de Síntomas	La conciencia y la respuesta a cambios o sensaciones subjetivas fisiológicas, cognitivas, o funcionales.	Cuando son llevadas a cabo por el paciente, son un elemento del Auto-Monitoreo y del Auto-manejo.
Auto-eficacia	El nivel de confianza en la habilidad propia para llevar a cabo actividades de auto-cuidado.	Median o moderan auto-cuidado, auto-manejo, auto-monitoreo y manejo de síntomas.

Referencias:

Aljaseem, L. I., Peyrot, M., Wissoyv, L., & Rubin, R. R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 27(3), 393-404.

Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 30(3). 564-572.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Barlow, J., Wright, C, Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-137.

Bayliss, E, Steiner, J., Fernaïd, D., Grane, L., & Main, D. (2003). Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 15-21.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 288(19), 2469-2475.

Bolton. L., Donaldson, .V., Rutledge, D., Bennett, C., & Brown, D. (2007). The impact of nursing interventions: Overview of effective interventions, outcomes, measures, and priorities for future research. *Medical Care Research Review*, 64(2): Suppl 123S-143S.

Bolton, N. (1977). *Concept Formation*. Oxford, UK: Pergamon Press.

Callaghan, D. (2005). Health behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22(3), 169-178.

Callaghan, D. M. (2003). Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency. *Nursing Science Quarterly*, 16(3), 247-254.

Carlson, B., Riegel. B., & Moser, D. K. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung*, 30(5), 351-359.

Carroll, D. L. (1995). The importance of self-efficacy expectations in elderly patients recovering from coronary artery bypass surgery. *Issues in Cardiovascular Care*, 24(1), 50-59.

Cebeci, F., & Senol, S. (2008). Discharge training and counseling increase self-care ability and reduce post-discharge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 412-420.

Chapple, A., & Rogers, A. (1999). "Self-care" and its relevance to developing demand management strategies: A review of qualitative research. *Health and Social Care in the Community*, 7(6), 445-454.

Cherrington, A., Wallston, K. A., & Rothman, R. L. (2010). Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 81-89.

Chlebowy, D. O., & Garvin, B. J. (2006). Social support, self-efficacy, and outcome expectations: Impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 32(5), 777-786.

Chodosh, J., Morlón, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttrop, M. J., Hiiton, L., Rhodes, S., & Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*, 143(6), 427-438.

Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48-54.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucet, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J. J., Lee, K., Taylor, D. (2001). Advancing the Science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

Doran, D. M. & Pringue, D. (2011). Patient outcomes as accountability, In D. Doran (Ed), *Nursing Outcomes: The state of the science* (2nd ed. Pp 1-27). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Easom I.E. (2003). Concepts in health promotion. Perceived self-efficacy and barriers in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(5), 11-19.

Fret, A., Svarin, A., Steurer-Stey, C. & Puhan, M.A. (2009) Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations – A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 7, 86, Retrieved Dec. 12, 2010 from www.hqlo.com

Grantz S.B. (1990) Self-Care: Perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*, 4(2), 1-12.

Gist, M.E. & Mitchel, T.R. (1992) Self Efficacy: A Theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review*, 17(2). 183-211.

Hegyvary, S.T. (1993). Patient Care outcomes related to management of symptoms. In J.J. Fitzpatrick & Stevenson, J.S. (Eds). *American Review of nursing research* (Vol 11, pp. 145-168). New York: Springer.

Hellstrom, K., Linumark, B., Wahlberg, B., & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: A prospective investigation. *Journal of Rehabilitative Medicine*, 35, 202-207.

Henry, S. B., & Holzemer, W. L. (1997). Achievement of appropriate self-care: Does care delivery system make a difference? *Medical Care*, 35 11 Suppl. I. NS33-NS40.

Jerant, A., Kravitz, R., Moore-Hill, M., & Franks, P. (2008). Depressive symptoms moderated the effect of chronic illness self-management training on self-efficacy. *Medical Care*, 46(t), 323-531.

Jerant, A. F., von Friederichs-Fitzwater, M. M., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 57, 300-307.

Larson, P. T., Uchinuno, A., Izumi, S., Kawano, A., Takemoto, A., Shigeno, M., Yamamoto, M., & Shibata, S. (1999). An integrated approach to symptom management. *Nursing and Health Sciences*, 1, 203-210.

Leenerts, M. H., & Magilvy, J. K. (2000). Investing in self-care: A midrange theory of self-care grounded in the lived experience of low-income HIV-positive white women. *Advances in Nursing Science*, 22(3), 58-75.

Leeners, M.H., Teel, C.S., & Pendelton, M.K. (2002) Building a Model of self-care for health promotion in aging. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 355-361.

Lenz, E.R. & Shortridge-Baggett, L.M. Eds), (2002). *Self-efficacy in nursing: Research and measurement perspectives*. New York: Springer.

Lipson G. Steiger, J. (1996). *Self-care nursing in a multi-cultural context*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Lorig, K., & Laurent, D. (2007) *Primer for evaluating outcomes*. Retrieved Dec. 9 2010 from patienteducation.stanford.edu

Lorig, K., Ritter, P.L., & Plant, K. (2005). A disease specific self-help program compared with a generalized chronic disease self-help program for arthritis patients. *Arthritis and Rehabilitation*, 53(6) 950-957.

Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*. 26(1), 1-7.

Marks, R., Allegrante, J.P., & Lorig, K. (2005). A review and synthesis of research as evidence for self-efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: Implications for health education practice (Part 2). *Health Promotion Practice*, 6(2), 148-156.

McCormack, D. (2003). An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nursing Leadership*, 16(4), 48-65.

Meyer, M., Kobb, R., & Ryan, P. (2002) *Virtually healthy: Chronic disease management in the home*. *Disease Management*, 5(2), 87-94.

