



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**SIGNIFICADO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA
ENFERMERAS/OS QUE REALIZAN VISITA O
ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE
OSORNO - SEGUNDO SEMESTRE 2015**

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO**

**AUTOR: PAULINA FISCHER DENIS
PROFESOR PATROCINANTE: MG. XIMENA OSORIO SPULER**

R-98237

BM

MEGC

F529 s

2015

C.1

R-98237

a 41216



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**SIGNIFICADO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA
ENFERMERAS/OS QUE REALIZAN VISITA O
ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE
OSORNO - SEGUNDO SEMESTRE 2015**

98237



PARA OBTENER EL GRADO DE
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

AUTOR: PAULINA FISCHER DENIS

PROFESOR PATROCINANTE: MG. XIMENA OSORIO SPULER

Temuco, septiembre 2015



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

SIGNIFICADO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA ENFERMERAS/OS QUE REALIZAN VISITA O ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE OSORNO - SEGUNDO SEMESTRE 2015

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO**

**AUTOR: PAULINA FISCHER DENIS
PROFESOR PATROCINANTE: MG. XIMENA OSORIO SPULER**

Temuco, septiembre 2015

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado de la Facultad de Medicina.

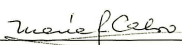
Profesora Patrocinante: _____


Mg. Ximena Osorio Spuler

Evaluada Externa 1: _____


Dra. Sara Barrios Casas

Evaluada Externa 2: _____


Mg. María Julia Calvo Gil

Directora Programa de Magíster: _____


Dra. Edith Rivas Riveros

DEDICATORIA

A mi esposo:

Por su apoyo incondicional y constante motivación hacia el logro de mis sueños.

A mis hijos:

Por ser el impulso necesario para seguir creciendo y explorando el mundo junto a ellos.

AGRADECIMIENTOS

A mi profesora patrocinante, Sra. Ximena Osorio:

Por su paciencia, apoyo y comprensión a lo largo del desarrollo de mi Tesis.

Enfermeras de Atención primaria de la ciudad de Osorno:

Por su gran disposición, alegría y deseo de participar de este proceso.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VIII
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- OBJETIVOS	
2.1.- Objetivo General	5
2.2.- Objetivos Específicos	5
III.- SUPUESTOS	6
IV.- MARCO TEÓRICO	
4.1.- Conceptualización de enfermería	7
4.1.1.- Gestión del Cuidado	9
4.1.2.- Visita domiciliaria	10
4.1.3.- Proceso enfermero	13
4.2.- Teoría Ida Jean Orlando	17
4.3.- Teoría Maurice Merleau- Ponty	19
V.- MARCO EMPÍRICO	21
VI.- METODOLOGÍA	25
6.1.- Tipo de Estudio	26
6.2.- Universo y Muestra	27
6.2.1.- Población Objetivo	27
6.2.2.- Unidad de Análisis	27
6.2.3.- Muestra	27
6.2.4.- Criterios de Inclusión y Exclusión	28
6.3.- Recolección de Datos	28
6.4.- Confiabilidad y Validez	29
6.5.- Plan de Análisis	31
6.6.- Aspectos Éticos	32
VII.- RESULTADOS	34

VIII.- DISCUSIÓN	51
IX.- CONCLUSIONES	55
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	
Anexo A Formulario Consentimiento Informado	66
Anexo B Pauta de Entrevista	68
Anexo C Carta autorización Comité de Ética	69

RESUMEN

La atención domiciliaria en el transcurso del tiempo ha adquirido mayor relevancia, permitiendo la continuidad de los cuidados en el hogar, con una mirada holística e integral, donde el trabajo del equipo de salud debe ser de calidad enfocado en las necesidades reales de cada usuario. Las/os enfermeras/os son esenciales en este trabajo, ya que el proceso de enfermería otorga estructura, una mirada biopsicosocial y evaluación de las intervenciones.

El objetivo de esta investigación fue develar el significado que las/os enfermeras/os de atención primaria dan al proceso de enfermería en atención domiciliaria, en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015.

La línea investigativa fue de tipo cualitativo, de carácter descriptivo, donde se realizaron 6 entrevistas, correspondiendo a una enfermera/o por cada Centro de Salud Familiar de la ciudad de Osorno que realice atención domiciliaria.

De los discursos emanaron 5 categorías de análisis sobre el proceso de enfermería en atención domiciliaria: Concepción, Sentimientos, Factores, Beneficios e importancia entorno a su aplicación. Destacando dentro de sus resultados unidades de significados en relación a planificación y evaluación del cuidado; sentimientos, tales como seguridad, tranquilidad y satisfacción de realizar un trabajo de calidad; reconociendo como factores que inciden en la aplicación, el tiempo, trabajo en equipo e insumos principalmente; como beneficios se considera que la atención es centrada en el paciente y/o familia, permite orden y evaluación de las intervenciones y finalmente se evidencia un alto valor a la aplicación del proceso de enfermería en el domicilio, lo que además emerge como conclusión del estudio.

Palabras claves: proceso de enfermería, atención domiciliaria, enfermería

ABSTRACT

Home medical care has become more relevant as the time passes, allowing the medical care to continue at home with a holistic and integral view, where the work made by the health team has to be one of quality and focused on the real needs of each user. The nurses are an essential part of this and the nursing process has a fundamental role; providing structure, a biopsychosocial point of view and evaluating the interventions.

The main objective of this investigation was to identify the significance that the primary care nurses give to the nursing process in home care, in the city of Osorno during the second semester of 2015.

The investigation line was qualitative, descriptive, where six interviews were made, applying one to a nurse from each Family Health Center of the city of Osorno, who practices home medical care. Five categories of analyzes were rose from the answers given by the nurses; Conception of the nursing process in home care; Feelings towards the nursing process in home care; Benefits related to the nursing process in home care and Importance given to the nursing process in home care. Among the different units of meaning the ones that stand out are the development of a plan and evaluation of the health care, feelings as security, tranquility and the satisfaction of performing a quality job; recognizing as factors that mainly influence the application, the time, team work and supplies. As a conclusion, some benefits are that the home care nursing process is patient/family centered, it allows order and evaluation of the interventions and finally it shows a high value for the application of the process at home.

Key words: nursing process, home medical care, nursing.

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), ha elaborado orientaciones para la planificación y programación en red para el año 2015. Entre los desafíos declarados se encuentra, en base al Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, el relevar estrategias tales como estudios de familia, consejería familiar, visitas domiciliarias integrales, controles preventivos en todo el ciclo vital, entre otras (1).

Dentro de lo mencionado, se destaca la realización de visitas domiciliarias, las cuales han sido el medio principal para desarrollar una relación continua entre el equipo de salud, la familia y la comunidad, ya que el hogar permite valorar las interacciones, patrones de adaptación y estilos de vida, que difícilmente pueden ser visualizados en los centros de salud (2).

Es así que, en el modelo de Salud Familiar, vigente en Chile, se incorpora la visita domiciliaria integral, como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo, que genera una integración con uno o más miembros de la familia y su entorno, con el fin de conocer su medio ambiente y dar apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua. Se llevan a cabo acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud (3).

En la actualidad, se ha elevado el requerimiento de la atención domiciliaria, puesto que se ha presentado un envejecimiento de la población chilena, mayor dependencia, enfermedades crónicas y expectativas elevadas en relación a la calidad de vida. Este contexto genera y exige mayor autonomía en la toma de decisiones por enfermeras/os, donde se debe trabajar de forma estratégica, con recursos limitados, en busca de la satisfacción de las necesidades (4).

En la región de Los Lagos ha existido un aumento de adultos mayores, de 41 a 61 por cada 100 menores de 15 años, desde el año 2002 al 2012, representando un 15.5% de la población regional (5).

Las visitas domiciliarias integrales a familias en la ciudad de Osorno, Chile, dependientes del departamento de Salud Municipal se han incrementado en el último tiempo, cuya cifra, durante el primer trimestre del año 2013 alcanzó a 2048. Destaca las visitas al adulto mayor dependiente con un 38%, seguido por familias con integrante con dependencia severa 24.7 (6).

Si bien para efectuar una intervención en el domicilio, se ha definido su articulación mediante un trabajo interdisciplinario, cabe resaltar el rol fundamental que desempeña enfermería, por lo trascendente de su posición en el otorgamiento de los cuidados, puesto que cuenta con un lazo permanente con los usuarios. Por lo tanto, la contribución de éstos no debe ser congruente solo con la condición de salud, sino que su quehacer debe contar con la aplicación de un proceso científico que garantice su calidad, estructurando y estandarizando los procesos (7).

El proceso enfermero, es descrito como el eje de los abordajes para brindar cuidados humanizados y eficaces. Es dinámico y sistemático, presenta cinco pasos definidos, que permiten la reflexión para el logro de objetivos del plan de cuidado elaborado por enfermería en conjunto con el usuario en busca de su bienestar (8).

A su vez, la Gestión del Cuidado como función exclusiva de enfermería, implica la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros e integrales, en busca de asegurar la continuidad de la atención. Es concebida tanto en el nivel de salud primario, secundario y terciario (9).

Por lo expuesto anteriormente el propósito del estudio radica en conocer desde la mirada de enfermeras el nivel y forma de aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria, de acuerdo a la concepción de Gestión del Cuidado imperante en el Sistema de Salud chileno, con lo cual el estudio tendría la relevancia de fortalecer los pilares de la gestión en calidad, generando un impacto en las rutinas organizacionales, a través de una introspección del quehacer profesional, lo que aportaría a la administración de los recursos tanto humanos como económicos en base a los principios de eficacia y eficiencia, repercutiendo directamente en los usuarios del sistema de salud quienes obtendrán una atención centrada en sus necesidades y a su vez en las/os enfermeras/os quienes tendrán un método científico para avalar el otorgamiento de sus cuidados.

La naturaleza del estudio es de carácter social, ya que se relaciona con la interacción humana, en el continuo de salud – enfermedad, entre enfermeras/os - usuarios, cuyos lineamientos se abordan desde la perspectiva de calidad en salud. Incorpora un aspecto ético, puesto que relaciona sus principios con relación a un juicio profesional, en la conceptualización del cuidar.

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Osorno, región de Los Lagos, Chile, durante el primer semestre del año 2015, teniendo como alcance todos los centros de salud, que otorguen cuidados en el hogar.

La investigación se enfocó en el paradigma cualitativo, de carácter descriptivo, mediante un diseño fenomenológico.

Conforme a lo expuesto, la pregunta de investigación corresponde a ¿Cuál es el significado del proceso de enfermería para enfermeras/os que realizan visita o atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015?

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Develar el significado que las/os enfermeras/os de atención primaria otorgan al proceso de enfermería en atención domiciliaria, en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indagar la concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria en las/os enfermeras/os de atención primaria de la ciudad de Osorno, en el primer semestre del año 2015.
2. Explorar sentimientos, en relación a la planificación del cuidado en torno a la aplicación del proceso de enfermería, en atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015.
3. Descubrir en las/os enfermeras/os de atención primaria de la ciudad de Osorno los factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria en la ciudad de Osorno, durante el segundo semestre del año 2015.
4. Identificar los beneficios que otorgan las/os enfermeras/os a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria, en la ciudad de Osorno, durante el segundo semestre del año 2015.
5. Describir la importancia que le otorgan las/os enfermeras/os que realizan atención domiciliaria integral, a la aplicación del proceso de enfermería en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015.

III. SUPUESTOS

Las/os enfermeras/os de atención primaria no otorgan relevancia a la aplicación del proceso de enfermería para el desarrollo estratégico de la planificación de los cuidados en atención domiciliaria.

IV. MARCO TEÓRICO

El capítulo se compone de las bases teóricas, antecedentes y definiciones de los principales conceptos considerados relevantes en la investigación: Enfermería, Gestión del Cuidado, Visita Domiciliaria, Proceso de Enfermería, Teoría de Orlando y Teoría de Maurice Merleau – Ponty

CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

El Código Sanitario en Chile, señala que las/os enfermeras/os, son los profesionales que a través de la aplicación de un juicio, deben regular el otorgamiento de los cuidados, cumpliendo con las garantías que el gobierno declara entorno a la salud, siendo esencial en todos los niveles de atención (10).

De lo anterior se evidencia que en la actualidad, la preparación de las/os enfermeras/os, presenta grandes desafíos de competencias cognitivas y de habilidades prácticas, y responsabilidad por el cuidado de salud del otro, con una mirada humanista y ética, con compromiso hacia la calidad de vida, donde la innovación y la profesionalización han adquirido relevancia (11).

Si bien, enfermería es reconocida como ciencia humana práctica, se relaciona con un conjunto de conocimientos abstractos, avalados por la investigación y el análisis lógico. Se basa en un amplio sistema de teorías aplicadas, mediante la utilización de opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas de los sujetos. El reconocimiento del contexto y las características del individuo busca mantener y preservar la integridad física, creencias y valores (12).

Entre los factores determinantes de la práctica de enfermería se distinguen (12):

- Cuidados: realidad compleja y no lineal, reflejan el desarrollo del conocimiento, con carácter humano.
- Salud: se considera como los niveles cambiantes biopsicosociales y espirituales del bienestar y la enfermedad.
- Entorno: condiciones e influencias del ambiente que afecta a la persona como parte integral e indivisible.

El anhelo de las/os enfermeras/os es alcanzar el nivel óptimo o la provisión de cuidados necesarios para restablecer el bienestar si este estuviese alterado; dirigir por parte de los individuos o grupos sus propias acciones hasta el máximo de sus capacidades, en la búsqueda de la satisfacción por medio de la calidad, eficacia y eficiencia, teniendo presente el cuidado humanizado (12).

El cuidado demanda un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo conociendo e interviniendo en el proceso de vivir y en el de salud – enfermedad, con compromiso y responsabilidad. El trabajo de enfermería se centra en las dimensiones de cuidar, gerenciar, educar e investigar, sustentado por los diversos patrones de conocimientos, competencias y habilidades (13).

Los elementos involucrados que le otorgan el carácter de ciencia emergente, son la aplicación del método científico, por medio del proceso de enfermería y el objeto se centra en el cuidado, en su dimensión más amplia, teniendo un papel crucial la investigación que enriquece y actualiza el cuerpo de conocimiento de la profesión (14).

En la búsqueda del bienestar de los usuarios se destaca el principio ético de justicia, comprendiendo el uso racional de los bienes disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud. Por lo tanto, para el logro de equidad es necesario comprender la

importancia de garantizar una justa distribución de los recursos, que evite las restricciones o privilegios, por lo que debe existir una organización al actuar (15)

GESTIÓN DEL CUIDADO

En el año 2007, en Chile, se aprueba la Norma general administrativa número 19, cuyo propósito busca operacionalizar el Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería, con la finalidad de asegurar la continuidad de los cuidados y fortalecer el trabajo en red, con sustentos de calidad. Se especifica que el profesional responsable es la/o enfermera/o, formulando una descripción de las funciones y atribuciones, con su respectiva organización (9).

Es identificada como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que garanticen la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud. Se adecua a las necesidades del usuario, sus familiares, cuidadores y de la comunidad, por lo tanto se ejerce en toda la cadena sanitaria (16).

Implica un proceso creativo, movilización de recursos humanos y del entorno encaminado a la aplicación de modelos de cuidados, basados en la concepción de enfermería, adquiriendo relevancia el uso de un lenguaje común, símbolos y conceptos comunes, provocando un refuerzo en la identidad profesional, llevando consigo calidad en la atención (14). Busca la calidad, por medio de la incorporación de ciencia y de la organización de la información, tributando a la mejor administración de recursos, con menores inconvenientes y costos tanto como para el usuario y la sociedad (15). Incluye la creación de instrumentos, para la recolección de datos de manera sistemática, en relación a la percepción usuaria sobre su experiencia en salud y entorno. Se deben reflexionar datos y la planificación del cuidado con

el paciente y su familia, para generar objetivos, en torno a un diagnóstico enfermero, enfocado a la respuesta del paciente, frente a su necesidad (16).

Es inherente a la temática expuesta, el trabajo con otras enfermeras y la participación de la formación profesional, por lo que adquiere relevancia la utilización de un método sistematizado y la utilización de un lenguaje común (16).

Por lo tanto, el escenario se orienta hacia la participación de la persona, familia, personal de Enfermería, equipos interdisciplinarios, en cuyo proceso humano y social se debe considerar liderazgo, motivación, participación, comunicación y colaboración, a través del pensamiento enfermero, favoreciendo una cultura organizacional entorno al cuidado (16).

VISITA DOMICILIARIA

El Modelo de Atención Integral en Salud, de la Reforma experimentada en Chile, hace referencia a las acciones que promueven y facilitan un cuidado eficiente, eficaz y oportuno en todas sus dimensiones, con un enfoque familiar, entregando una atención de calidad tanto en el ámbito ambulatorio como en el cerrado. Dentro de sus características cabe destacar integralidad y la continuidad de los cuidados fuera de un ambiente hospitalario (17).

Para implementar las líneas estratégicas de este modelo, se deben organizar las acciones, satisfaciendo requerimientos y demandas de la comunidad, dando énfasis en la anticipación de los problemas, promoción y prevención de enfermedad. La formación y las competencias del equipo de trabajo son en relación a una gestión en red, con liderazgo y trabajo en equipo, lo que hace referencia a la búsqueda de un mejor entendimiento (17).

Se promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud, aumentando la capacidad resolutoria. Se identifican y analizan problemáticas, formulando y negociando propuestas en la atención (17).

El Cuidar evolucionó a la búsqueda de nuevos saberes y quehaceres, en la perspectiva de reafirmar la profesión como ciencia, arte y tecnología. Se constituye en un modo, forma, sistema, estructura, proceso, etc., con actitudes y estrategias formales e informales, que configura la práctica del ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir. Se sustenta sobre el continuo del cuidado mutuo y simultáneo. Esto adquiere gran importancia cuando ocurre en el domicilio, ya que es generado en el medio donde habitualmente se desenvuelve el usuario (10).

Por lo tanto cabe destacar que la visita domiciliaria desde su inicio presenta una connotación biopsicosocial. En Chile, en la década de los años 30, un grupo de mujeres inician la implementación de atención en el hogar, cuyos roles en la sociedad eran de profesoras, enfermeras o visitadoras sociales. Lograron involucrar a la familia en el cuidado de cada uno de sus integrantes, siendo visualizado como un importante beneficio en el ámbito sanitario. Con el transcurso del tiempo se ha logrado una mayor planificación para efectuar atención en el domicilio, las acciones se proyectan en base a una evaluación previa y la formulación de un plan de atención negociado y concordado con la familia (3).

Los objetivos de la visita domiciliaria, radican en conocer el hogar, entorno, situación familiar, detectar necesidades, recursos, redes, evaluar a la familia como una unidad de cuidado, mejorar la definición de los problemas de salud y diferenciar los diagnósticos de las personas (3).

Existen etapas para el desarrollo de una visita domiciliaria (3):

- Programación: es a nivel institucional, se definen los grupos, número de visitas y el momento adecuado para iniciar la atención.
- Planificación: clarificar el motivo de la visita y recolectar los antecedentes, se deben fijar objetivos y diseñar una pauta de observación, contar con el consentimiento informado. En la segunda fase se deben negociar los objetivos con la familia.
- Ejecución: la visita comienza desde que el equipo se dirige al hogar. Debe ser valorado lo estructural y relacional. Lo estructural se refiere a las características físicas del hogar/entorno y lo relacional observar la dinámica familiar.
- Evaluación y registro: generación de conclusiones, para la formulación de hipótesis y posibles soluciones. Esta intervención debe ser registrada en los formularios pertinentes.

La atención domiciliaria es un eje importante, ya que los usuarios al permanecer en su propio ambiente, disminuyen su exposición a infecciones y a problemas de adaptabilidad dentro de un centro hospitalario. El hogar y la familia son elementos relevantes en el bienestar y recuperación del usuario, por lo tanto las acciones de enfermería deben absorber estos factores de éxito, para el desarrollo del proceso de enfermería, puesto que existe mayor autonomía para la aplicación de un juicio profesional, lo que es percibido por la población. A su vez se trasladan material y equipos necesarios para alcanzar una óptima atención, lo que debe ser en base al principio de equidad y justicia en la administración de recursos (18).

Una de las ventajas más relevantes de la realización de actividades preventivas en el hogar es la mayor información sobre el entorno familiar y sobre recursos de apoyo social, aspectos fundamentales en la elaboración de un perfil biospiciosocial. A su vez entrega información acerca de las interrelaciones y el soporte que distintos integrantes se proporcionan entre sí. Permite el fortalecimiento de la relación equipo – paciente, facilitando la adherencia al plan de cuidados. Los beneficios de la ejecución de una visita domiciliaria deben ser clarificados, ya que provoca un alto impacto en el quehacer de la institución (19).

PROCESO ENFERMERO

Los aportes realizados por las/os enfermeras/os teóricas/os, a partir de los años 50 del siglo XX, provocan la necesidad de un método que responda a las necesidades de enfermería, abordando fenómenos de su quehacer diario. Por esta razón surge el proceso de enfermería, reconocido como el método científico, permitiendo aplicar el marco teórico y filosófico en ayuda del profesional (12).

Fomenta la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia, generando calidad, seguridad, continuidad en los cuidados e implementación del arte, con el fin de distribuir los recursos con claridad y pertinencia. Otorga independencia y esclarece el campo de enfermería, trae consigo la defensa y sistematización del conocimiento propio (12).

Es definido como una serie de pasos que incluyen la recogida de datos, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. Centrado en la individualización de la atención, hacia el usuario, familia y comunidad, con enfoque en la solución de problemas, por medio del uso de teorías y modelos; implica un razonamiento crítico y toma de decisión (20).

Las/os enfermeras/os asumen la responsabilidad de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía, por medio de un sistema de creencias y valores, donde se incluye búsqueda constante del conocimiento. Es así que en 1978 Bárbara Carper, define cuatro patrones del conocimiento: Empírico, Ético, Personal y Estético, siendo este último relacionado al arte, dando significado a la práctica por medio de acciones. Posteriormente, en 1994 Johnson, señala como dimensiones conceptuales del arte: habilidad para comprender situaciones, conexión, conductas morales, determinar acciones de enfermería apropiadas y contar con destreza en el desempeño de actividades (12).