Miaskowski, C., Dodd, M., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 32, 17-21.

Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46.

Mitchell, P. H., & Lang, N. M. (2004). Framing the problem of measuring and improving healthcare quality: Has the quality health outcomes model been useful? *Medical Care*, 42(Suppl. II), II-4-II-11.

Molassiotis, A., Brearley, S., Sauders, M., Craven, O., Wardley, A., Farrell, C., Swindell, R.....& Luker, K. (2009). Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36). 6191-6198.

- Morse, J. M. (1995). Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 31-46.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.) St. Louis: Mosby.
- Paradis..V., Cossette, S., Frasure-Smith, X., Heppell, S., & Guertin, M. (2010). The efficacy of a motivational nursing intencion based on the stages of change in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 130-141.
- Peel. E., Perry, O., Douglas, M., & Walton,). (2004). Blood glucose self-monitoring in non-insulin-treated diabetes: A qualitative study of patient's perspectives. *British Journal of General Practice*. 54, 183-188.
- Quinn, C. (2001). Analysis of the home health symptom management model *Lippincott's Care Managemet* 6(3), 104-111.
- Riegel, B., & Dickson, V.V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-care self efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 81, 460-464.
- Schnell-Hoehn. K. N., Naimark, B. I., & Tate. R. B. (2009). Determinants of self-care behaviors in community-Dwelling patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 40-47.
- Shortridge-Baggett. L. M. (2001). Self efficacy: Measurement and intervention in nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing: An International Journal*. 15(3), 183-207.
- Sidani. S. (2011a). Self-care. In D. Doran (Eds). *Nursing Outcomes: The state of the science* (2nd ed. Pp. 131-2000) Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Sidani, S. (2011b). Symptom Management. In D. Doran (Ed.). *Nursing outcomes: The state of the science* (2nd. Ed. Pp. 131-200). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Song, M. (2010). Diabetes mellitus and the importance of self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 93-98.
- Song, M., & Lipman, T. H. (2008). Concept analysis: Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1700-1710.
- Sousa, V. D., Hartman, S. W., Miller, E. H., & Carroll, M. A. (2009) New measures of diabetes self-care agency, diabetes self-efficacy, and diabetes self-management for insulin-treated individuals with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1305-1312.
- Teel, C. S., Meek, P., McNamara, A. M., & Watson. L. (1997). Perspectives unifying symptom interpretation. *Journal of Nursing Scholarship*, 29(2), 175-181.
- Thorne, S., Paterson. B., fr Russell, C. (2003). The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1337-1352.
- Unger, W.R. & Buelow, J. M. (2009). Hybrid concept analysis of self-management in adults newly diagnosed with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 14, 89-95.

University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group. (1994). A model for symptom management. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276.

Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 320, 569-572.

Wagner, E. H., Davis, C., Shaefer, J., Von Korff, M., & Austin, B. (2002). A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Journal of Quality*. 16(2), 67-80.

Wilde, M. H., & Garvín, S. (2007) A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 339-350.

Wilkinson, A., & Whitehead. L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 46, 143-1147.

Williams, K. E., & Bond. M. J. (2002). The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviors of diabetics. *Psychology, Health & Medicine*, 7(2). 127-141.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Material de apoyo a la Investigación

T55

Traducción realizada por: Lic. Arturo Vargas Alatorre.

Desarrollo y Validación Psicométrica de la Escala de Satisfacción de la Enfermera de la Práctica General

Halcomb EJ, Caldwell B, Salamonson Y, Davidson PM.

Development and Psychometric Validation of the General Practice Nurse Satisfaction Scale.

J Nurs Scholarsh, 2011; 43(3): 318-27

Desarrollo y Validación Psicométrica de la Escala de Satisfacción de la Enfermera de la Práctica General.

Development and Psychometric Validation of the General Practice Nurse Satisfaction Scale

Elizabeth J. Halcomb Bn(Hons), PhD, Rn, FRCNA; Associate Professor, Family & Community Research Group (FaCH) & School of Nursing & Midwifery (SONM), College of Health and Science (CHS), University of Western Sydney.

Belinda Caldwell, MPH, RN; Chief Executive Officer, Australian Practice Nurses Association.

Yenna Salamonson, PshD, RN; Associate Professor, FaCH & SOMN, CHS, University of Western Sydney.

Patricia M. Davidson, RN, PhD, FRCNA; Professor, Centre for Cardiovascular and Chronic Care, Curtin Health Innovation Research Institute, Curtin University.

Journal of Nursing Scholarship, 2011, 43-3.

e.halcomb@uws.edu.au

Abstract:

Propósito:

Desarrollar un instrumento para evaluar la satisfacción del paciente con la enfermera de la práctica general para proveer retroalimentación a las enfermeras sobre las percepciones de los pacientes con respecto de su desempeño.

Diseño:

Estudio de validación de instrumento psicométrico.

Métodos:

Una revisión de la literatura fue llevada a cabo para generar reactivos para generar un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes con las enfermeras de la práctica general. La validez de contenido fue evaluada por un panel de expertos con amplia experiencia en la práctica general de enfermería y en la investigación. Incluido en el cuestionario se integró el General Practice Nurse Satisfaction Scale (GPNS) con sus 27 reactivos, además de otros reactivos sobre el estatus demográfico y de salud. Esta encuesta fue distribuida a 739 pacientes en Australia metropolitana y rural. Los participantes tuvieron la opción de completar el cuestionario en línea o enviarlo por correo y por escrito. Estos datos fueron recolectados entre Junio y Agosto de 2009.

Hallazgos:

Los datos de satisfacción de 739 pacientes fueron obtenidos luego de su consulta con una enfermera de la práctica general. A partir de la escala GPNS con sus 27 reactivos, un instrumento de 21 reactivos fue derivado. Dos factores: “confianza y credibilidad” y “destrezas interpersonales y de comunicación” fueron encontrados usando análisis de factores con rotación varimax. Estos dos factores explicaron el 71.9% de la varianza. Cronbach alfa fue .97.