Existe determinación de los cursos de acción y destreza en el desempeño, ya que se evidencia organización y planificación individual del cuidado. Esto debe estar presente en las notas de enfermería, en sus formulaciones teóricas, con una persona o grupo. En todas estas experiencias se utiliza el conocimiento estético, siendo este el que globaliza los demás patrones de conocimiento y hace del acto de cuidar un acto artístico (21).

La Asociación de Enfermeras Norteamericanas define a esta disciplina en relación a la formulación del diagnóstico y tratamiento de respuestas humanas, dando origen a la utilización de modelos conceptuales y al desarrollo de un sistema de clasificación: taxonomías diagnósticas, clasificación de intervenciones y de resultados, fortaleciendo el reconocimiento de la autonomía. En Sudamérica se considera esta temática como emergente con un amplio camino por recorrer, ya que no ha sido implementado en la totalidad de los centros de salud (22).

El proceso de enfermería provoca un acercamiento hacia la resolución de problemas, orientados al cuidado, estableciendo una relación de ayuda, caracterizada por el conocimiento y la razón. En 1973 American Nurse Association (ANA), publicó estándares del ejercicio profesional, donde describe cinco pasos que forman las etapas del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (23):

- Valoración: implica la recogida y validación de datos. Es parte de cada actividad que hace las/os enfermeras/os por y con el paciente, siendo un continuo durante todas las fases.
- Diagnóstico: análisis e interpretación crítica de los datos reunidos en la valoración, en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Su estructura se compone del problema de salud, factores etiológicos o relacionados, características definitorias o serie de signos y síntomas.
- Planificación: diseño de estrategias o actuaciones requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del cliente identificados.
- Ejecución: validación del cuidado, ejecutar y comunicar las estrategias de enfermería.
- Evaluación: se obtienen conclusiones en relación al logro de los objetivos propuestos.

Entre las características de esta metodología, consta la adaptación al campo de trabajo, con base científica y teórica, desarrollando un sustento en investigación. Constituye un reto, puesto que para su definición y utilización se han debido desarrollar investigaciones en campos fuera de la profesión como por ejemplo: Bioquímica, Fisiología, Farmacia, Propedéutica, Ética, Filosofía, Psicología y la Sociología, entre otros, los cuales son de gran utilidad para el logro de un lenguaje internacional (24).

Entre los beneficios de su aplicación se encuentran (25):

- Facilita el diagnóstico y tratamientos de problemas de salud reales y/o potenciales.
- Desarrollo de un plan humanizado y adecuación de costos.
- Consta de requisitos en documentación para: mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y/o repeticiones innecesarias, realizar seguimientos y estudios.
- No perder centro de la atención en el usuario.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Ajusta las intervenciones al individuo.
- Ayuda a que los pacientes y familiares sean conscientes de que su aporte es importante y que poseen recursos esenciales.
- Satisfacción por parte de las/os enfermeras/os por el cumplimiento de metas.

Para llevar a cabo lo presentado, es necesario contar con conocimiento: el qué hacer y por qué hacerlo; habilidades y actitud: deseo y capacidad. Las habilidades se relacionan con técnicas y experiencia clínica. Mientras que las relacionadas con el intelecto se desarrollan por medio de la aplicación del pensamiento crítico, el cual es deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de objetivos, permitiendo juicios basados en evidencia y presenta una evaluación constante. Por último las habilidades interpersonales son basadas en el comportamiento y en la comunicación (25).

La ejecución del cuidado a través de la ciencia genera responsabilidades y un análisis del accionar del quehacer profesional, donde se reconoce la problemática de salud del usuario, se anticipa la aparición de posibles complicaciones y se enfatiza en el otorgamiento de cuidados seguros y confiables, en un tiempo terapéutico (25).

La utilización del proceso de enfermería permite un razonamiento crítico, donde es primordial el uso de lógica, formulando un enfoque organizado y consciente, desarrolla competencias, puesto que se vincula a la adquisición y actualización del conocimiento y experiencias prácticas, desarrollando en él profesional iniciativa y creatividad al presentar ideas innovadoras, con flexibilidad y apertura a los procesos de cambio (12).

Como propósitos se perciben (12):

- Mantener y proveer los cuidados hacia un nivel óptimo de bienestar.
- Permitir a individuos o grupos dirigir sus propios cuidados hasta el máximo de sus capacidades.
- Cuidados de calidad, eficaces y eficientes.
- Reflexión entorno al cuidado humanizado.

Esta sistematización ha permitido el desarrollo de numerosos estudios con diagnósticos enfermeros y por medio del desarrollo de la informática hacer correlaciones con los distintos problemas de salud que tiene el paciente. Por lo tanto, el proceso enfermero permite un enfoque holístico de la enfermera/o hacia el domicilio y realizar planes de cuidados. El acudir al domicilio permite la visualización del contexto en el que se desarrollan las dinámicas e interacciones reales del usuario, posibilitando detectar incluso problemas potenciales, reconocidos como diagnósticos de riesgo, los cuales potencian y contribuyen al trabajo en prevención en salud, pilar fundamental para evitar futuras complicaciones en el individuo y/o familia (26).

TEORÍA DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

TEORIA DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Ida Jean Orlando, estadounidense, nacida el 12 de agosto de 1926, realiza sus estudios de Enfermería en New York. Complementa su disciplina con licenciaturas en Salud Pública, Salud Mental, entre otras. Trabajó paralelamente de forma asistencial, para luego ser supervisora de cuidados. En 1954 se incorpora al ámbito universitario, en el área de investigación en Yale. Genera su teoría a partir del año 1962, cuando trabaja como consejera de la clínica McLean Hospital de Belmont, Massachuset (27).

Dentro de los ámbitos a destacar de su trabajo, se encuentra la importancia de la relación enfermera – paciente, la toma de decisiones en la planificación de los cuidados y la distinción de enfermería como una profesión autónoma, con pensamiento lógico y organización (27).

Dentro de sus principales conceptos y definiciones asociadas a la aplicación del proceso enfermero cabe destacar (27):

- La conducta del paciente es significativa, por lo tanto las/os enfermeras/os, deben considerar la interacción con el usuario, para una planificación en conjunto de los cursos de acción.
- La acción reflexiva de las/os enfermera/os: relacionado a la identificación de una necesidad y su resolución. Debe existir la aplicación de un juicio crítico, basado en enfermería como ciencia, con una organización adecuada.
- La reacción de las/os enfermeras/os con respecto a cada paciente es única.
- La relación las/os enfermeras/os – paciente es global y dinámica, siendo valorada en un continuo durante la interacción.
- Debe existir una validación de la decisión de las/os enfermeras/os, por parte del usuario, para llevar a cabo la acción. Para que exista credibilidad y confianza en el quehacer, se

debe distinguir un razonamiento y un orden lógico en el actuar, con sustento basado en evidencia científica.

Meta paradigmas:

- Enfermería: profesión diferenciada que funciona con autonomía, se evidencia relación con el propósito del estudio, ya que se considera que las/os enfermeras/os, son los profesionales que por medio de su juicio realizan la planificación de los cuidados.
- Persona: poseen conductas verbales y no verbales, por lo que son el centro de la observación. Las personas son consideradas como únicas, con percepciones y sentimientos importantes de distinguir para la consolidación de un proceso.
- Salud: No realiza una definición acotada, pero guarda relación con la ausencia de problemas físicos, mentales y la presencia de sentimientos de bienestar. Sus estudios reafirman la búsqueda de la plenitud humana, por medio del personal a cargo de dirigir las estrategias de cuidado.
- Entorno: No es definido, pero varía según el lugar de contacto entre las/os enfermeras/os – paciente. Considera al espacio físico y los factores que pudieran incidir en el transcurso del contacto de los participantes.

Tras numerosas investigaciones se ha comprobado la aplicabilidad de la Teoría del proceso de enfermería en la comunidad y en los cuidados prolongados, por lo que es efectiva en el contexto de esta investigación, donde se busca el significado para enfermería en la atención en el domicilio, realzando la importancia de un trabajo con base científica (27).

El proceso enfermero al igual que Orlando centra su origen en la relación de las/os enfermeras/os – paciente y de la aplicación de un juicio entorno a las respuestas humanas apreciadas por medio de la observación, resultantes de una necesidad, la cual debe ser percibida como tal por parte de los pacientes.

TEORÍA DE OTRAS DISCIPLINA RELACIONADA CON EL OBJETO DE ESTUDIO

MAURICE MERLEAU – PONTY

Filósofo fenomenólogo francés (1908 -1961). Dentro de su teoría destaca la importancia de tematizar la existencia, entorno a la búsqueda de las relaciones del ser con el mundo. Su propuesta implica el realce de la utilización de la descripción para alcanzar la comprensión de los contornos del fenómeno, pues señala que el rigor de la ciencia está vinculado a la experiencia de las interacciones con el mundo (28).

La experiencia es un elemento esencial para la comprensión de los fenómenos, dicha instancia se genera en la intersección de lo vivido entre diferentes personas. Enfatiza en que el hombre está ligado a su condición de historia (28).

En la investigación debe destacar el deseo de aprender de la vivencia del sujeto en relación a fenómeno estudiado. Esto genera los espacios para la expresión de impresiones y sentimientos (28).

La técnica de escucha activa forma parte del contexto de facilitación de la producción de información, puesto que el lenguaje verbal y no verbal forman parte esencial para determinar, lo que realmente se desea exponer (28).

De acuerdo a lo planteado por el filósofo, destaca lineamientos a seguir en la realización de entrevistas individuales, con el fin de buscar del análisis de los relatos la comprensión de los motivos en los fenómenos vividos y el compromiso con el tema de investigación. La entrevista

se da en base al encuentro de los individuos, la forma de registro generalmente es hecha por grabadoras o videos (29).

Cada etapa se compone de un momento de descripción, seguida de una reflexión. Este segundo momento surge en base al relato, no hay categorías de análisis preestablecidas (29).

Se presentan pilares que fundamentan esta investigación como la importancia de la búsqueda del conocimiento acerca del ejercicio de enfermería en el ámbito domiciliario, ya que es que en el hogar donde se intensifican las relaciones del hombre con su mundo y su condición de historia. A su vez la metodología se ve influenciada por la aplicación de escucha activa, recolectando la información a través de entrevistas, sin categorías predeterminadas sino que emanadas de los discursos.

V. MARCO EMPÍRICO

El capítulo se compone de investigaciones relacionadas con: visitas domiciliarias y proceso enfermero.

VISITAS DOMICILIARIAS

El año 2011 en Colombia, se realiza un estudio de carácter comparativo, cuasi experimental, donde se busca evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar. Los participantes se distribuyeron en tres grupos. El primero recibió preparación para el alta, el segundo preparación para el alta e intervención telefónica y el tercero recibió además una visita en su domicilio. Como principal conclusión se destaca que las visitas domiciliarias son relevantes tanto para los usuarios como para la familia y que la realización de la aplicación del proceso de enfermería y utilización del lenguaje estandarizado de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC) propician la continuidad de los cuidados en el hogar, por facilitar la comunicación entre el personal de enfermería, comparar resultados y estandarizar procesos, situación que favorece la autonomía y visibilidad de la profesión (30).

En Chile durante el año 2010, se efectuó una investigación de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional transversal, con 84 personas en condición de dependencia, ingresados al programa de atención domiciliaria del Centro de Salud Familiar Antonio Varas de Puerto Montt, cuyo objetivo radica en determinar el perfil sociodemográfico, de salud, dependencia, movilidad y riesgo de úlceras por presión. Se realiza una caracterización de la población y se evidencia que enfermería debe asumir un rol preponderante en la atención de estos pacientes y sus grupos familiares, para ello debe contar con marcos teóricos y técnicos adecuados e instrumentos de valoraciones objetivas y validadas que consideren integralmente a los enfermos y su grupo familiar. A su vez se releva la importancia de la atención domiciliaria, puesto que debido al envejecimiento de la población, aumento de enfermedades

cardiovasculares, accidentes, violencia y cáncer, los individuos se ven con dificultades con el acceso a los centro de salud., se señala que cada vez serán más los enfermos con dependencia severa, si los equipos no son capaces de intervenir en etapas previas y si no cuentan con los instrumentos adecuados para valorar a la población. (31).

El año 2007 en Brasil, se realiza un estudio de tipo exploratorio - descriptivo, de carácter cualitativo, con 33 enfermeros que trabajan en Salud de la Familia, cuyo objetivo es identificar las facilidades y dificultades encontrados por dichos profesionales, durante el cuidado a la puérpera y al recién nacido en el hogar. La recogida de los datos fue realizada utilizando un cuestionario, formado por preguntas abiertas. De los resultados destaca que la forma de recibir la familia al enfermero es el primer paso para el establecimiento de un vínculo entre el profesional y ésta. Cuando una familia es receptiva a las orientaciones dadas por el profesional se aumenta la posibilidad de que el proceso de asistencia sea exitoso y permite garantizar que esta sea dinámica y de calidad, permitiendo un conocimiento más sólido de las condiciones de salud de la comunidad. La resolución de las problemáticas es evaluada constantemente por la familia, generando en ellos, si esta es positiva, mayor confianza en el profesional de salud. La visita debe ser planeada y sistematizada, resaltando la necesidad de entender a cada sujeto como un ser único, perteneciente a un contexto social y familiar que condiciona diferentes formas de vivir y enfermar. Las dificultades se centraron en la organización, exceso de demanda asistencial y escasos recursos (32).

PROCESO ENFERMERO

En relación al proceso enfermero, en el año 2011 se publica una investigación realizada en España, cuyo objetivo era analizar el rol de enfermería en cuidados paliativos, donde entre sus conclusiones destaca la necesidad de contemplar la práctica profesional del proceso de cuidados enfermeros en el marco de un modelo conceptual y en el desarrollo y aplicación del método científico (33).

Por su parte, en Perú en el año 2010 se realizó un estudio de caso, para brindar cuidados a una niña en el domicilio, se utilizó el proceso de cuidado de enfermería: valoración, con instrumentos como la entrevista, exploración física, observación, luego se estableció y priorizó las necesidades alteradas según Virginia Henderson. Los cuidados se brindaron en un 70% del total y, por último, se realizó la evaluación reflexiva, concluyendo que el proceso de cuidado, permite brindar, promocionar y optimizar estilos de vida (34).

En Brasil el año 2009, se realiza una investigación que busca valorar los diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación de enfermería. Consistió en una búsqueda bibliográfica, que incluye un examen completo, profundo, sistemático y crítico de las publicaciones. Lo que lleva a reflexionar sobre la necesidad de los conocimientos profesionales en enfermería. Aprender a manipular la NANDA para no equivocarse en la elaboración del diagnóstico y elegir las mejores intervenciones de acuerdo a las necesidades del paciente. Se observa que la utilización de diagnósticos es mayoritariamente en docencia (20).

En Cuba durante el año 2006, se realizó una revisión bibliográfica que incluyó diversos libros de textos y se consultaron expertos para ampliar los conocimientos relacionados con los fundamentos de enfermería. Se concluye que enfermería es una ciencia puesto que posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación -el Proceso de Atención de Enfermería- que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas (35).

El año 2002, se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de proponer un sistema de valores humanos que pueda caracterizar al personal de enfermería en la atención primaria en la provincia de Camagüey, Cuba. La muestra fue de un total de 150 miembros del personal de enfermería de tres centros de salud, además de escoger de forma aleatoria 50

pacientes y familiares. El total de la muestra estudiada coincide en cuatro valores: responsabilidad, sensibilidad, honestidad y cortesía y el 99% menciona la laboriosidad. Como conclusión del estudio destaca el reconocimiento de enfermería como ciencia, la cual posee las suficientes potencialidades para brindar cuidados de más calidad y eficiencia al individuo sano o enfermo, a la comunidad y al entorno medio ambiental. A su vez enfrenta el reto de imponerse a los rasgos de deshumanización, por lo tanto debe existir una atención centrada en el ser humano, sustentada en un sistema de valores humanos en correspondencia con las exigencias sociales actuales (36).

El año 2006, se realiza una investigación de corte descriptivo centrado en el cuidado como objeto y método fundamental para lograr un parámetro exitoso y con calidad de vida, inmerso en el mismo proceso de envejecimiento. Se genera una hipótesis de que la aplicación de la ciencia en los cuidados es necesaria para alcanzar el éxito y la calidad de vida en el envejecimiento, para la cual se utilizó como metodología la revisión de fuentes bibliográficas. A raíz de la investigación se visualiza que el profesional de enfermería debe presentar conocimientos epistemológicos de la profesión del cuidado. Cuidar a un individuo es una tarea no fragmentaria, se refiere a un todo holístico y además es primordial considerar la historia de cada paciente (37).

En Madrid durante el periodo 2001 – 2004 se monitoriza y se da a conocer por medio de un estudio descriptivo, longitudinal, la experiencia de implantación y desarrollo de la metodología de enfermería en atención primaria. El resultado señala que el número de enfermeras/os que utiliza la metodología y los diagnósticos de enfermería ha aumentado un 167%, la frecuencia de diagnósticos de enfermería identificados desde el año 2001 fue de 50.185, el indicador de capacidad de resolución se ha situado en los años 2003 – 2004 en un 75% de los problemas atendidos, por lo tanto se concluye que las/os enfermeras/os de atención primaria han integrado el proceso enfermero como metodología de trabajo en su práctica asistencial (38).

En Salamanca el año 2011, se efectúa un estudio cuyo objetivo es conocer las actitudes de una muestra de 16 enfermeras de atención primaria en relación a la metodología enfermera, identificar barreras y elementos favorecedores respecto a su implantación, con la finalidad última de emitir una serie de sentencias que permitan elaborar y validar una encuesta para la realización de un estudio cuantitativo posterior. El Diseño es tipo cualitativo, mediante grupos focales, uno para el medio urbano y otro para rural. Como resultado destaca una actitud positiva hacia el uso del proceso de enfermería, ya que se considera un método idóneo para identificar y registrar el trabajo enfermero, que da seguridad y calidad a la prestación de los cuidados de enfermería. Como principal barrera para su implementación se encuentran la falta de un registro informático adecuado y la complejidad del lenguaje estandarizado, falta de formación, ausencia de elementos motivadores y reconocimiento (39).

VI. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se enmarca en un paradigma cualitativo, puesto que permite informar con claridad, objetividad y certeza las observaciones del mundo social y las experiencias de los demás, dejando al descubierto el significado otorgado a los sucesos (40).

Dentro de sus características destaca que es un proceso sistemático, orientado a comprender fenómenos tanto educativos como sociales, sustentando el cambio en prácticas y toma de decisiones, cuyo propósito es el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo de conocimiento (41).

Existe una perspectiva comprensiva, donde la visualización del mundo es por medio de las interacciones recíprocas entre personas y con sistemas más amplios. La identificación, clasificación y análisis de las interpretaciones, constituyen la esencia metodológica, adquiriendo relevancia el ambiente de cotidianidad, en el que se desenvuelven los individuos, permitiendo un enfoque holístico - global durante la investigación (42).

De las características fundamentales se encuentra la flexibilidad y la proximidad. La primera, se relaciona con aceptar que las decisiones, pueden ser alteradas durante el transcurso del estudio y la segunda del ambiente de cercanía necesario para la comprensión del mundo (43).

El carácter de la investigación es descriptivo, ya que se busca documentar narraciones y la conducta observable de los sujetos (44).

El estudio posee un enfoque fenomenológico, puesto que busca dilucidar el significado otorgado de una práctica y comportamiento usual de un grupo de características comunes (45).

UNIVERSO Y MUESTRA

Población de estudio:

Enfermeras/os que trabajan en los CESFAM de Osorno, durante el segundo semestre del año 2015, que realicen Atención Domiciliaria.

Unidad de análisis:

Cada enfermera/o que trabaja en los CESFAM de Osorno, durante el segundo semestre del año 2015, que realicen Atención Domiciliaria.

Tipo de muestra:

Es intencionada y razonada, correspondiendo a una muestra homogénea y teórica, existiendo un perfil similar de los participantes, centrado en un proceso vivenciado por ellos (45).

Tamaño de la muestra:

Como unidades iniciales fueron seleccionadas 6 enfermeras/os, una de cada CESFAM de la ciudad de Osorno. Este número inicial puede verse influenciado, por la capacidad operativa de la investigadora, el número de casos que permitan dar explicación al fenómeno y el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Enfermera/o con 3 o más años de experiencia laboral
- Ejerciendo en CESFAM de la ciudad de Osorno.
- Realizando Atención Domiciliaria.
- Firma de Formulario Consentimiento Informado (Anexo A)

Criterios de exclusión:

- Enfermera/o en periodo de vacaciones o con licencia médica.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Efectuada por medio de una entrevista en profundidad, semi estructurada y a través de la observación (47):

ENTREVISTA

Concebida como una reunión íntima, donde existe un intercambio de información entre personas, se genera un ambiente cálido, flexible y abierto a las circunstancias. A través de preguntas y respuestas, se persigue lograr comunicación y encontrar significados respecto al tema de estudio.

Se empleará una entrevista semi estructurada, donde existe una guía de asuntos, teniendo la libertad de introducir preguntas adicionales, para precisar conceptos u obtener mayor información (Anexo B). A su vez debe proceder a una escucha activa, donde se esté compenetrado con la información que se obtiene. Se realizará grabación de la entrevista para una transcripción fiel de lo obtenido, manteniendo el principio de confidencialidad y anonimato. (45)

OBSERVACIÓN

No se limita a la visión, sino que se incorporan todos los sentidos. Permite la comprensión de los procesos, identificar problemas y generar supuestos. Se debe tener en cuenta el ambiente físico, social y humano (45).

Se llevará a cabo una observación moderada (45), puesto que el investigador está presente, pero no en todas las actividades y puede interactuar para acotar alguna temática relevante.

Se realizarán notas de campo cuyo objetivo radica en:

- Capturar la comunicación no verbal, proveniente del participante, durante la entrevista.
- Descripción del contexto.
- Registro de las descripciones, conceptos, elementos importantes, del objeto de estudio.