Conclusiones:

La escala GPNS ha demostrado propiedades psicométricas apropiadas y puede ser usada tanto en investigación como en la práctica clínica para evaluar la satisfacción del paciente con la práctica general de las enfermeras.

Relevancia para la práctica clínica:

Evaluar la satisfacción del paciente es importante para desarrollar y evaluar los roles de la enfermera. La escala GPNS es una herramienta válida y confiable que puede ser utilizada para evaluar la satisfacción del paciente con la práctica general de las enfermeras, y puede ayudar en la administración del desempeño y para mejorar la calidad de los servicios de enfermería.

Artículo:

El envejecimiento de la población y el incremento en la carga de las enfermedades crónicas enfatiza la importancia de un acercamiento multidisciplinario hacia el cuidado, y por lo tanto, apoya el crecimiento de los roles de enfermería en la práctica general. Internacionalmente, hay un mayor énfasis sobre la importancia del cuidado primario (Gruñid, Hagan, Hansen, & Grumbach, 2010; McIlrath, Keeney, McKenna, & McLaughlin, 2010), este crecimiento en el cuidado primario también requiere la consideración de la fuerza laboral de la salud (Storey, Cheater, Ford, & Leese, 2009) y de las percepciones de los pacientes (Mallya, Pollack, & Polski, 2008).

La enfermería en la práctica general Australiana está creciendo de forma exponencial, impulsada por las reformas al cuidado de la salud que incrementan el énfasis sobre el cuidado primario para afrontar la creciente carga de enfermedades crónicas y complejas (Halcomb & Hickman, 2010). Las enfermeras Australianas son o registradas (con licenciatura) o enroladas (técnicas). No obstante que existen roles de especialistas, la mayoría de las enfermeras Australianas son generales y no tienen mayores calificaciones post-básicas (Halcomb, Davidson, Salamonson, & Ollerton, 2008). En los últimos años se ha visto un crecimiento en el número de las enfermeras de la práctica general (Australian Divisions of General Practice LTD, 2009), y también ha habido un incremento en los servicios con el Medicare Benefits Schedule dedicados a proveer reembolso por servicios de enfermería (Australian General Practice Network, 2007). Estos cambios están modificando la práctica general, desde un modelo médico mono-profesional hacia uno donde el trabajo en equipo multi-disciplinario es cada vez más promovido y valuado.

La perspectiva del paciente sobre la calidad del cuidado de la salud es cada vez más reconocida como un factor importante en la reforma del cuidado y el diseño de los servicios de salud (Cheraghi-Sohi, et al., 2006; Potriadis et al., 2008). En este sentido, Donovan (1995) también identificó que una mayor satisfacción de pacientes puede mejorar tanto el seguimiento a los tratamientos, así como los resultados clínicos. Para responder a las preferencias de los pacientes necesitamos entender sus niveles de satisfacción con la actual provisión de servicios (Cheraghi-Sohi et al., 2006). No obstante que las iniciativas políticas pueden rápidamente cambiar las prácticas, los puntos de vista y opiniones de los pacientes pueden cambiar más lentamente.

Internacionalmente, existen datos limitados que describen la satisfacción de los pacientes con las enfermeras en la práctica general (Hegney, Price, Patterson, Martin-McDonald, & Rees, 2004; Redshell, Stokes, Jackson, Hastings, & Backer, 2007). Diversos estudios han mostrado que las enfermeras practicantes en el cuidado primario (Agosta, 2009; Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002; Wilson, Pearson, & ACEI, 2002) pueden sustituir a los médicos en algunas instancias, y que los servicios liderados por enfermeras pueden ser costo-efectivos, de alta calidad, y aceptables para los pacientes (Hegney, Price, et al., 2004). Previos estudios sobre pacientes Australianos han indicado un apoyo para el rol de la enfermera de la práctica general (Check et al., 2002; Hegney, Buikstra, et al., 2004). Sin embargo, esos estudios fueron conducidos durante la explosión del rol de la enfermera de la práctica, así que los participantes tuvieron exposición personal limitada a los servicios de enfermería. Como resultado, las respuestas se enfocaron más hacia las percepciones de los pacientes sobre el rol de la enfermera y menos hacia la satisfacción con los servicios recibidos. A pesar de esta limitación, tanto Check et al (2002) y Hegney, Buikstra et al., (2004) identificaron que la mayoría de los participantes tenía conciencia limitada sobre el rol de las enfermeras en la práctica general. No obstante que los participantes les confían a sus médicos o practicantes generales emplear “enfermeras apropiadamente calificadas y competentes” (p.17), ellos fueron precavidos sobre el potencial de la enfermera para convertirse en un “guardian” del médico (Hegney, Buikstra et al., 2004). Ya que un cada vez mayor número de pacientes han estado expuestos a rol en desarrollo de la enfermera general, es oportuno evaluar sus niveles de satisfacción con este rol. Entender la satisfacción de los pacientes con la enfermera de la práctica general es una importante herramienta para asegurar la calidad del cuidado y el desarrollo profesional de éstas. Además, los pacientes satisfechos cumplen mejor con los tratamientos propuestos y tienen menor probabilidad de cambiar proveedores de servicios de salud (Grogan, Conner, Norman, Willits, & Porter, 2000; Ardí, West, & Hill, 1996).