Previo a la recogida de datos, se solicitó autorización al comité de ética del servicio de salud de Osorno (Anexo C), para la realización de las entrevistas en su lugar de trabajo. Luego se contactó a las/os enfermeras/os, para explicar objetivos y propósitos del estudio, firmando el Consentimiento Informado, el día de la entrevista.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

En investigación cualitativa Guba y Lincoln, señalan que se debe incorporar cuatro criterios: Dependencia, Credibilidad, Transferencia y Confirmabilidad (43).

DEPENDENCIA

Es equivalente de la fiabilidad en estudios cuantitativos. Se realizan sugerencias, para que esta aumente en investigaciones cualitativas, a pesar de que se declara su complejidad, ya que los fenómenos son únicos. Para lograr lo señalado se debe contar con:

- Plan flexible: durante el transcurso de la investigación se pueden producir variaciones, como son la necesidad de volver a la contactar a algunos de los entrevistados para confirmar el significado de los discursos, por ejemplo.
- Triangulación de personas, situaciones y técnicas de recogida de información. Con la finalidad de que la información recogida y analizada sea realmente la expresada por los informantes claves.
- Auditores que chequeen las decisiones e interpretaciones: lo que permite disminuir la subjetividad del investigador.

CREDIBILIDAD.

Hace referencia a la captura y comunicación de los verdaderos significados de las unidades de análisis. Se consideraran de importancia todos los datos. Para su obtención es necesario:

- Que exista claridad del propósito del estudio. Los supuestos iniciales pueden ser alterados.
- Corroboración estructural donde se busca el soporte conceptual de las categorías, de acuerdo a la información emergente.
- Adecuación referencial, en cuanto a la posibilidad de detectar algunas características que se habrían dejado de lado.
- El uso de contactos, observaciones continuas, corroboración y triangulación de fuentes informativas.
- La información debe ser chequeada constantemente, por las propias fuentes del estudio.

TRANSFERENCIA

Se relaciona al grado en que los sujetos analizados son representativos del universo del cual provienen, su función no es entorno al número, sino que al tipo de muestra analizada.

No se busca la duplicación del estudio en otras poblaciones, sino que la generación de pautas para la obtención de una idea general. Sólo el investigador puede mencionar en qué ámbitos impacta su estudio, ya que este principio es de decisión del lector. En esta investigación

destaca Gestión del Cuidado, Atención Domiciliaria, Proceso Enfermero y la percepción de su aplicabilidad.

CONFIRMABILIDAD

Corresponde a la objetividad. Los resultados de la investigación, serán el reflejo de lo presentado por los sujetos y la investigación, no producto de sesgos, juicios o intereses del investigador, para lo cual se realizaran los procedimientos antes señalados.

PLAN DE ANALISIS

El análisis del contenido, es cíclico y circular, no es de forma lineal. Frecuentemente se retoma la fase anterior, puesto que se cuenta con información más completa. Un texto es sometido a múltiples lecturas y manipulaciones, por más detallada que sea la primera instancia (45).

Su desarrollo fue en base a la reducción y codificación de los datos (45):

- Se realizó la transcripción textual de la entrevista, lo que permitió comenzar con la búsqueda de la esencia de lo recopilado, distinguiendo las unidades de significado de los discursos, relacionadas con la percepción de las/os enfermeras/os de atención primaria, en relación a la aplicación del proceso enfermero en atención domiciliaria. A su vez se incorporó notas de campo efectuadas por la investigadora, para el primer análisis.
- A partir de las categorías descriptivas se construyen meta categorías.
- Mediante el análisis secuencial y transversal de las meta categorías, se visualizaron los dominios cualitativos.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a los requisitos sistematizados por Ezekiel Emanuel, se evalúa el aspecto ético de la investigación (46):

1. Valor:

Consiste en la aplicación de un juicio, en torno al impacto social, científico o clínico, cuya finalidad es la generación de conocimiento.

Los seres humanos no deben ser expuestos a riesgos y/o daños potenciales. Los recursos deben ser utilizados con responsabilidad, puesto que son limitados, sin que se genere un gasto indebido para la sociedad.

La realización de ésta investigación permite el desarrollo de un compromiso social, donde la entrega de cuidados en salud sean de calidad, siguiendo un análisis crítico y reflexivo de un actuar personalizado según las diversas necesidades de los usuarios, generando una relación percibida de ayuda por el binomio enfermera/o – paciente.

2. Validez científica:

Destaca un diseño y plan de análisis, riguroso y confiable, para la obtención de resultados con validez científica. En el estudio se aplican los criterios de rigor metodológicos de Guba y Lincoln, y para la validez se utiliza el proceso de triangulación.

3. Selección equitativa del sujeto:

La muestra correspondió a 6 enfermeras, las cuales se encuentran involucradas con el tema de estudio y no presentaron situación de vulnerabilidad. Pueden beneficiarse con los resultados, puesto que se contará con información confiable, para visualizar estrategias de desarrollo profesional.

4. Proporción favorable de riesgo – beneficio:

Se consideró los principios de beneficencia, suprimiendo los prejuicios y no maleficencia, donde debe existir una abstención intencionada de provocar daño, con la finalidad de establecer límites, evitando posibles riesgos para los participantes.

5. Evaluación independiente:

El estudio fue evaluado para su desarrollo por el comité de ética del Servicio de Salud Municipal de la ciudad de Osorno.

6. Consentimiento informado:

Requisito primordial para el desarrollo de una investigación científica, tanto por su carácter ético como legal. Al participante potencial se presentaron los objetivos, métodos, financiamiento, conflictos de intereses, beneficios – riesgos y el derecho de participar, como el de su retiro del estudio. El documento consta de la identificación del investigador y del participante, del objetivo del estudio, metodología, la utilización de la información, confidencialidad, fecha y el lugar de la entrevista.

7. Respeto por los sujetos inscritos:

Los participantes de la investigación, contaron con el derecho de retirarse en cualquier momento. Se garantizó la confidencialidad y el informe de los resultados.

VII. RESULTADOS

Se realizó la transcripción de la entrevistas, efectuando posteriormente un análisis de estas, que permitió la reducción de la información con objeto de dar respuesta al objetivo del estudio.

Nivel 1: Se generan categorías descriptivas mediante la identificación y agrupación de unidades de significados obtenidas de las entrevistas.

Nivel 2: A partir de las categorías descriptivas se construyen meta categorías.

Nivel 3: Mediante el análisis secuencial y transversal de las meta categorías, se visualizaron los dominios cualitativos.

Para la generación de categorías descriptivas, en primera instancia se realizó la transcripción de las entrevistas, luego se efectuó una lectura global de los discursos, logrando abstraer diversas unidades de significados que tributan a temas en común. Posteriormente se seleccionan los que presentan relación con el objeto de estudio.

En la construcción de las categorías se utilizó como guía la pauta de entrevista y los objetivos específicos de la investigación.

Las categorías se identificaron con un código de cuatro o cinco letras que coinciden con las primeras letras de la categoría. Por ejemplo: Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria "CONC".

Se identificaron 117 unidades de significados atinentes al estudio, agrupándose en 5 categorías.

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEL NIVEL 1

Nº	CÓDIGO	DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS
1	CONC	Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria: opiniones otorgadas por las enfermeras entrevistadas en relación a la definición y desarrollo de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
2	SENTI	Sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria: opiniones otorgadas por las enfermeras entrevistadas en relación a su percepción y estados de ánimo entorno a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
3	FACTO	Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria: opiniones otorgadas por las enfermeras entrevistadas en relación a los recursos materiales y humanos que intervienen en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
4	BENE	Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria: opiniones otorgadas por las enfermeras entrevistadas en relación a un aporte positivo de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
5	IMPO	Importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria: opiniones otorgadas por las enfermeras entrevistadas en relación al valor otorgado a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

Con la finalidad de objetivar los datos se presentan tablas de frecuencia de las unidades de significado identificadas en las categorías visualizadas en los discursos de las enfermeras/os entrevistadas/os.

Tabla N°1. Distribución de frecuencias de las unidades de significado encontradas en los discursos.

N°	Código	Categoría	Frecuencia unidades de significado
1	CONC	Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	36
3	FACT	Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	28
4	BENE	Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	26
2	SENT	Sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	16
5	IMPO	Importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	11
TOTAL			117

A continuación se presentan tablas de distribución de frecuencia de las unidades de significado de las categorías relacionadas con el significado del proceso de enfermería para enfermeras (os) que realizan visita o atención domiciliaria.

Tabla N°2. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria “CONC”.

Código	Categoría “CONC”	Frecuencia unidades de significado (36)	
		N°	%
DEF Definición	Centrada en la aplicación del Proceso de Enfermería en atención domiciliaria	20	56
DES Desarrollo	Valoración	6	17
	Diagnóstico	1	3
	Planificación	6	17
	Ejecución	1	3
	Evaluación	1	3
TOTAL		36	99

Tabla N°3. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria “FACT”

Código	Categoría “FACT”	Frecuencia unidades de significado (28)	
		N°	%
REC Recursos materiales	Tecnología	1	3.57
	Transporte	3	10.71
	Insumos	4	14.28
HUM Recursos humanos	N° de enfermeras	1	3.57
	N° de pacientes asignados	2	7.14
	Relación equipo de trabajo	5	17.8
	Apoyo familiar	3	10.71
EST Recursos estructurales	Políticas Ministeriales	2	7.14
	Capacitación	3	10.71
	Tiempo	4	14.28
TOTAL		28	100

Tabla N° 4. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria “BENE”.

Código	Categoría “BENE”	Frecuencia unidades de significado (26)	
		N°	%
CEN Centrados en el ejercicio profesional	Orden en la atención	5	19.23
	Valoración integral	4	15.38
	Atención centrada en el paciente y/o familia	11	42.3
	Evaluación	5	19.23
AMB Centrados en el ambiente laboral	Trabajo en equipo	1	3.84
TOTAL		26	100

Tabla N°5. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria "SENTI".

Código	Categoría "SENT"	Frecuencia unidades de significado (16)	
		N°	%
SEN Sentimientos positivos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria	Seguridad	3	18.75
	Validación	1	6.25
	Tranquilidad	3	18.75
	Confianza	1	6.25
	Satisfacción	3	18.75
	Emoción	1	6.25
	Orgullo	2	12.5
	Alegría	2	12.5
TOTAL		16	100

Tabla N°6. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria “IMPO”.

Código	Categoría “IMPO”	Frecuencia unidades de significado (11)	
		N°	%
VAL valor otorgado a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria	Muy importante	7	63.63
	Vital	2	18.18
	Fundamental	1	9
	Valioso	1	9
TOTAL		11	100

Nivel 2. Se realizó un análisis de las categorías emergentes de los discursos observados (o detallados) en el nivel 1. Se agrupan e identifican nexos con similitudes estructurales y temáticas para generar las metacategorías dentro de las cuales se reagruparon la totalidad de las categorías.

Las metacategorías originadas son:

1. Conocimiento de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
2. Apreciación de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
3. Factores asociados a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

Tabla N° 7. Relación entre meta categorías, categorías y unidades de significado con respecto al objeto de estudio.

Meta categoría	Categoría	Unidades de significado	
		N°	%
Conocimiento de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria	Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	36	30.76
Apreciación de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria	Sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	16	13.67
	Importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	11	9.4
Factores asociados a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria	Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	28	23.93
	Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	26	22.22
TOTAL		117	100

Nivel 3. Se buscó integrar e interpretar los resultados en Dominios cualitativos, en base a una reconstrucción del sentido de los significados obtenidos de los discursos.

Dominio 1:

“Comprensión del proceso de enfermería para enfermeras/os que realizan visita o atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año”, representa las

opiniones de las entrevistadas en relación a la concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria, a los factores que inciden en la aplicación del mismo y a los beneficios de su aplicación.

Dominio 2:

“Percepción del proceso de enfermería para enfermeras/os que realizan visita o atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año”, representa las opiniones de las entrevistadas en relación a los sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria y a la importancia otorgada a dicha aplicación.

Tabla N°8. Relación de los dominios cualitativos emergentes con sus respectivas meta categorías y categorías.

Dominios	Meta categorías	Categorías
Dominio 1: “Comprensión del proceso de enfermería para enfermeras/os que realizan visita o atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año”	Conocimiento de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
	Factores asociados a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
		Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
Dominio 2: “Percepción del proceso de enfermería para enfermeras/os que realizan visita o atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año”	Apreciación de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.	Sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
		Importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

Según el análisis obtenido de la reducción de las entrevistas los resultados serán presentados con diversos textos transcritos, con la finalidad de clarificar y permitir un mayor grado de comprensión de lo expuesto en cada categoría.

Como se señaló con anterioridad las categorías emergentes de los discursos son:

1. Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
2. Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
3. Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
4. Sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.
5. Importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

1. Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria

Esta categoría tiene como finalidad recabar las opiniones otorgadas por las enfermeras entrevistadas en relación a la definición y desarrollo de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria. Dentro de las subcategorías identificadas se encuentran:

1.1 Definición del proceso de enfermería en atención domiciliaria

En lo expuesto por los participantes de esta investigación cabe destacar que el proceso de enfermería se concibe como parte del ejercicio profesional, cuya aplicación es inherente al rol de enfermería en el cuidar, buscando calidad e equidad.

"... Siento que es una herramienta que sin lugar a duda permite otorgar un poco lo que te decía, esta ayuda en el cuidado de esta persona o de esta familia por lo tanto eh... creo que es una excelente herramienta que tenemos, no cierto, las enfermeras para poder desempeñar nuestro rol..."

“... Yo creo que es un proceso equitativo para todo ese tipo de atenciones... entonces yo te diría que es eso para mí en términos generales, es como la forma de trabajar correcta, ordenada, que te clarifica que te ordena que te permite llevar a cabo un buen plan de intervención...”

“...El proceso de enfermería es el plan de cuidado que nosotros debemos realizar, cierto, en todas nuestras actividades de enfermería... permite realizar una continuidad en los cuidados...”

“...Para mí es un proceso continuo, que puede ser dentro de todo modificable...en la medida que nosotros vamos evaluando esto puede ser modificado en el tiempo...”

“...Es un proceso fundamental, ya que me permite a mí como enfermera eh...visualizar todas las necesidades que tiene este paciente y poder de este modo satisfacer muchas de estas necesidades...Permite la continuidad y aseguramiento de la calidad de la atención de los pacientes...”

1.2 Desarrollo de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria

En relación a éste código se puede destacar que la totalidad de las entrevistadas reconocen etapas en la aplicación del proceso de enfermería, pero no en todos los discursos se señalan el conjunto de éstas.

“Lógicamente partimos por una entrevista que nos va a llevar a la valoración del paciente, luego nos establecemos los objetivos que queremos lograr y en base a esa valoración, se van a ir planteando las intervenciones y cuáles van hacer los miembros que van a participar, eso se hace todo en el domicilio se consensua con el paciente y con su cuidador emh... y cuando el paciente no es capaz de tomar decisiones se hace solo con el cuidador, luego todo se trae al centro de salud familiar y se comienza articular las redes con los miembros del equipo de inmediato”

“... Bueno hago el diagnóstico... investigo que puedo hacer con esa persona, hago mi plan de cuidado he... ejecuto mi plan de cuidado, no necesariamente es trabajar con la patología del

paciente, puede ser también un tipo de educación, ósea en realidad las falencias que yo encuentro que tengo que trabajar y después evalúo como va resultando, voy viendo cómo va ese paciente, cómo evolucionan las inquietudes de la familia, en fin...”

“...Hacer un diagnóstico de la situación pesquizando necesidades alteradas, básicamente lo hago como algo mucho más global ya posteriormente hago una planificación, yo pesquiseo también y digo quiero este objetivo a tal o cual, veo si lo quiero a corto, mediano o largo plazo y posteriormente yo después de mi planificación comienzo a ejecutar... Se planifica, se ejecuta y posteriormente yo evalúo...”

“La valoración es lo que a mí me va a permitir determinar mi plan de intervención, no cierto? y de acuerdo a esta valoración yo puedo planificar, no cierto? a corto, mediano o a la largo plazo mi intervención y en base a eso puedo elaborar un plan de intervención que yo puedo ir evaluando o que lo puedo ir evaluando algún integrante del equipo...”

2. Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria

Esta categoría tiene como finalidad recabar las opiniones otorgadas por las entrevistadas en relación a los recursos materiales y humanos que intervienen en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

2.1 Recursos materiales

Se evidencia la necesidad de contar con mayor cantidad de insumos, transporte y tecnología, como computadores para acudir al domicilio con mayor información en relación a la familia y lograr disipar interrogantes surgidas en la atención.

“A veces no tengo vehículo para ir...”

"El hecho de no tener equipos quizás, eh no sé, contar con algún computador idealmente sería mucho mejor, porque tienes acceso a toda la información del paciente, como antiguamente que tu podías salir con las cartolas, tenías todos los datos ahí..."

2.2 Recursos Humanos

Si bien se señala que el número de pacientes asignados es elevado y existe multiplicidad de actividades en el quehacer profesional, se valoriza la vocación, capacidad de escucha, compromiso y el trabajo en equipo para lograr una atención integral en el domicilio.

"A veces sabemos que no todos a veces tienen la capacidad de escuchar y que es más bien, es como una carga tener que ir, no cierto, a ver una familia, una familia que puede ser demandante y que puede ser demandante porque tienen necesidades que no han sido resueltas... Uno no trabaja sola y el trabajo en equipo es fundamental, entonces si no tienes un equipo que este comprometido, que sea, no cierto, cada uno en su área, que tenga la vocación de servir a los demás, se hace difícil..."

"Que tengamos una buena relación con el equipo de trabajo, con el equipo de trabajo he... es ayudador en la aplicación del proceso... primero los conocimientos que uno sepa que, he, los conocimientos básicos que tienes que hacer en la atención de enfermería con un paciente, que seamos un equipo que esté capacitado en salud familiar..."

2.3 Recursos estructurales

En los recursos estructurales destaca la percepción de falta de tiempo asignado para la atención de paciente en domicilio y que las políticas ministeriales influyen en el sentido de equidad en la atención.

" Por otro lado a veces me siento frustrada en que no pude llegar a tiempo ya porque tenía otras que hacer, por la multiplicidad de cosas que hay hacer..."

"Hay platas que llegan del Ministerio de hacienda pero que se les puede dar a uno y a otros no, entonces hay cosas que tú puedes dar, por ejemplo, los pañales a estos se los damos pero a estos no..."

"A veces la falta de tiempo porque a veces por lo menos nosotros... yo cuento con una tarde semanal para realizar visitas y a veces la carga de pacientes es mucho..."

3. Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria

Esta categoría tiene como finalidad recabar opiniones otorgadas por las enfermeras entrevistadas en relación a un aporte positivo de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

3.1 Beneficios centrados en el ejercicio profesional

En este código resalta la oportunidad de realizar una valoración integral del paciente y/o su familia, con mayor claridad y orden abarcando las diferentes necesidades y permitiendo una evaluación de las intervenciones programadas.

"Te ayuda a ordenar y a priorizar el tipo de cuidado y lo que necesita el paciente inmediato, lo que puedo ayudar en el momento y lo que puedo ir programando para ir haciendo más adelante, no solamente con esa persona sino con el contorno que es la familia, porque nosotros trabajamos en salud familiar"

"La visita domiciliaria en todas las ocasiones tiene un enfoque integral, se ve el aspecto biopsicosocial del paciente y eso no hace que tengamos que abarcar todas las áreas de la enfermería y sino establecemos un plan de intervención con ese paciente difícilmente podemos otorgar prestaciones de calidad hacia él"

3.2 Beneficios centrados en el ambiente laboral

Se evidencia que la utilización del proceso de enfermería genera un trabajo en equipo, donde los diferentes profesionales tributan entorno a un cuidado de calidad.

“ De ahí va a resultar también un plan de intervención que va hacer con el equipo, dependiendo, según las necesidades que encontremos en este paciente que estamos viendo en domicilio, ya sea con ayuda de los otros profesionales....que nos apoyan”

4. Sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria

Esta categoría tiene como finalidad recabar opiniones otorgadas por las enfermeras entrevistadas en relación a su percepción y estados de ánimo entorno a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

4.1 Sentimientos positivos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria

Cabe destacar que en el análisis de los sentimientos expresados no se evidencian sentimientos negativos relacionados a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria, se realza la seguridad, tranquilidad y satisfacción, asociado a la percepción de prácticas adecuadas.

“Me da mucho orgullo como enfermera, me da mucho orgullo poder decir, si, nosotros hacemos diagnósticos...Me da alegría cuando yo veo los avances, de ver que de a poquito se está usando cada vez más el proceso...”

“Me provoca seguridad, tranquilidad y confianza en que estamos haciendo un buen trabajo...”

5. Importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria

Esta categoría tiene como finalidad recabar opiniones otorgadas en relación al valor otorgado a la aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria.

5.1 Valor otorgado a la aplicación del Proceso de Enfermería en Atención domiciliaria

Las entrevistadas son enfáticas en el otorgamiento de un elevado valor a la utilización del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

“Es muy valiosa ya que el proceso de enfermería es el plan de cuidado que nosotros debemos realizar, cierto, en todas nuestras actividades...”

“Es súper importante... las enfermeras sino planeamos algo, no hacemos un proceso, ósea que estamos haciendo es la esencia de nosotras...”

“Es vital para poder entregar las prestaciones al pacientes y poder establecer lo que realmente quiere, necesita el paciente en ese momento...”

“Fundamental, ya que me permite a mí como enfermera eh... visualizar todas las necesidades que tiene este paciente...”

VII. DISCUSIÓN

En base a lo emanado de los resultados, se puede señalar que las enfermeras entrevistadas argumentan, en relación a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria, en base a su concepción, sentimientos provocados por su aplicación, factores que intervienen en su desarrollo, beneficios e importancia de éste en su ejercicio profesional.

En relación a la categoría “Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria”, cabe mencionar que en la búsqueda de su definición en los discursos, se aprecia que esta es centrada en atención domiciliaria, con un enfoque integral y familiar, lo que es concordante al modelo de Salud Familiar vigente en Chile, donde la visita domiciliaria explora en el entorno e integrantes de la familia con la finalidad de brindar una atención holística (3).