Buscar métodos para evaluar la satisfacción con los servicios de salud no es nuevo. Donabedian (1966) identificó que la calidad del cuidado de la salud puede ser medida por una combinación de su impacto sobre la salud de los pacientes así como su satisfacción. Similarmente, la World Health Organization (1978) subraya la importancia de involucrar a los pacientes en el proceso de desarrollar, implementar, y evaluar los servicios en el cuidado primario definiéndolo como uno de los criterios clave de la provisión de cuidado de la salud de alta calidad (Heje, Vedsted, Sokolowski, & Olsen, 2008; Shaw & Kalo, 2002). Sin embargo, medir este constructo es frecuentemente difícil (Bradley, Plowright, Stewart, Valentine, & Witthaus, 2007).

Una serie de instrumentos han sido desarrollados para medir la satisfacción en diferentes establecimientos clínicos. El establecimiento de la práctica general tiene un número de factores contextuales que requieren de un acercamiento más detallado para medir la satisfacción del paciente (Baker, 1990). En la literatura del Reino Unido se describe un número de herramientas para evaluar la satisfacción del paciente dentro de la práctica general (Campbell et al., 2009; Potriadis et al., 2008; Poulton, 1996). El desarrollo de muchas de estas herramientas ha sido impulsado por políticas que han enlazado al paciente con el financiamiento de los servicios de cuidado primario (Campbell et al., 2009; Poulton, 1996). Algunas de estas herramientas incluyen reactivos relativos a la satisfacción con enfermeras de la práctica (Potriadis et al., 2008).

Métodos:

Objetivos:

El objetivo de este estudio es describir el desarrollo de un instrumento para evaluar la satisfacción del paciente con las enfermeras de la práctica general en Australia.

Diseño:

Un estudio de validación de instrumento fue diseñado para evaluar la satisfacción del paciente con la enfermera en la práctica general. La validez convergente y de contenido, junto con la consistencia interna, fueron medidas, y un análisis factorial exploratorio fue llevado a cabo.

Desarrollo del Instrumento:

El proceso del desarrollo del instrumento fue conducido siguiendo las tres fases propuestas por Mishel (1998): (a) definir el constructo el instrumento, (b) desarrollo del instrumento, y (c) evaluación psicométrica. Cada fase es explorada con detalle.

Fase 1: Definir el constructo del instrumento:

Una revisión comprensiva de la literatura relacionada con la satisfacción del paciente en la práctica general fue conducida involucrando búsquedas en el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literatura (CINAHL), Medline, y Science Direct, así como en internet. Los siguientes cinco constructo fueron identificados como contribuyentes para la satisfacción del paciente: (a) destrezas clínicas, (b) comunicación, (destrezas interpersonales, (d) confianza, y (e) confidencia (Aharony & Strasser, 1993; Lewis, 1994; Litaker et al., 2003; Strasser, Aharony & Greenberger, 1993; Ware, 1983; Williams, Weinman, Dale, & Newman, 1995). Además, las expectativas, percepciones, y experiencias de los pacientes fueron identificadas como otros factores contribuyentes para su sentido de satisfacción (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009). Para los propósitos explícitos de este estudio, diversos elementos del rol de la enfermera de la práctica dentro del contexto del actual alcance de la práctica en Australia, también fueron identificados (Australian Nurses Federation, 2008). Actualmente las enfermeras de la práctica funcionan en roles colaborativos, más que en un modelo de práctica independiente (Halcomb, Davidson, Daly, Yallop, & Tofler). Reactivos específicos fueron generados para este estudio para analizar estos constructos clave.

Fase 2: Desarrollo del Instrumento:

Esta segunda fase incorporó el diseño inicial del instrumento, la evaluación de la validez de contenido, y la prueba piloto del instrumento. Ocho socios evaluaron la escala GPNS incluyendo una enfermera de la práctica clínica, una enfermera

con doctorado, un consultor en investigación, y un representante de los pacientes. Estos socios fueron elegidos por la Australian Practice Nurses Association para representar un rango de grupos con interés en el desarrollo de la escala. Todos los socios evaluaron la relevancia de los reactivos incluidos y la representación de los constructos identificados, y surgieron revisiones en la redacción, secuencia, y alternativas de respuestas.

La escala GPNS original consistió de 27 reactivos (tabla 1). Los reactivos se relacionaron con destrezas de comunicación, interpersonales, de conocimiento, y de la práctica. Enunciados sobre el estado de salud y la satisfacción fueron calificados sobre una escala Likert de cinco puntos desde “fuertemente en desacuerdo” hasta “fuertemente de acuerdo.” Reactivos demográficos adicionales fueron usados para obtener datos sobre edad, género, ocupación, historia en la práctica, estado de salud, etcétera.

Fase 3: Evaluación psicométrica:

Un análisis de reactivos fue llevado a cabo para generar información sobre que tan bien cada reactivo individual se relacionaba con los otros reactivos de la escala mediante una correlación corregida reactivo/total de más de 0.40 como punto de corte para indicar la homogeneidad hacia toda la escala (Zheng, You, et al., 2010).

Se llevó a cabo un análisis factorial de ejes principales con rotación varimax con 21 reactivos con una correlación corregida reactivo/total de entre 0.63 y 0.85.

La prueba “scree” fue usada para determinar el número de factores a retener (Nunnally & Bernstein, 1994). La consistencia interna de la escala GPNS fue determinada usando alfa de Cronbach. La distribución de la escala GPNS estuvo desviada así que se usaron pruebas no paramétricas para muestras independientes incluyendo la U de Mann-Whitney y la H de Kruskal Wallis.

Muestra:

Se seleccionaron 739 pacientes que completaron el instrumento de medición (tabla 2). Esta muestra cumplió con el mínimo de 180 sugerido en la metodología de Mundfrom, Shaw, y Ke (2005). Usando el criterio de Comrey y Lees (1992), esta muestra excedió el tamaño necesario de 500.

Procedimiento:

Este estudio tuvo lugar en Australia de Junio a Agosto de 2009. El estudio fue aprobado por el University Human Research Ethics Committe, Los pacientes participantes recibieron una hoja de información que explicaba el propósito de la investigación, riesgos potenciales, beneficios, confidencialidad, y el instrumento de medición. La devolución del cuestionario completado implicaba el consentimiento para participar en el estudio. Estos cuestionarios se podían devolver colocándolos en una caja de seguridad o enviándolos por correo directamente a los investigadores.

Análisis de datos :

Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo usando el SPSS 17.0. Se calcularon estadísticas descriptivas para desplegar las características demográficas y clínicas de los participantes. La significancia estadística fue establecida como $p < .05$.

Resultados :

Características de los pacientes:

Las características demográficas de los 739 pacientes se presentan en la tabla 2. La mayoría de los participantes eran mujeres ($n = 532$; 72%), hablaban Inglés ($n = 717$; 97%), y contaban con pensión o tarjeta de cuidado de la salud ($n = 643$; 87%).

Evaluación psicométrica del instrumento:

De los 739 respondientes, hubo *missing cases* en 61 casos (8.3%) con respecto de los 2 reactivos de interés en la escala GPNS. Cuando se compararon con los respondientes, los no respondientes eran significativamente más maduros ($P = .002$; tabla 3). No hubo ninguna otra diferencia significativa en las características demográficas de aquellos que completaron la encuesta cuando fueron comparados con aquellos que no la completaron.

Análisis de reactivos:

En la tabla 1 se muestra la correlación corregida reactivo/total y alfa de Cronbach con los 6 reactivos que se quitaron por tener cifras menores a .40.

Análisis de factores:

Usando factorización con rotación varimax, dos factores fueron extraídos usando el criterio de la prueba "scree." El primer factor representó 37.65 de la varianza, mientras el segundo factor lo hizo con 34.20%. El primer factor, "confianza y credibilidad", estuvo formado con 14 reactivos con cargas factoriales de entre 0.34 y 0.86. el segundo factor, "destrezas interpersonales y de comunicación", estuvo formado con reactivos con cargas factoriales de entre 0.33 y 0.90 (tabla 4).

Validez divergente:

La validez divergente de la escala fue examinada así como las puntuaciones de las sub-escalas por las características de los pacientes y el patrón de asistencia (tabla 3). En general, los pacientes más jóvenes (menores de 49 años) estuvieron significativamente más satisfechos con la enfermera ($p < .002$). Similarmente, las mujeres estuvieron significativamente más satisfechas con la enfermera ($p < .023$). Los participantes con seguro estuvieron significativamente más satisfechos con las destrezas interpersonales y de comunicación como fue constatado por la sub-escala ($p < .028$).

Discusión:

Estos datos han generado información para desarrollar el rol de la enfermera de la práctica general en Australia, y son aplicables a establecimientos de cuidado primario. Los modelos de cuidado que están dirigidos hacia las necesidades de los pacientes y sus familias han mostrado que mejoran los resultados de cuidado de la salud a lo largo de un rango de condiciones y poblaciones (Kreuter, Lukwago, Bucholtz, Clark, & Sanders-Thompson, 2003). Este estudio ha elucidado no solamente información sobre preferencias de pacientes, sino también medios para evaluar la satisfacción de los pacientes.

Limitaciones y recomendaciones para la investigación futura:

Este estudio tuvo un número de limitaciones. Primero, el relativamente bajo número de enfermeras de la práctica que participaron pudiera sugerir que los resultados podrían mejorarse. Una segunda limitación fue que las encuestas no siempre fueron provistas a todos los pacientes por una variedad de razones, incluyendo la naturaleza de la práctica general. Las encuestas fueron distribuidas por personal de la práctica, así que una experiencia previa de los pacientes pudo haber influido en qué pacientes recibían la encuesta. Estos factores pudieron haber contribuido al alto nivel de satisfacción visto en los datos. Estos resultados apoyan aquellos de estudios previos (Allan, Schattner, Stocks, & Ramsay, 2009; Campbell, et al., 2009; Potiriadis et al., 2008). El efecto techo de las medidas de satisfacción de paciente ha sido reportado previamente en la literatura (Bradley et al., 2007). Por lo tanto, los pacientes que estaban más satisfechos con las enfermeras de la práctica comparados con aquellos que no lo estaban pudieron haber participado en la obtención de los datos. Una tercera limitación fue que los pacientes pudieron haberse sentido limitados para responder si percibían que ésta información era proporcionada por proveedores de cuidado (Kinnersley, Stott, Peters, Harvey, Hackett, 1996; Potiriadis et al., 2008). Esto pudiera explicar por qué la mayoría de los participantes ($n=504$) de este estudio completaron la encuesta fuera del establecimiento de la práctica. A diferencia de otros estudios en los que se han comparado encuestas en el mismo establecimiento y por correo, con respecto de la satisfacción con los practicantes generales (Gribble & Haupt, 2005, Kinnersley et al., 1996), en este estudio no se encontraron diferencias significativas con base en dónde o cuándo las encuestas fueron llevadas a cabo.

La retroalimentación de la satisfacción del paciente es muy útil para las enfermeras de la práctica como un medio para promover el desarrollo profesional para aumentar las percepciones de los pacientes sobre el cuidado que reciben. Sin embargo, sin datos de resultados de salud comparativos y longitudinales, es difícil interpretar la significancia clínica de la satisfacción de los pacientes con las enfermeras de la práctica. La solución de 2 factores encontrada en este estudio provee un acercamiento útil para estudios futuros. Debido a que una proporción significativa del rol de la enfermera de la práctica está enfocada hacia el

cuidado de condiciones crónicas, las destrezas interpersonales y la capacidad de comunicación son fundamentales (Litaker et al., 2003). Por lo tanto, poder evaluar estas capacidades a través de la satisfacción del paciente puede ser muy útil.