Dentro de esta misma categoría al visualizar el desarrollo de la aplicación del proceso se señala que existen etapas que deben ser llevadas a cabo destacando la valoración y planificación, quedando rezagado el diagnóstico, ejecución y evaluación. Este abordaje del proceso de enfermería no es concordante con lo especificado por American Nurse Association (ANA) en 1973, donde publicaron estándares del ejercicio profesional, identificando cinco etapas del proceso de enfermería y siendo esenciales para la atención asistencial: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (23). Probablemente, las enfermeras, al pedirles que las nombren recuerdan o identifican claramente la valoración y planificación, sin embargo al pedir que detallen su accionar se evidencia que realizan sin darse cuenta las otras etapas, como la ejecución y evaluación, quedando de lado solo el diagnóstico

En la categoría vinculada a “Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria”, se interpretan códigos acorde a recursos materiales, humanos y estructurales. En relación a los primeros destaca la disponibilidad de insumos y la posibilidad de contar con transporte, esto es concordante a la necesidad presentada de trasladar material y

equipos, con la finalidad de alcanzar una óptima atención, con principios de equidad y justicia en la administración de los recursos. Genera y exige una mayor autonomía en toma de decisiones, trabajar de forma estratégica, con recursos limitados. La gestión del cuidado, busca calidad, por medio de la incorporación de la ciencia y de la organización de la información, tributando a la mejor administración de los recursos, con menores inconvenientes y costos tanto para el usuario y la sociedad (4, 15, 18). El uso de tecnologías, como un computador portátil, es valorado en el presente estudio, ya que se presenta como una necesidad el contar con la mayor cantidad de información posible, en relación a la familia, para otorgar respuesta a interrogantes surgidas durante la atención.

En el ámbito del recurso humano destaca el apoyo familiar y la relación del equipo de trabajo. El hogar y la familia son descritos como elementos relevantes en el bienestar y recuperación, por lo tanto los enfermeros deben trabajar con estos factores de éxito en la aplicación de su juicio profesional. Los objetivos de una visita domiciliaria deben ser clarificados, ya que promueve el fortalecimiento del equipo de trabajo, con el motivo de abarcar al paciente y su familiar de forma biopsicosocial, adquiere relevancia la utilización de un método sistematizado y la utilización de un lenguaje común, se debe considerar liderazgo, motivación, participación, comunicación y colaboración, a través del pensamiento enfermero, favoreciendo una cultura organizacional entorno al cuidado (16, 18, 19). Se señala que el número de pacientes asignados es elevado y que existe multiplicidad de actividades en el quehacer profesional. Sin embargo se realza la importancia de contar con vocación, capacidad de escucha, compromiso y el trabajo en equipo para lograr una atención integral en el domicilio.

En los recursos estructurales se realza el tiempo y capacitación, lo que es esperable ya que en la actualidad se evidencia que la preparación de las/os enfermeras/os debe incorporar tanto competencias cognitivas como las habilidades prácticas con una mirada humanista y ética, donde la innovación y profesionalización han adquirido gran relevancia con el paso del tiempo, se integra la investigación y análisis lógico (11, 12). Existe percepción de falta de

tiempo asignado para la atención de paciente en domicilio y que las políticas ministeriales deben seguir perfeccionándose en el sentido de equidad en la atención.

La categoría “Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria”, presenta dos aristas, una centrada en el ejercicio profesional y otra en el ambiente laboral. De la primera destaca la posibilidad de realizar una visita domiciliaria centrada en el paciente y/o familia, con una valoración integral, ordenada, permitiendo una evaluación del plan de cuidados, lo que presenta concordancia con el propósito de la utilización del proceso, fomentando la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia, generando calidad, seguridad, continuidad en los cuidados (12)

A su vez los beneficios centrados en el ambiente laboral, las visitas domiciliarias han permitido desarrollar una relación continua entre el equipo de salud, la familia y comunidad, donde el equipo integra sus habilidades para el cumplimiento de los objetivos. Coincidiendo con la perspectiva del modelo de Salud Familiar que señala que la atención es realizada por uno o más integrantes del equipo, donde enfermería debe desarrollar habilidades interpersonales basadas en el comportamiento y en la comunicación (2, 3, 25).

En la categoría de “Sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria”, la totalidad corresponden a sentimientos positivos destacando: satisfacción, tranquilidad, seguridad, orgullo y alegría, entre otros. Para efectuar una intervención en el domicilio, se ha definido su articulación mediante un trabajo interdisciplinario, destacando un rol fundamental a los profesionales de enfermería, por lo trascendente en el otorgamiento de los cuidados, puesto que cuenta con un lazo permanente con los usuarios. Dentro de los beneficios descritos se encuentra la satisfacción por parte del cumplimiento de metas planificadas en atención del usuario en el domicilio, se genera una percepción de tranquilidad, ya que permite reconocer problemas de salud, anticipar posibles complicaciones, por lo que se desarrolla la responsabilidad de asegurar las acciones de forma adecuada y a tiempo. A su vez

en la teoría presenta de I. Orlando se destaca que la relación enfermera/o – paciente es única y que debe existir una validación de la toma de decisiones de por el usuario, lo cual va a estar determinado por la credibilidad y confianza que se genere, cuyas bases van ligadas al uso de evidencia científica (7, 25, 27).

En la categoría “Importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria”, el valor desprendido de los discursos guarda relación a que es muy importante, vital, fundamental y valioso. Se asocia al reconocimiento de la importancia de la utilización de un razonamiento crítico y toma de decisiones, con enfoque en la solución de problemas con el uso de teorías y modelos, incluyendo los pasos de la aplicación del proceso (20). La teoría de I. Orlando, visualiza también a enfermería como una profesión autónoma, que utiliza pensamiento lógico y organiza la entrega de cuidados, en base a una acción reflexiva identificando necesidades (27).

En relación a la teoría de Maurice Merleau – Ponty se puede apreciar que enfatiza en la descripción de la búsqueda de la comprensión de un fenómeno, da importancia a la vivencia del sujeto, dando paso a las expresión de impresiones y sentimientos (29), que forma parte de los objetivos de esta investigación y a su vez realza la utilización de la entrevista y escucha activa como medio de recolección de datos que fue la técnica empleada para el desarrollo del estudio.

VIII. CONCLUSIÓN

De los discursos de las 6 enfermeras entrevistadas, con el objeto de dar respuesta a la investigación: "Significado del proceso de enfermería para enfermeras/os que realizan visita o atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015", emergieron 117 unidades de significado, surgiendo 5 categorías. La de mayor frecuencia corresponde a "Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria" (35) y la menor frecuencia "Importancia otorgada a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria" (11). Las demás categorías se distribuyeron de la siguiente forma: "Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria"(27), "Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria" (25), "Sentimientos de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria" (16).

A continuación se presentan las conclusiones en base a los objetivos específicos planteados en la investigación

Frente al objetivo "Indagar la concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria en las/os Enfermeras/os de atención primaria de la ciudad de Osorno, en el segundo semestre del año 2015", se asocia a la categoría "Concepción del proceso de enfermería en atención domiciliaria" con 36 unidades de significado, donde se presentó su definición y desarrollo. La primera centrada en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria con 20 unidades de significado y la segunda abarcando las etapas del proceso de enfermería destacando la planificación y la elaboración de diagnósticos como ejes principales.

El segundo objetivo específico corresponde a "Explorar sentimientos, en relación a la planificación del cuidado en torno a la aplicación del proceso de enfermería, en atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015", en la búsqueda su análisis se generó la sub categoría "Sentimientos positivos de la aplicación del

proceso de enfermería en Atención domiciliaria”, cuya totalidad de unidades de significado corresponde a 16, destacando seguridad, tranquilidad y satisfacción como sentimientos evocados a partir de la convicción de estar efectuando un trabajo de calidad, basado en ciencia con enfoque humano, también se manifiesta sentimientos como emoción, orgullo y alegría, de la incorporación del proceso de enfermería en políticas ministeriales y la captación y validación del quehacer enfermero por los demás integrantes del equipo de salud.

El tercer objetivo consiste en “Descubrir en los/os enfermeros/os de Atención Primaria de la ciudad de Osorno los factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria en la ciudad de Osorno, durante el segundo semestre del año 2015”. Este objetivo guarda relación con la categoría “Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria”, identificándose 28 unidades de significado. Los factores fueron agrupados en: recursos materiales, humanos y estructurales. En los recursos materiales se presentan 8 unidades de significado, se visualizan los insumos, transporte y la incorporación de tecnología como elementos relevantes para la aplicación de este proceso. Posteriormente se considera el recurso humano con 11 unidades de significado, destacando la relación del equipo de trabajo, apoyo familiar, número de pacientes asignados y número de enfermeras. De los recursos estructurales cabe señalar que se generaron 9 unidades de significado, manifestando las entrevistadas como factor que incide en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria las políticas ministeriales, la capacitación y el tiempo programado por los centros de salud para la atención de los usuarios en su domicilio.

El cuarto objetivo específico es “Identificar los beneficios de la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria, en la ciudad de Osorno, durante el segundo semestre del año 2015”, destacando los centrados en el ejercicio profesional y los centrados en el ambiente laboral. Por su parte, los primeros cuentan con 25 unidades de significado, evidenciando que permite una atención centrada en el paciente y/o familia, además de dar un orden y estructura, permitir la evaluación de las intervenciones y de efectuar una valoración integral; mientras que

en el centrado en el ambiente laboral se encuentra que la aplicación del proceso de enfermería fortalece el trabajo en equipo al valorar las diversas necesidades de los individuos.

El último objetivo específico: “Describir la importancia que le otorgan las enfermeras que realizan atención domiciliaria integral, a la aplicación del proceso de enfermería en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015”, se vincula con la categoría “Valor otorgado a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria”, donde se evidencia que es muy importante con 7 unidades de significado, que es vital con 2 unidades significado y luego se manifiesta que es fundamental y valioso, debiendo mencionarse que la totalidad de las enfermeras entrevistadas le otorgan valor positivo a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria.

Al enfrentar el supuesto: “Las/os enfermeras/os de atención primaria no otorgan relevancia a la aplicación del proceso de enfermería para el desarrollo estratégico de la planificación de los cuidados en atención domiciliaria” con las conclusiones presentadas se establece que este no es válido en esta investigación, ya que las enfermeras entrevistadas realzan la utilización del proceso de enfermería en atención domiciliaria como herramienta esencial para ejercer enfermería, fortaleciendo el alma de esta profesión, el cuidar.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación se hace imperativo su difusión con la finalidad de evidenciar que enfermería cuenta con un marco científico en el ejercicio de la profesión, lo cual otorga prestaciones de calidad enfocadas en las necesidades reales de los individuos, permitiendo evitar intervenciones erróneas o innecesarias, repercutiendo directamente en la atención y en la administración de los recursos de toda índole.

Es fundamental efectuar capacitaciones para asegurar que las/os enfermeras/os, cuentan con las herramientas y el conocimiento, puesto que se evidencia que existen diferentes niveles de instrucción para su aplicación.

A su vez, su utilización permite proyectar un mayor empoderamiento del rol por parte de las/os enfermeras/os, al generar sentimientos de seguridad y validación frente al equipo de trabajo y la comunidad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de Salud de Chile. *Orientaciones para la planificación y programación en red año 2015*.
http://web.minsal.cl/sites/default/files/Orientaciones_red_2015.pdf
(último acceso 10 octubre 2015).
2. Chile Crece Contigo. *Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia*. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf>
(último acceso 10 junio 2015).
3. Cubillos X. Visita Domiciliaria integral para actuar en salud familiar. *Rev Medwave* 2007; 7(7). <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/949> (último acceso 14 enero 2014).
4. Morales J. Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm* 2004; 13(44-45).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es (ultimo acceso 24 septiembre 2014).
5. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. *Síntesis de resultados*.
http://www.ineloslagos.cl/archivos/files/pdf/Censo2012/Sintesis_Censo_LosLagos.pdf
(último acceso 14 de enero 2014).
6. Estadísticas Servicio de Salud Osorno. *Servicio de Salud Osorno*.
<http://estadisticas.ssosorno.cl/> (último acceso 29 mayo 2013).
7. Castaño Y, Erazo I, Piedrahita L. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con salud mental. *Rev. Enfermería Global* 2012; 11(4).
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.4.148321/138541> (último acceso 20 diciembre 2014).
8. Alfaro R. *Aplicación del Proceso Enfermero*. 5° ed. Barcelona: Masson; 2003.
9. Ministerio de Salud de Chile. *Norma general administrativa N°19 Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada*.
http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SEREMI/SEREMI4_NORMAS/RESOLUCION_1127_07.PDF (último acceso 14 de febrero 2015)
10. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Ciencia y enfermería* 2010; 16(1).

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000100003 (último acceso 27 febrero 2013)

11. Paravic T. Enfermería y globalización. *Ciencia y enfermería* 2010; 16(1). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100002&lng=es (último acceso 28 febrero 2013)
12. Caballero E, Becerra R, Huillin R. *Proceso de Enfermería e Informática para la Gestión del Cuidado*. Chile: Mediterráneo; 2010.
13. Lorenzini A, Luzia J, Costa I, Trevizan M, Carvalho C. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003. *Ciencia y Enfermería* 2005; 11(2) http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200006&lng=es (último acceso 28 febrero 2014)
14. Hernández A, Guardado C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer* 2004; 20(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es (último acceso 28 febrero 2014)
15. Lavados C, Gajardo A. El principio de justicia y salud en Chile. *Acta bioeth* 2008; [citado 2012 Oct 26]; 14(2): 206-211. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011&lng=es. doi: 10.4067/S1726-569X2008000200011
16. Morfi R. Gestión del cuidado en Enfermería. *Rev Cubana* 2010; 26(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es (último acceso 15 enero 2015).
17. Ministerio de Salud Chile. Modelo de Atención integral y Humanizada en Salud. En Castro R, Gonzalez M, López C (eds). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2008. p. 27-43. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf> (último acceso 14 marzo 2014)
18. Orb A, Santiagos A. Breve Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada. *Cienc. enferm* 2005; 11(1). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100002&lng=es (último acceso 02 marzo 2014).

19. Talero A, Moreno M. La visita domiciliaria como escenario para la prevención. *Medicina de Familia* 2007; 2(33-44). <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v7n2/06.pdf> (último acceso 12 junio 2014)

20. Carvalho C, Lopes S, Cavalcanti G, Machado T, Rosas A, Marinho M. Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura. *Enfermería Global* 2009; (17). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300020&lng=es (último acceso 13 febrero 2014).

21. Durán M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichán* 2005; 5(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=es (último acceso 29 octubre 2014)

22. Urra E. Avances de la ciencia de Enfermería y su relación con la disciplina. *Cienc. Enferm* 2009; 15(2). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200002&lng=es (último acceso 29 octubre 2014).

23. Carrillo G, Rubiano M, Yuriam L. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* 2007; 23(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009&lng=es (último acceso 24 enero 2015).

24. Torres J., Pérez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. *Rev Cubana Salud Pública* 2002; 28(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es (último acceso 24 enero 2015).

25. Alfaro R. *Aplicación del Proceso Enfermero: Guía pasó a paso*. 4º ed. España. Springer – Verlag Iberica; 1999.

26. Nieto E. *Uso de diagnósticos de enfermería en atención primaria autor*. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1775/66/1v00n1775a90034641pdf001.pdf> (último acceso 14 junio 2015).

27. Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 6º ed. España. Elsevier; 2007.

28. Dantas D, Moreira V. El Método Fenomenológico Crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty. *Terapia Psicológica* 2009; 27(2). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082009000200010&lng=es&nrm=iso (último acceso 23 julio 2014).
29. Botelho F. La fenomenología de Maurice Merleau-Ponty y la investigación en comunicación. *Signo pensam* 2008; 27(52). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48232008000100006&lng=en&nrm=iso (último acceso 23 julio 2014).
30. Romero S, Sanabria J, Rueda L. Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar. *Rev Cubana Enfermer* 2011; 27(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100004&lng=es (último acceso 23 julio 2014).
31. Soto O, Barrios S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. *Cienc. Enferm* 2012; 18(3). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300007&lng=es (último acceso 21 agosto 2014).
32. Ximenes F, Chavez M., Coelho M., Osawa M. Facilidades y dificultades encontradas por los enfermeros durante la visita a domicilio a la puerpera y al recién nacido. *Ágora de Enfermería* 2010; 14 (1). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3666317> (último acceso 14 junio 2015).
33. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index Enferm* 2011; 20(1-2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es (último acceso 21 agosto 2014)
34. Angeles Y, Barreto M, Bolaño H. Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza H1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. *Rev enferm Herediana* 2010; 3(1). http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista3_1/ah1n1%203_6 (último acceso 21 agosto 2014)
35. Carlos L. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* 2006; 22(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es (último acceso 21 agosto 2014).

36. Aldana E, Bujardón A, Morales A, Martín O. Diagnóstico para la determinación de valores en Enfermería Comunitaria. *Rev Hum Med* 2004; 4(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-1202004000100006&lng=es (último acceso 22 agosto 2014).
37. Salas P. La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *La cultura de los ciudadanos* 2006; 10(19). <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/970> (último acceso 22 junio 2015).
38. Pérez F, Ochandorena M, Santamaría J, García M, Solano V, Beamud M, et al. Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. *Revista de la calidad asistencial* 2006; 21(05). <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-aplicacion-metodologia-enfermera-atencion-primaria-13092893> (último acceso 12 julio 2015).
39. Crespo J, Maderuelo J, Velázquez I, Rodríguez, Madruga C, García A. Actitud y barreras percibidas por los profesionales de enfermería de atención primaria de salamanca, respecto a la metodología enfermera, un estudio con grupos focales. *Rev. enferm. CyL* 2013; 5 (2). <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/67/80> (último acceso 23 agosto 2014).
40. Rodríguez G, Gil J, Jiménez E. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2ª ed. Málaga: Ediciones Aljibe; 1999.
41. Sandín M. *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones*. Madrid: McGraw- Hill/Interamericana Editores; 2003.
42. Robinson E, Tolley E, Ulin P. *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
43. Ruiz J. *Metodología de la investigación cualitativa*. 4ª ed. Universidad de Deusto. Bilbao; 2007.
44. Latorre A. *Metodología Cualitativa*. Compendio Universidad de la Frontera. Facultad de Medicina. Temuco: UFRO.2010.
45. Hernández R, Fernández C y Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 4ª ed. México: McGraw Hill/Interamericana Editores; 2006.

46. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. 2ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 2007.
47. Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta bioeth* 2004; 10(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005&lng=es (último acceso 14 mayo2015).

ANEXOS

ANEXO A.

Consentimiento Informado: Entrevista Individual

La firma de este documento, acredita que he otorgado mi consentimiento, para participar en el desarrollo de la Investigación: “Significado del proceso de enfermería para enfermeras (os) que realizan visita o atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el primer semestre del año 2015”, efectuada por la Enfermera Paulina Fischer Denis, estudiante de Magister en Enfermería, con Mención en Gestión del Cuidado, de la Universidad de La Frontera, Temuco.

Se me ha explicado que la investigación es sin fines de lucro y ha sido aprobada por el comité de ética asistencial del servicio de salud Osorno, cuya presidenta es Dra. Sandra Jiménez Vargas.

Los resultados contribuirán a la Gestión del Cuidado en Enfermería.

Se ha especificado que mi rol es responder desde mi experiencia las preguntas planteadas en una entrevista acorde a la percepción del Proceso Enfermero en Atención Domiciliaria. La cual será efectuada en el Centro de Salud Familiar, donde trabajo, cuya duración será de aproximadamente 45 minutos.

Las respuestas serán grabadas y la investigadora podrá contactarse conmigo si es necesario para el estudio. Podré escuchar la grabación posterior a la entrevista y modificar lo que no me parezca. La grabación será guardada por el investigador y eliminada una vez finalizado el estudio.

He sido informada que mis respuestas no serán reveladas al público, no seré mencionada y no percibiré perjuicio alguno, por estar involucrada en este proceso.

Los resultados de la investigación serán difundidos a través de publicaciones en revistas y congresos nacionales e internacionales.

El carácter de mi participación es voluntario y puedo rehusarme a contestar una pregunta y retirarme cuando lo estime pertinente.

Cualquier información sobre la investigación debo dirigirme a la Sra. Paulina Fischer Denis, cuyo número telefónico: 81584600.

Firma del entrevistador

Nombre y Firma del/la entrevistado/a

Guión de preguntas

Pregunta primaria:

¿Cuál es el significado que le otorga al proceso de enfermería en la atención domiciliaria?

Preguntas subsidiarias:

¿Cuál es su concepción del proceso de enfermería en la atención domiciliaria?

¿Cuáles son las etapas del proceso de enfermería aplicadas en una visita domiciliaria?

¿Qué sentimientos le evoca la utilización del proceso de enfermería en atención domiciliaria?

¿Qué factores inciden en la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria?

¿Cuáles son los beneficios que le otorga a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria?

¿Cuáles son los inconvenientes que le otorga a la aplicación del proceso de enfermería en atención domiciliaria?

¿Qué importancia le otorga al desarrollo del proceso de enfermería en la atención domiciliaria?

ANEXO C. Carta comité de ética



DIRECCIÓN
Comité de Ética Asistencial
DRA. SJV/MDE/ysc

OSORNO, 14 de Octubre de 2015

Estimada Srta. Fischer:

Junto con saludar a usted, el Comité de Ética Asistencial del Servicio de Salud Osorno, en reunión extraordinaria, ha analizado carta solicitud, para dar cumplimiento a tesis de Magister de Enfermería con Mención en Gestión del Cuidado y de acuerdo a metodología expuesta, para realizar estudio, "Significado del proceso de enfermería para enfermeras(os) que realizan visita o atención domiciliaria en la ciudad de Osorno durante el segundo semestre del año 2015".

Ha considerado que no vulnera lo que dice relación al reglamento ley 20584, "Comité de Ética científica que orienta la Investigación científica biomédica en seres humanos incluye el uso de materia humano o de información disponible identificable", por lo que aprueba realización de dicho estudio, en términos de metodología en mención.

DRA. SANDRA JIMÉNEZ VARGAS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL S.S.O.

SRA. MAGALY D'ALENÇON FLORES
SECRETARIA
COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL S.S.O.

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Comité de Ética Asistencial S.S.O.