No obstante que este instrumento fue desarrollado con un enfoque sobre la práctica general Australiana, es probable que este instrumento pudiera tener mayor aplicabilidad entre diversos establecimientos del cuidado (Davidson, Halcomb, & Patterson, 2007). A pesar de la diversidad cultural de Australia, también es importante que la aceptabilidad de la escala GPNS sea explorada en otros grupos culturales usando traducciones.

El proceso de desarrollo de un instrumento es un proceso iterativo que requiere un número robusto de investigaciones para proveer evidencia que apoye su integridad psicométrica. Un ulterior uso de la escala GPNS en contextos internacionales pudiera proveer evidencia adicional sobre la confiabilidad y validez del instrumento.

Conclusiones:

Asegurar servicios aceptables, efectivos, y de forma oportuna es importante para asegurar la calidad en el cuidado de la salud. Obtener la perspectiva del paciente es fundamental para poder asegurar un desarrollo óptimo de los servicios. Usar instrumentos válidos y confiables es una parte importante de tal acercamiento. El uso de instrumentos para medir la satisfacción del paciente es comúnmente confrontado por los efectos de piso y techo. Este estudio hace una importante contribución a la ciencia de la enfermería, ya que la escala GPNS ha demostrado propiedades psicométricas aceptables y puede ser adoptada tanto a la investigación como a la práctica clínica para evaluar la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería.

Tabla 01: Análisis de Reactivos de la Escala Satisfacción con la Enfermera de la Práctica General

No	Descripción del reactivo	Correlación Correg. reactivo/total	Alfa Cronbach
1	La enfermera me dio consejos útiles	0.804	0.924
2	La enfermera fue muy comprensiva	0.793	0.925
3	La enfermera parecía estar al día con la información	0.790	0.924
4	Yo me siento confidente	0.779	0.925
5	La enfermera explicó todo claramente	0.777	0.925
6	La enfermera fue cálida y se preocupó por mi	0.774	0.925
7	La enfermera pasó suficiente tiempo a mi lado	0.771	0.924
8	La enfermera me respetó	0.764	0.925
9	La enfermera fue amigable	0.764	0.925
10	Yo confío en la enfermera	0.755	0.925
11	La enfermera puso atención en lo que yo tenía que decir	0.755	0.925
12	La enfermera fue paciente con mis cuestiones y preocupaciones	0.749	0.924
13	En general qué tan satisfecho estuvo al consultar a la enfermera	0.749	0.926
14	Yo recomendaría esta enfermera a mi familia y amigos	0.747	0.925
15	La enfermera fue confidente en mi habilidad para auto-cuidarme	0.720	0.925
16	Yo seguiré el consejo de la enfermera	0.697	0.925
17	Si el médico me preguntara, yo le daría respuestas positivas sobre la enfermera	0.693	0.927
18	La enfermera fomentó que le hiciera preguntas	0.674	0.925
19	La enfermera me ayudó a entender lo que decía el médico	0.673	0.925
20	La enfermera y el médico trabajaron bien como equipo	0.662	0.926
21	Estaría feliz de realizar el procedimiento con la enfermera otra vez	0.604	0.927
22	Fue sencillo hace citas con la enfermera a la hora que yo necesitaba	0.393	0.930
23	Las enfermeras son miembros valiosos del equipo de salud	0.362	0.929
24	Fue sencillo hacer citas urgentes con la enfermera	0.335	0.931
25	Estoy feliz de ver a una enfermera antes que al médico	0.335	0.933
26	Hay cosas que probablemente hablaría más con la enfermera que con el médico	0.298	0.937
27	Quisiera que me dieran la opción de elegir entre ver a una enfermera o un médico	0.199	0.938

Tabla 2: Características de Participantes en el Establecimiento de la Práctica General (n=739)

Característica	
Edad (media, DS)	57, 20
Género	
Femenino	72
Masculino	28
Tipo de Seguro	
Público	45
Privado	55
Duración en las visitas (%)	
Hasta 2 años	23
Más de 2 años	77
Número de visitas a la enfermera (%)	
Hasta 2 veces	33
3-4 veces	20
5-12 veces	27
Más de 12 veces	20
Razón de la visita (%)	
Nuevo problema médico	14
Chequeo general	17
Vacunación niño	16
Seguimiento de examen médico	53
Cita con quien (%)	
Médico	16
Enfermera	32
Médico y enfermera	52
Ocupación del participante (%)	
Retirado	40
Tareas de casa	13
Desempleado	5
Trabajo pagado	37
Estudiante	5

Tabla 3: comparación de Medias y DS de las puntuaciones de la escala y subescalas

Característica	Puntuación Total Escala GPNS		Factor 1: Confidencia y Credibilidad		Factor 2: Destrezas Interpers. y de Comunic.	
	media (DS)	p	media (DS)	p	media (DS)	p
Categorías de edad						
Hasta 49	93.24 (13.81)	.002b	63.36 (8.69)	.023b	30.00 (5.65)	.006b
50-70	86.97 (21.47)		59.61 (13.77)		27.70 (8.05)	
Más de 70	82.97 (26.36)		57.69 (16.79)		26.33 (9.46)	
Género						
Femenino	89.29 (20.22)	.023a	61.12 (12.83)	.024a	28.67 (7.39)	.034a
Masculino	84.17 (23.68)		58.06 (15.03)		27.56 (8.00)	
Tipo de Seguro						
Público	88.65 (21.32)	.173a	60.60 (13.35)	.470a	28.99 (7.16)	.028a
Privado	87.51 (20.67)		60.24 (13.24)		27.72 (8.23)	
Duración en las visitas						
Hasta 2 años	88.45 (20.53)	.842a	59.81 (13.56)	.380a	28.99 (7.16)	.258a
Más de 2 años	87.24 (22.09)		60.11 (13.90)		27.72 (8.23)	
Número de visitas a la enfermera						
Hasta 2 veces	88.57 (20.06)	.404b	60.21 (13.30)	.382b	28.71 (6.87)	.343b
3-4 veces	86.37 (21.27)		59.55 (13.75)		27.12 (8.44)	
5-12 veces	88.17 (22.12)		60.53 (13.85)		28.22 (8.20)	
Más de 12 veces	86.70 (23.41)		59.80 (14.73)		27.64 (8.84)	
Razón de la visita						
Nuevo problema médico	89.81 (19.98)	.026b	61.48 (13.31)	.061b	28.34 (7.69)	.172b
Chequeo general	90.42 (20.95)		62.37 (12.24)		28.79 (7.98)	
Vacunación niño	92.25 (15.03)		62.68 (9.54)		29.57 (6.33)	
Seguimiento de examen médico	85.07 (23.13)		58.80 (14.81)		27.27 (8.39)	
Cita con quien						
Médico	82.12 (27.37)	.037b	57.03 (16.71)	.017b	26.90 (9.33)	.329b
Enfermera	89.30 (16.91)		60.96 (10.86)		28.48 (6.66)	
Médico y enfermera	88.81 (21.25)		60.90 (13.69)		28.08 (8.35)	
Ocupación del participante						
En trabajo no pagado	85.46 (24.21)	.025b	58.92 (15.32)	.155b	27.33 (8.83)	.051b
En trabajo pagado	90.25 (17.00)		61.62 (11.03)		28.85 (6.45)	
Estudiante	93.94 (18.48)		63.31 (11.73)		30.64 (6.98)	

Nota a = U Mann-Whitney, b = H Kruskal Wallis

Tabla 4: Cargas Factoriales

	Factor 1	Factor 2
Factor 1: Confidencia y Credibilidad (Cronbach = 0.95)		
Me siento confidente en la práctica de enfermería	0.86	0.31
Yo confío en la enfermera	0.84	0.26
Recomendaría esta enfermera a mi familia y amigos	0.81	0.31
Seguiré los consejos de la enfermera	0.77	0.29
La consulta con la enfermera	0.75	0.34
La enfermera me dio consejos útiles	0.73	0.45
La enfermera parecía estar al día en la información de salud	0.70	0.50
Estaré feliz de tener el mismo procedimiento con la enfermera	0.70	0.29
Si un médico me preguntara le daría buena opinión sobre la enfermera	0.69	0.34
La enfermera fue muy comprensiva	0.66	0.54
La enfermera y el médico trabajaron como equipo	0.63	0.34
La enfermera paso suficiente tiempo a mi lado	0.44	0.75
La enfermera fue confidente en mi habilidad de auto-cuidado	0.39	0.75
la enfermera fue cálida y se preocupó por mí	0.34	0.91
Factor 2: Destrezas Interpersonales y de Comunicación		
La enfermera fue amigable	0.29	0.90
La enfermera me respetó	0.36	0.87
La enfermera fue paciente con mis cuestiones y preocupaciones	0.38	0.81
La enfermera puso atención a lo que tenía que decir	0.41	0.80
La enfermera me fomentó a hacer preguntas	0.33	0.69
La enfermera explicó todo claramente	0.65	0.51
La enfermera me ayudó a entender lo que el médico me decía	0.56	0.33
Valor Eigen	13.61	1.98
Porcentage de la Varianza	32.24	26.71

Referencias:

Agosta, L. J. (2009). Psychometric evaluation of the Nurse Practitioner Satisfaction Survey. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 114-133.

Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Research and Review*, 50(1), 49-79.

Allan, J., Schattner, P., Stocks, N., & Ramsay, E. (2009). Does patient satisfaction of general practice change over a decade? *BMC Family Practice*, 70(13). Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/13> DOI 10.1186/1471-2296-10-13.

Australian Divisions of General Practice Ltd. (2003). National practice nurse workforce 2003. Retrieved May 30, 2010, from http://generalpracticenursing.com.au/-data/assets/pdf_file/0006/15378/National-Practice-Nurse-Workforce-Survey-2003.pdf

Australian Divisions of General Practice Ltd. (2009). National practice nurse workforce survey 2009. Retrieved May 30, 2010, from http://generalpracticenursing.com.au/-data/assets/pdf_file/0003/23817/National-Practice-Nurse-workforce-survey-report-PDF.pdf

Australian General Practice Network. (2007). National Practice Nurse Workforce Survey Report 2007. Manuka, Canberra, Australia: Australian Capital Territory.

Australian Nurses Federation. (2008). Competency standards for nurses in general practice. Retrieved November 3, 2009, from <http://www.anf.org.au/nurses-gp/>

Baker, R. (1990). Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice*, 40(341), 487-490.

Bleich, S. N., Ozaltin, E., & Murray, C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *World Health Organization Bulletin*, 87, 271-278

Bradley, C., Plowright, R., Stewart, J., Valentine, J., & Witthaus, E. (2007). The Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire change version (DTSQ) evaluate in insulin glargine trials shows greater responsiveness to improvements than the original DTSQ. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 57. Retrieved from <http://www.hqlo.com/co:itent/5/1/57 DOI 10.1186/1477-7525-5-57>.

Campbell, J., Smith, P., Nissen, S., Bower, P., Elliott, M., b Rolarnd, M. (2009). The GP Patient Survey for use in primary care in the National Health Service in the UK-Development and psychometric characteristics. *BMC Family Practice*. 10(1). 57. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-10-57.pdf DOI 10.1 186/1471-2296-10-57>.

Cheek, J., Price, K., Dawson, A., Mott. K., Beilby, J., & Wilkinson, D. (2002). Customer perceptions of nursing and nurses and general practice. Adelaide, South Australia: Centre for Research into Nursing and Health Care, University of South Australia.

Cheraghi-Sohi, S., Bower, P., Mead, N., McDonald, R., Whalley. D., & Roland, M. (2006). What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual "map" of patient preferences. *Health Expectations*. 9(3), 275-284.

Comrey. A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Davidson, P. M., Halcomb, E. J., & Patterson, E. (Eds.). (2007). *Advances in contemporary general practice nursing: Role of the practice nurse*. *Contemporary Nurse*, 26(1. Spcl. Iss.), 1-154. [online].

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 44(Pt 2), 166-203.

Donovan, J. L. (1995). Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11(1), 443-455.

Gribble, R., & Haupt, C. (2005). Quantitative and qualitative differences between handout and mailed patient satisfaction surveys. *Medical Care*, 43(3), 276-281.

Grogan, S., Conner, M., Norman, P., Willits, D., & Porter, I. (2000). Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality Health Care*. 9(4), 210-215. doi:10.11 36/qhc.9.4.210

Grundy, P., Hagan, K., Hansen, J., & Grumbach, K. (2010). The multi-stakeholder movement for primary care renewal and reform. *Health Affairs*, 29(5), 791-798.

Halcomb, E. J., Davidson, P., Daly, J., Yallop, J., & Tofler, G. (2004). Australian nurses in general practice based heart failure management: Implications for innovative collaborative practice. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(2), 135-147.

- Halcomb, E. J., Davidson, P. M., Salamonson, Y., & Ollerton, R. (2008). Nurses in Australian general practice: Implications for chronic disease management. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, in association with *Journal of Clinical Nursing*, 17(5A), 6-15.
- Halcomb, E. J., & Hickman, L. (2010). Development of a clinician-led research agenda for Australian general practice nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 4-11.
- Hardy, G. E., West, M. A., & Kill, F. (1996). Components and predictors of patient satisfaction. *British Journal of Health Psychology*, 1, 65-85.
- Hegney, D., Buikstra, E., Fallón, T., Martin-McDonaid, K., Patterson, E., & Rees, S. (2004). Consumer perceptions of practice nursing. Toowoomba, Queensland, Australia: University of Southern Queensland.
- Hegney, D., Price, K., Patterson, E., Martin-McDonald, K., & Rees, S. (2004). Australian consumers' expectations for expanded nursing roles in general practice: Choice not gatekeeping. *Australian Family Physician*, 33(10), 845-848.
- Heje, H., Vedsted, P., Sokolowski, L., & Olesen, F. (2008). Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Services Research*; 8(1), 178. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/178> DOI 10.1186/1472-6965-8-178.
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*. 324, 818-823.
- Jeste, D., Dunn, L., Folsom, D., & Zisook, D. (2008). Multimedia educational aids for improving consumer knowledge about illness management and treatment decisions: A review of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 42(1), 1-21.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., Harvey, L., & Hackett, P. (1996). A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family Practice*. 13(1), 41-51.
- Kreuter, M., Lukwago, S., Bucholtz, D., Clark, E., & Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: Targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior*, 30(2), 133-146.
- Lewis, J. R. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science & Medicine*. 39(5), 655-670.
- Litaker, D., Mion, L. C., Planavsky, L., Kippes, C., Mehta, N., & Frolkis, J. (2003). Physician nurse practitioner teams in chronic disease management: The impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *Journal of Interprofessional Care*, 17(3), 223-237.
- Mallya, G., Pollack, C., & Polsky, D. (2008). Are primary care physicians ready to practice in a consumer-driven environment? *American Journal of Managed Care*, 14(10), 661-668.
- McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H., & McLaughlin, D. (2010). Benchmarks for effective primary care-based nursing Services for adults with depression: A Delphi study. *Journal of Advanced Nursing* 66(2), 269-281.
- Mishel, M. (1998). Instrument development. In P. Brink & Wood (Eds). *Advanced design in nursing research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mundfrom, D. J., Shaw, D. G., & Ke, T. L. (2005). Minimum sample size recommendations for conducting factor analyses. *International Journal of Testing*, 5(2), 159-168.

- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Potiriadis, M., Chondros, P., Gilchirst, G., Hegarty, K., Blashki, G., & Gunn, J. M. (2008). How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the General Practice Assessment Questionnaire. *Medical Journal of Australia*, 159(4), 215-219.
- Poulton, B. C. (1996). Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: Reliability, replicability and discriminant validity. *British Journal of General Practice*, 46, 26-31.
- Redsell, S., Stokes, T., Jackson, C., Hastings, A., & Baker, R. (2007). Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 172-180.
- Shaw, C. D., & Kalo, I. (2002). *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen: World Health Organization.
- Storey, C., Cheater, F., Ford, I., & Leese, B. (2009). Retention of nurses in the primary and community care workforce after the age of 50 years: Database analysis and literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1596-1605.
- Strasser, S., Aharony, L., & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model. *Medical Care Research and Review* 50(2), 219-248.
- Ware, J. E. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263.
- Williams, S., Weinman, J., Dale, J., & Newman, S. (1995). Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Family Practice*, 12(2), 193-201.
- Wilson, A., Pearson, D., & Hassey, A. (2002). Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care: The GP perspective. *Family Practice*, 19(6), 641-646.
- Wilson, A. E. (2000). The changing nature of primary health care teams and interprofessional relationships. In P. Tovey (Ed.), *Contemporary primary care: The challenges of change*. Buckingham, UK: Open University Press.
- World Health Organization. (1978). The Alma-Ata conference on primary health care. *WHO Chronicle*, 52, 409-430.
- Zheng, J., Yon, L.-M., Lou, T.-Q., Chen, N.-C., Lai, D.-Y., Liang, Y.-Y., Li, Y.-X., Zhai, C.-Q. (2010). Development and psychometric evaluation of the Dialysis Patient-Perceived Exercise Benefits and Barriers Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 166-180.



ENEO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA