

CURSO LATINOAMERICANO DE GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

Nursing **now**

MÓDULO 3:

LIDERAZGO EN INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

AVAL DE:



ORGANIZAN:

Centro de Pensamiento de
Calidad en Salud y Educación



INSTITUTO NACIONAL
DE EPIDEMIOLOGÍA
"Dr. Juan H. Jara"



ANLIS
MALBRÁN

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS
& INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN"



Ministerio de Salud
Argentina

GROWING UP
FOUNDATION



Instituto Nacional
Epidemiología
"Dr. Juan H. Jara"



ANLIS
MALBRÁN
ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS
E INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN"



Ministerio de Salud
Argentina

Autoridades

Ministerio de Salud de la República Argentina
Dr. Ginés González García

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
A.N.L.I.S. "Dr. Carlos G. Malbrán"
Director Dr. Pascual Fidelio

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara"
Directora Dra. Irene Pagano

Autoridades de Instituciones Colaboradoras

Growing Up Foundation - Colombia
Representante Legal - Javier Isidro Rodríguez López

Centro de Pensamiento de Calidad en Salud y Educación- Colombia
Coordinadora - Sandra Milena Aponte

Creantum-Argentina
Directora - Patricia Benavidez

Clínica 25 de Mayo
Director - Dr. Gustavo Funes

Líderes Argentinos
Presidente - David Castillo

Universidad Nacional de Mar del Plata -Argentina
Directora de carrera de Lic. en Enfermería Lic. Laura Orozco



Instituto Nacional
Epidemiología
"Dr. Juan H. Jara"



ANLIS
MALBRÁN
ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS
E INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN"



Ministerio de Salud
Argentina

Equipo

Esp. Laura Sánchez - Argentina
Directora del Curso

Mg. Javier Isidro Rodríguez López - Colombia
Co-Director del Curso

Mg. Norma Peralta
Coordinadora

Editores

Esp. Laura Sánchez – INE-ANLIS Argentina

Mg. Javier Isidro Rodríguez López – Growing Up Foundation. Colombia

Autores

Esteban Horacio Justo- INE-ANLIS Argentina

Gladis Patricia Aristizabal Hoyos – Facultad de Estudios Superiores Iztacala -
Universidad Nacional Autónoma de México

María Guadalupe Casales Hernández – Centro Nacional de Programas preventivos
y Control de Enfermedades- Secretaría de Salud de México.

Javier Isidro Rodríguez López –Growing Up Foundation - Colombia

Edgardo Javier Muñoz Beltrán –Growing Up Foundation - Colombia

Mery González Delgado- Growing Up Foundation - Colombia.

Aanh Eduardo Dimate- Growing Up Foundation - Colombia

Karla Ivonne Mijangos Fuentes- Centro de Pensamiento de Calidad en Salud y
Educación - México

Lucero del Mar Lizcano Pabón – Centro de Pensamiento de Calidad en Salud y
Educación - Colombia.



Instituto Nacional
Epidemiología
"Dr. Juan H. Jara"



Ministerio de Salud
Argentina

Compilación

Esp. Laura Sánchez – INE-ANLIS Argentina

Mg. Javier Isidro Rodríguez López – Growing Up Foundation. Colombia

Ing. Martín Justo Ricci

Responsable de logística, TICs , Diseño y Diagramación

Lic. Bib. Doc. María Victoria D´Albuquerque

Corrección de estilo de Citas y Referencias Bibliográficas

Tec. Rodrigo Sabuda

Nahuel Bordón

Responsables de Secretaría Administrativa

Instituto Nacional de Epidemiología and Growing Up Foundation.

Módulo: Liderazgo en la Investigación de Enfermería , primera edición. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina © 2020, 64 p.

Curso latinoamericano de gestión y liderazgo en enfermería : liderazgo en la investigación de enfermería / Esteban Justo ... [et al.] ; dirigido por Laura Sánchez ; Javier Isidro Rodríguez López. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) Dr. G. Malbrán ; Bogotá : Growing Up Foundation , 2020.
Libro digital, PDF - (Curso latinoamericano de gestión y liderazgo en enfermería / 3)

Archivo Digital: descarga en: <http://sgc.anlis.gob.ar/handle/123456789/1662>
ISBN 978-987-47568-7-9

1. Enfermería. 2. Liderazgo. 3. Estrategias de la Investigación. I. Justo, Esteban. II. Sánchez, Laura, dir. III. Rodríguez López, Javier Isidro, dir.

CDD 610.73072

“Este recurso es el resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto queda sujeto al cumplimiento de la Ley N° 26.899 y la política de gestión del conocimiento de la ANLIS”.



[Este obra está bajo una Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Este módulo de capacitación está especialmente destinado a enfermeros y profesionales de salud de Latinoamérica y lo publica el Instituto Nacional de Epidemiología ANLIS (Argentina) con Growing Up Foundation (Colombia), Centro de Pensamiento de Calidad en Salud y Educación (Colombia). Colaboraron Creantum (Argentina), Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina), Líderes Argentinos, Clínica 25 de Mayo (Argentina) en el marco de la campaña mundial Nursing Now.

Se agradece especialmente la colaboración de los profesionales de enfermería expertos en la temática, que desinteresadamente de manera gratuita han contribuido a la producción y redacción del mismo.

Se deja constancia de que esta publicación está acogida a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los Derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de las instituciones intervinientes, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que las instituciones intervinientes las apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

INDICE

Liderazgo en la Investigación de Enfermería	1
Introducción	1
Objetivos	1
UNIDAD I.....	2
1. Introducción al pensamiento científico.....	2
1.1 Ciencia y enfoque científico	3
1.1.2 Diferencias entre conocimiento científico y sentido común.	4
1.1.3 Cuatro métodos del conocimiento.	5
1.1.4 Objetivos y funciones de la ciencia. El caso de la enfermería.....	6
1.2 Paradigmas de la investigación científica.....	8
1.2.1 Características de cuatro paradigmas de la investigación científica	10
1.2.1.1 Paradigma positivista.....	10
1.2.1.2 Paradigma post positivista	11
1.2.1.3 Paradigma de la teoría crítica.....	12
1.2.1.4 Paradigma constructivista.....	13
Referencias bibliográficas.....	16
UNIDAD II.....	17
1.1 Breve reseña histórica de la EBE	17
1.2 Positivismo en la EBE.....	20
1.3 Estrategias de soporte científico como herramienta en la EBE.....	26
1.4 Ejemplos de EBE en el contexto de APS	27
Enfermería basada en la evidencia. Los cuidados centrados en el desarrollo neonatal: NIDCAP y la disminución de secuelas sensoriomotoras en prematuros	29
Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión.....	29
Referencias bibliográficas.....	31
UNIDAD III.....	33
1. Cambios organizacionales y ampliación de roles de enfermería	33
1.1 Atención centrada en la persona	34
1.2 Competencias centrales en la formación de EPA	37
1.3 Guías de práctica clínica (GPC) como soporte de la EBE	43
1.4 GPC de Enfermería (GPCE).....	47
Referencias bibliográficas.....	52

Liderazgo en la Investigación de Enfermería

Introducción

La investigación es una herramienta fundamental para la generación de conocimiento científico. El desarrollo de la enfermería en Latinoamérica se ha concretado con mayor claridad en los tres últimos lustros a partir de la creación de posgrados en enfermería que han promovido la generación de nuevo conocimiento útil para su desarrollo profesional.

Tanto la enfermería como los sistemas de salud han estado en constantes cambios que se ven reflejados en las reformas de dichos sistemas originadas en los 90's, las nuevas demandas de salud derivadas de las transiciones epidemiológicas y demográficas, así como la influencia de las dinámicas globales en la salud de las poblaciones.

El personal de enfermería representa la mayor proporción del recurso humano en las instituciones de salud. Los cambios mencionados demandan personal con conocimientos en investigación que los movilice a crear estudios claves que orienten a la comprensión de los nuevos cambios y ofrezcan alternativas viables para la mejora de la salud y el logro de los objetivos sistémicos. La participación de los enfermeros y enfermeras debe incluir evidencia científica que sustente la eficacia de las acciones propuestas.

Objetivos

- Ofrecer conocimientos teóricos útiles para la iniciación y desarrollo de investigaciones científicas.
- Identificar herramientas básicas de investigación y evidencia científica en la práctica laboral de enfermería contribuyendo al desarrollo e implementación de intervenciones efectivas de cuidado.
- Identificar herramientas básicas de investigación y evidencia científica en la práctica laboral de enfermería contribuyendo al desarrollo e implementación de intervenciones efectivas de cuidado.

UNIDAD I

Pensamiento Científico

1. Introducción al pensamiento científico

Las ciencias naturales tienen una serie de presupuestos que le han sido muy útiles para resolver el marco epistemológico con el cual trabajar y avanzar con logros que son indiscutidos para la sociedad. Sin embargo, en las ciencias sociales, es decir, aquellas que reportan el comportamiento humano (entre las cuales debemos ubicar a la enfermería), ¿podemos cuestionar legítimamente cuán pertinente es pretender establecer patrones tan consistentes como los que emplea la ciencia natural? Moses y Knutsen (2012) plantean que uno de esos cuestionamientos tiene que ver con nuestra tendencia a reconocer las simetrías y las relaciones para construir modelos y explicaciones, y en ese proceso pasar por alto las rupturas y las asimetrías. Este planteo tuvo su primer desembarco en los cuestionamientos filosóficos de autores como Descartes y Nietzsche, que pusieron en duda las tendencias del pensamiento de la modernidad a encontrar en la naturaleza un orden que provenía de su “creación divina”, por eso mismo Nietzsche proclamó su célebre frase “Dios ha muerto”, con ello quería significar que el pensamiento necesitaba contemplar la idea de que puede existir un nivel de azar, un nivel de caos en la materia, que no necesariamente es explicable racionalmente.

Siguiendo a Moses y Knutsen (2012), el pensamiento escéptico dio un paso más allá y empezó a plantear si esos patrones ordenados y predecibles no serían ellos mismos producto de nuestra propia mente, fruto de nuestra manera de percibir misma. Michel Foucault fue uno de los que sostuvieron con más fuerza esta perspectiva: “no debemos imaginar que el mundo vuelve hacia nosotros una cara legible, que solamente hace falta descifrar”, el mundo “no es un cómplice para nuestro conocimiento; no hay una ‘providencia pre discursiva’ que predispone al mundo a nuestro favor”. Todo lo contrario, pensaba él, nosotros imponemos nuestro discurso sobre el mundo y lo transformamos en algo inteligible.

Esta posibilidad de experimentar ‘rupturas’ epistemológicas abre la teoría de los ‘cisnes negros’ formulada por Taleb Nassim. Él plantea que la ciencia moderna es sumamente habilidosa para reconocer y catalogar el comportamiento de los ‘cisnes blancos’, y en cierto modo la sociedad se ordena en torno a ese reconocimiento que provee orden y previsibilidad. Pero, ¿qué pasa cuando aparece un ‘cisne negro’ en el escenario? en cierta manera la ciencia disciplina la sociedad, y los ‘cisnes negros’ tienen un efecto disruptivo, que atraviesa la sociedad misma...nuestra historia en su totalidad puede ser explicada por estos eventos ‘cisne negro’, que son inesperados y producen un gran impacto. La Primer Guerra Mundial fue un evento de esta

naturaleza, la Gran Depresión fue otro (Moses y Knutsen 2012). La Pandemia COVID19 puede ser un evento ‘cisne negro’ en la medida en que cambie nuestra forma de vida y nuestra forma de vernos y relacionarnos de una manera inesperada.

Los eventos ‘cisne negro’ deben interpelarnos para entender que ante todo somos actores reflexivos y creativos, que creamos nuestras reglas racionalizamos afectos y disponemos de cierto grado de libertad de acción. En definitiva somos muy distintos a los sujetos mayormente pasivos que estudian las ciencias naturales. Estos planteamientos abren la puerta a un modo de entender la actividad científica totalmente novedoso, porque habilitan un aspecto de las ciencias que hasta el momento queda soslayado, que es el de la “construcción de sentidos”. Es decir que no sólo las ciencias sociales responden a una forma lógica distinta que las naturales, sino que además cumplen una función social diferente. En palabras de Schelling:

“Los científicos sociales son más parecidos a los guardaparques que a los naturalistas. Los naturalistas pueden estar interesados en entender qué cosas causan la extinción de una especie, sin preocuparse demasiado por el hecho de si la especie efectivamente se extinguió o no (si se extinguió hace mucho, es un asunto de curiosidad teórica pura). El guardaparques estará preocupado si el búfalo desaparece o no, y de cómo mantenerlo en un balance sano con su medioambiente para preservarlo”. (Moses y Knutsen 2012)

Esta intencionalidad, es una construcción axiológica, anclada en una construcción de subjetividad, ya no de observación objetiva. Con esto no queremos decir que el científico social abandona toda intención de llegar a descubrir relaciones y estados de situación que puedan validarse como verdaderos. Lo que se promueve es incorporar esa dimensión subjetiva y axiológica al quehacer del científico, a su misma metodología como un aspecto que debe incorporarse al análisis para ayudar a explicitar mejor la comprensión de los fenómenos.

1.1 Ciencia y enfoque científico

La ciencia como actividad es uno de los productos más importantes y valorables de la cultura humana, cuando los conocimientos científicos son aplicados para mejorar nuestra calidad de vida y el ambiente (lo que se conoce como tecnología) la ciencia transforma la manera como vivimos y nos relacionamos, como un sistema de ideas establecidas provisionalmente para explicar lo que nos rodea (como conocimiento científico), como dice Bunge (1985) la ciencia moldea nuestra visión del mundo, sin embargo definir qué es la ciencia suele ser difícil inclusive para aquellos que se encuentran inmersos tareas científicas.

Los orígenes de la ciencia moderna puede rastrearse hasta 1610, a un pequeño libro titulado El Mensajero Estelar. Su autor era Galileo Galilei, y el texto se dedicaba

a realizar descripciones detalladas del cielo nocturno, ayudado por una tecnología novedosa en ese entonces, un telescopio, que a nuestros estándares actuales sería solamente un juguete, sin embargo, le permitió visualizar cosas como por ejemplo, montañas en la luna, que chocaban con el conocimiento científico de ese momento, y causaron controversia y reacciones tan violentas que casi logran condenarlo a la hoguera (Moses y Knutsen 2012). Porque la ciencia y el conocimiento científico no se consolidan en un ámbito abstraído de la sociedad mediante un intercambio puro de ideas y observaciones, sino que intervienen procesos económicos y sociales, legitimaciones legales y políticas, y todos ellos juegan un papel para mejorar o no, el desarrollo de la actividad científica, es también ese el caso del desarrollo de la enfermería como disciplina.

Imagen N°1. Saturno observada por Galileo Galilei en 1610



Fuente: Imagen extraída de La bitácora de Galileo Galilei . Disponible en: <https://bitacoradegalileo.wordpress.com/category/planetaria/page/2/>

El descubrimiento de Galileo sobre la relación de los planetas inaugura una de las tradiciones más importantes del método científico, el positivismo, que veremos con más detalle al desarrollar los paradigmas de la investigación científica. Sin embargo, conviene ahora hacer una introducción a las características generales del conocimiento científico y una distinción preliminar entre los tipos de conocimiento.

1.1.2 Diferencias entre conocimiento científico y sentido común.

Kerlinger y Lee (2002) hacen una distinción entre el sentido común y el conocimiento científico, que sirve para poner en relieve algunas de las características centrales de este último. Podemos decir que hay una pasión por conocer, que Albert Einstein equiparaba con la pasión por la música, que es natural en los niños pero que la mayoría de la gente pierde posteriormente. En la vida cotidiana buscamos explicaciones para aquellas cosas que nos resultan extrañas o desconocidas, para que estas explicaciones sean satisfactorias, tiene que haber una relación entre un grupo de enunciados o conceptos que forman un relato. A partir de estos conceptos se puede alcanzar mediante una inferencia lógica, conclusiones sobre aquello que se quiere explicar.

Copi (1972) dice que para evaluar las explicaciones se pueden utilizar varios criterios. El criterio principal es el de la atinencia: si yo pretendo explicar a un amigo que no le pague una deuda enumerando las leyes de la gravedad, él consideraría esta explicación como algo que no tiene nada que ver con el caso, más que una explicación se trataría de una excusa. Habría sido “inatiente” al hecho porque no pueden hacerse inferencias válidas con respecto al mismo. Pero no todos los relatos atinentes al hecho terminan siendo explicaciones aceptables: la explicación además de ser atinente debe ser verdadera. Así si yo le explico a mi amigo que no pague mi deuda porque me asaltaron en el camino, puede corroborarse este hecho particular para saber de la veracidad de la explicación. Esto no resulta tan sencillo cuando abordamos el conocimiento científico. Las teorías científicas en su mayoría ofrecen explicaciones generales y no particulares. La ciencia describe hechos, pero estos hechos son usualmente nociones especulativas que están fuera del alcance de la posibilidad de la experiencia directa *piénsese en los agujeros negros o la fusión de partículas*, (Copi, 1972).

¿Cómo puede diferenciarse entre las explicaciones científicas de las que pueden ser mitológicas o costumbristas?, las explicaciones científicas se construyen como teorías, es decir delimitan claramente el alcance y la relación entre los conceptos, se construyen de manera sistemática, eso permite una evaluación exhaustiva de su coherencia interna. En segundo lugar, las explicaciones científicas, a diferencia de las explicaciones del sentido común, se plantean a título de ensayo, se proponen como provisionales, es decir que funcionan como explicación probable o hipótesis que deben ser contrastadas con la realidad de manera empírica. Se someten a un proceso experimental para verificar los aspectos que pueden ser demostrados. Para ahondar un poco más conviene distinguir entre distintas formas de conocimiento.

1.1.3 Cuatro métodos del conocimiento.

En el primer ejemplo que dimos al abrir este capítulo, sobre las observaciones de Galileo, mencionamos que sus conclusiones le habían traído muchas dificultades. El problema en ese momento era que Galileo había entrado en conflicto con una forma de legitimar el conocimiento que era profundamente anti científica - aunque se proclamará como tal- que era el “principio de la autoridad”. Básicamente el principio de la autoridad postulaba que para descubrir cómo era el mundo, un científico debía partir de una explicación que tomaba de una fuente “autorizada” (reconocida como autoridad) y luego explayarse sobre ella. Esto equivalía a “moldear” la realidad para que encajara en las teorías generales más reconocidas. La autoridad principal para establecer el conocimiento sobre el mundo era la Iglesia Católica, y las teorías que sostenía se derivaban principalmente de las interpretaciones que figuras como San Agustín y Santo Tomás habían hecho de los escritos de Aristóteles.

La teoría celestial de Aristóteles planteaba que la tierra estaba en el centro de ocho esferas circulares de cristal perfectas, en las cuales el sol, la luna, las estrellas, y los planetas estaban montados, y giraban empujados por ángeles. Como Galileo con su telescopio logró por primera vez observar tres lunas orbitando a Júpiter, llegó a la conclusión de que si realmente el planeta estuviera encastrado en una esfera de cristal, la órbita de las lunas la rompería. Y por lo tanto, declaró que cualquier discrepancia entre la teoría de Aristóteles y sus observaciones debían atribuirse a un error de este (Copi, 1972). Esto para los científicos y las autoridades de la época fue considerado no solo una herejía imperdonable, sino una desviación de lo que hasta ese momento era la forma oficial de llegar al conocimiento válido.

Otro método de afirmar conocimientos es el método de la tenacidad, o de la tradición, esto es verdad porque siempre se ha creído en ello, siempre se ha hecho de este modo... en enfermería es muy común encontrar este tipo de planteamientos en servicios que se han ido profesionalizando de manera paulatina, y muchos de los que entramos en la profesión hemos recibido “tradiciones” de trabajo que nos hemos tenido que cuestionar. Para aquellos que sostienen este tipo de conocimiento lo más valioso es atenerse puntillosamente a ese conocimiento heredado sin quitar o agregar una coma, porque la única garantía de poseer conocimiento es esa tradición heredada, desafiarlo es una receta para la incertidumbre y el desastre. Esto provoca una pésima predisposición al cambio.

La tercera forma de conocimiento es la del método a priori, o de la popularidad, es decir la noción de que algo es evidente porque “concuera con la razón”, porque “todo el mundo” lo sabe verdadero. Este tipo de pensamiento es dogmático porque no permite cuestionar conocimientos establecidos, a pesar de que muchas veces esos conocimientos dogmáticos no guardan coherencia entre sí. Pero en este caso es más importante para quienes sostienen estas explicaciones su certeza a pesar de la experiencia que se pueda hacer y las pruebas que puedan ofrecerse en contra (Kerlinger y Lee 2002 p.7).

El cuarto método de conocimiento es el conocimiento científico, el cual detallaremos a continuación.

1.1.4 Objetivos y funciones de la ciencia. El caso de la enfermería.

La ciencia se puede analizar desde una función estática y una función dinámica, la primera es la más común y reconoce la ciencia como una actividad que aporta información organizada al cuerpo ya existente de conocimientos de la humanidad. La segunda se enfoca más en la ciencia como la actividad que realizan los científicos, inmersos en el paradigma que predomina e influenciados por las herramientas metodológicas y técnicas a su disposición. Teniendo en cuenta esta última visión podemos hacer una interpretación del quehacer científico de la

enfermería, tanto desde una perspectiva histórica como metodológica, ya que ambas están relacionadas.

El desarrollo de la clínica, los antibióticos y la cirugía hizo crecer el capital social de los médicos y su autoridad en los hospitales, Colliere (1993) dice que la orientación de los cuidados enfermeros hacia la enfermedad está íntimamente ligada a la filiación médica patrilínea que adquirió la enfermería para distanciarse de los orígenes conventuales de su rol. Las enfermeras fueron recogiendo saberes y técnicas, “actos materiales de poca importancia”, delegados por farmacéuticos, médicos y cirujanos, como contenido profesional. Esto las fue orientando a un rol cada vez más técnico, lo cual valorizó las tareas “de mujeres”, imitando aquello que dio valor a los hombres.

A medida que los hospitales y las técnicas médicas van complejizándose a la par de los descubrimientos científicos, los cuidados de salud se van centrando cada vez más en la patología, circunscribiéndose a la intervención clínica, orientada específicamente al órgano, al tejido, y se pierde el valor de la visión holística, de la cual la enfermería y sus cuidados originalmente hacen eje. La formación de las enfermeras se va subsumiendo cada vez más al rol de auxiliar médico. El rol autónomo de la profesión va quedando así relegado a un segundo plano, tanto hacia dentro del colectivo profesional como de cara a la sociedad. La producción de aportes teóricos y avances en el estudio de los cuidados enfermeros queda desplazada por las investigaciones y desarrollos centrados en la visión y en las necesidades y requisitos de los procedimientos médicos.

Esta posición de “monismo metodológico” ha estado ligada históricamente a una práctica de la enfermería supeditada a la ciencia Médica. Si bien en un principio cumplió una función superadora para nuestra disciplina, le dio la posibilidad de aplicar una formación sistemática y de hacer sus primeras armas en el campo del pensamiento científico, pronto significó un corset para la enfermería (Colliere, 1993 p.231). Nuestra ciencia se basa en el estudio de los cuidados como relación interpersonal, que tiene aspectos propios de las ciencias naturales como de las ciencias sociales. Por lo tanto, es apropiado abordar la investigación del objeto desde los dos modos del método, para poder estudiar lo complejo de la relación de cuidados donde no se involucran aspectos naturales o biológicos y aspectos sociales, psicológicos o culturales de manera escindida, sino en una relación entre seres humanos cuidador/cuidado.

La enfermería, por su posición históricamente contra-hegemónica, puede desarrollar un pensamiento científico que aborda toda la complejidad de la salud y los cuidados humanos, incorporando lo cualitativo para conocer en profundidad y superar las miradas simplificadoras y descontextualizadas, y a la vez aprovechar los conocimientos técnicos y prácticos de los desarrollos cuantitativos, siempre en una perspectiva de la totalidad como expresión de cada una de las partes y sus relaciones. Esta posición multi-metodológica además nos pone en un lugar privilegiado a la hora de trabajar multidisciplinariamente, nos permite abrir el diálogo

con otros saberes sin que se reproduzcan relatos hegemónicos y avasallamientos que impiden la circulación de los conocimientos enriquecidos, potenciando la diversidad. El avance de la ciencia enfermera por caminos diversos y adoptando teorías que compiten o se complementan, posibilita un debate permanente hacia dentro de nuestra disciplina que asegurará su desarrollo a través del tiempo (Shaw M.C. 1993 p. 3)

1.2 Paradigmas de la investigación científica

Como se comentó en el apartado anterior, existen diferencias entre el conocimiento científico y el sentido común, ambos son susceptibles de generar conocimiento, sin embargo, sólo uno de éstos genera conocimiento sustentado en el método científico.

El método científico es útil cuando deseamos que dicho conocimiento no sólo se pueda poner en práctica en un espacio y población específica, sino que parte de éste, pueda ser útil para otras poblaciones con características similares, además es útil para entender la rigurosidad del proceso, así como la validez y veracidad de los resultados obtenidos. Pero podríamos preguntarnos ¿Cómo elegir la mejor perspectiva para generar conocimiento válido según el fenómeno de estudio? Para ello es importante introducirnos en la definición y la utilidad de los paradigmas.

Disertaciones acerca de la utilidad de los paradigmas

El concepto de paradigma plantea el posicionamiento de los científicos ante tres disyuntivas, a saber:

- a) cuál es la naturaleza del fenómeno a estudiar (ontológica),
- b) cuál es tipo de relación entre el investigador y el fenómeno que intenta estudiar (epistemológica),
- c) qué instrumentos utilizó para comprender el fenómeno (metodológica).

Este concepto fue introducido por Kuhn originalmente a partir de haber estudiado el quehacer científico y su evolución (Kuhn, 1962). Kuhn señala que los paradigmas “son planteamientos científicos universalmente reconocidos que, durante cierto tiempo, proporciona modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”. Esto implica que los paradigmas deben tener reconocimiento universal pero que pueden perder vigencia en el tiempo para ser sustituidos por otros. Por lo tanto, durante la historia de la ciencia han existido diferentes paradigmas en competencia.

Durante siglos, a partir del desarrollo de las ciencias naturales y la aplicación de la matemática, el paradigma dominante ha sido el positivismo que plantea que todos

los fenómenos se pueden entender objetivamente, que el investigador y el objeto a estudiar son independientes uno del otro para garantizar la neutralidad del análisis y que es necesario cuantificar los fenómenos para entenderlos.

Durante el siglo XX, los cuestionamientos hacia el positivismo como paradigma dominante o único para entender los fenómenos, han crecido. Estos cuestionamientos emergieron particularmente de las ciencias sociales las cuáles se concentraron en el estudio de fenómenos relacionados con las estructuras y funciones sociales y la cultura. Esto creó un sisma entre las ciencias naturales y las ciencias sociales. Mientras las primeras continuaron apegadas al positivismo como paradigma que guía su quehacer, las ciencias sociales empezaron a desarrollar nuevos paradigmas contruidos a partir de entender la complejidad de las relaciones sociales, sin que el positivismo dejara de ser influyente.

Las principales críticas al positivismo se establecen a partir de la imposibilidad de mantener una posición absolutamente objetiva frente al objeto de estudio, que existen fenómenos del mundo social que son imposibles de cuantificar o que su cuantificación no permite entender el fenómeno en sus componentes esenciales. La esencia de un amplio conjunto de fenómenos sociales está relacionada con la codificación de la comunicación a través del lenguaje y la interpretación de estos códigos por parte de los investigadores sociales (Corbetta, 2007).

Los fenómenos que las ciencias sociales estudian, en gran medida tienen relación con la interacción entre individuos, las formas de aprendizaje de cada uno de ellos y la construcción de pautas colectivas de aprendizaje y acción. En todo este proceso, el entramado de relaciones simbólicas juega se construye y reproduce constantemente teniendo, sin embargo, capacidad para modificarse y cambiar de acuerdo con la transformación de los contextos económicos, políticos y culturales. Todos estos procesos son subjetivos y por lo tanto, cuando un investigador recaba información de un individuo, debe tener conciencia de que cada respuesta contiene necesariamente una carga simbólica.

De la misma manera, el investigador elige un tema de investigación y busca desarrollar hipótesis con base en su propia carga subjetiva. Separar y seleccionar a los sujetos de estudio a través de mecanismos de selección aleatoria, no garantiza la objetividad de la pregunta, tampoco la de la respuesta. Si consideramos que no es posible mantener objetividad absoluta en el proceso de pregunta-respuesta en una investigación, entonces es posible plantear que cuantificar implica la posibilidad de que los individuos respondan a las preguntas del investigador pensando en distintas respuestas en cada caso, pero sin tener la posibilidad de externarlas cuando el investigador plantea un número pre-definido de opciones de respuesta.

La reconstrucción de paradigmas de investigación a partir de la crítica al positivismo tradicional ha dado origen a diversas corrientes paradigmáticas de pensamiento científico. Los investigadores deben sentirse en libertad de elegir cualquiera de las corrientes paradigmáticas como plataforma de lanzamiento de sus investigaciones,

pero cada uno de ellos, independientemente del paradigma seleccionado, debe ser consciente de las ventajas y desventajas que cada uno de ellos tienen. Además, es importante que consideren que la utilidad de los paradigmas radica en la capacidad que éstos tienen de ofrecer un marco pertinente para la comprensión del fenómeno de interés.

1.2.1 Características de cuatro paradigmas de la investigación científica

Como se mencionó anteriormente, los paradigmas propuestos por Guba y Lincoln, 1994 se pueden analizar desde tres preguntas que son el eje de dirección de los mismos, la ontológica, la epistemológica y la metodológica. Por otro lado, se destaca el hecho de que como los paradigmas son sistemas de creencias, no existe un paradigma sobresaliente con respecto a los demás, éstos son más bien, guías que orientan el camino hacia donde se direcciona la respuesta a la pregunta formulada según el fenómeno de estudio.

Para Guba y Lincoln, “los paradigmas de investigación definen para los investigadores qué es lo que están haciendo y qué cabe dentro y fuera de los límites de una investigación legítima”. A continuación se describen las características más sobresalientes de los cuatro paradigmas de la investigación científica propuestos por Guba y Lincoln. Se incluirán además, estudios que ejemplifiquen la utilidad de los enfoques cuantitativo y cualitativo, influenciados por dichos paradigmas.

1.2.1.1 Paradigma positivista

Este paradigma se originó en las ciencias exactas (Guba y Lincoln, 1994). Se enfoca en la medición, lo objetivo, lo observable, manipulable y verificable (la realidad aprendida tal como se observa). La comprobación de los datos es determinante para considerar la validez de los resultados. En este paradigma los estudios experimentales son los más útiles para generar conocimiento confiable.

Tabla N°1. Paradigma positivista

Pregunta ontológica	“Realista. Se supone la existencia de una realidad aprehensible, impulsada por leyes y mecanismos naturales inmutables”. “El conocimiento de cómo son las cosas queda convencionalmente resumido en la forma de generalizaciones
---------------------	---

	libres de temporalidad y contexto, algunas de las cuales cobran la forma de leyes causa – efecto”.
Pregunta epistemológica	Dualismo y objetivista. Supone la separación entre el investigador y el objeto investigado, favorece los hechos objetivos y evita la influencia que podría tener el investigador sobre el objeto o fenómeno de estudio. Supone además que los hallazgos son reales si pueden ser repetidos en contextos similares.
Pregunta metodológica	“Experimental y manipuladora. Las preguntas y / o hipótesis son presentadas en forma de proposiciones y se sujetan a un a prueba empírica para su verificación; las condiciones que pudieran ser causa de confusión deben ser cuidadosamente controladas (manipuladas) para evitar que los resultados sean inapropiadamente influenciados”.

Fuente: Tomado de Guba y Lincoln, 1994.

1.2.1.2 Paradigma post positivista

Se considera que el postpositivismo es una versión modificada del paradigma positivista (Flores, 2004). En el postpositivismo la realidad existe desde las leyes exactas como lo plantea el positivismo, sin embargo, no puede ser completamente aprehendida ni comprendida debido a las imperfecciones de las formas en las que se controlan todas las variables o componentes que intervienen en el fenómeno de estudio. Es decir, la realidad es conocida parcialmente.

Tabla N°2. Paradigma post positivista

Pregunta ontológica	“Realismo crítico. Se supone que la realidad existe, pero sólo para ser imperfectamente comprensible, a causa de mecanismos intelectuales humanos básicamente defectuosos y la naturaleza fundamentalmente inexplicable de los fenómenos”.
Pregunta epistemológica	“Dualista/objetivista modificada. Se abandona el dualismo, en gran parte por ser imposible de sostener, pero la objetividad permanece como un ideal regulador” “Los hallazgos repetidos son probablemente reales (pero siempre sujetos a ser probados como falsos)”.
Pregunta metodológica	Experimental/manipuladora modificada con enfoque en la "pluralidad crítica" como forma de probar la falsedad. “La metodología busca rectificar algunos de los problemas arriba señalados (críticas intraparadigma) al realizar las

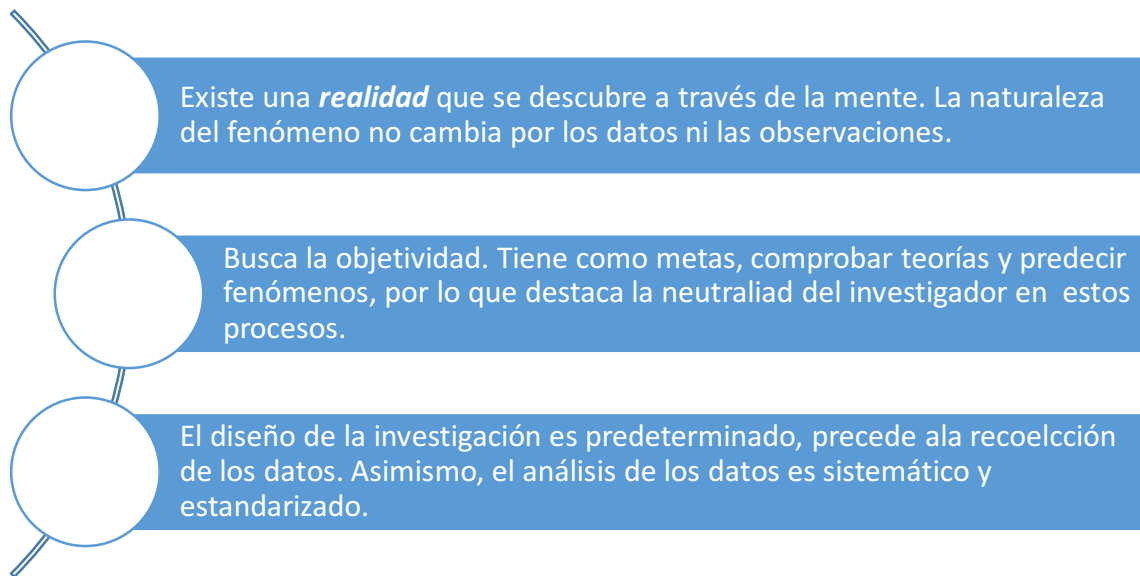
investigaciones en escenarios más naturales, reunir información más situacional y reintroducir el descubrimiento como un elemento de la investigación”.

Fuente: Tomado de Guba y Lincoln, 1994

Enfoque cuantitativo

Tanto el paradigma positivista como el postpositivista guían la investigación cuantitativa la cual busca explicar fenómenos, definir variables y sus interacciones, medirlas, predecir el curso del fenómeno de estudio y controlarlo si es posible.

Imagen N°2. Características del enfoque cuantitativo



Fuente: Modificado de Hernández y cols, (2014:11)

Para reforzar este enfoque, le invitamos leer el siguiente estudio:

Educación del personal de enfermería y mortalidad hospitalaria en nueve países europeos: un estudio observacional retrospectivo. Disponible en:

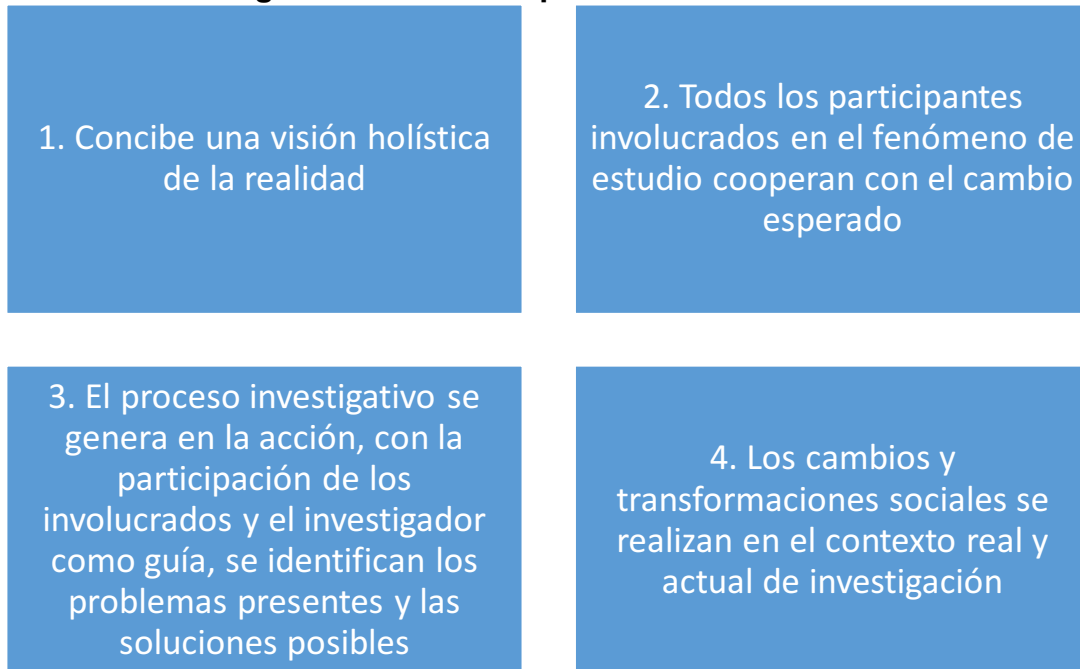
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/>

1.2.1.3 Paradigma de la teoría crítica

Este paradigma se caracteriza por una práctica de reflexión-acción-reflexión (Ramos,2015). Invita al investigador a un proceso de reflexión y análisis sobre las situaciones en las que está inmerso (Melero,2011:344). De estos procesos de

análisis se deriva no sólo la crítica de esa realidad, sino también la transformación de la misma.

Imagen N°3. Cuatro aspectos de la teoría crítica



Fuente: Modificado de Escudero, (1987).

Tabla N°3. Tipo de pregunta en la teoría crítica

Pregunta ontológica	“Realismo histórico. Supone que la realidad es comprensible en su conjunto por el investigador, además de comprender las variaciones de dicha realidad y la historia que la define.
Pregunta epistemológica	“Transaccional y subjetivista”. Supone una vinculación entre el objeto de estudio y el investigador, supone que esta vinculación genera una influencia del investigador sobre la investigación.
Pregunta metodológica	“Dialógica y dialéctica. La naturaleza transaccional de la investigación requiere de un diálogo entre el investigador y lo investigado; ese diálogo debe ser de una naturaleza dialéctica para transformar la ignorancia y los conceptos erróneos”.

Fuente: Tomado de Guba y Lincoln, 1994.

1.2.1.4 Paradigma constructivista

Considerando que las ciencias exactas y no son apropiadas para responder preguntas a partir del estudio de fenómenos sociales, surge el paradigma constructivista como alternativa. Este paradigma aborda fenómenos históricos de

alta complejidad (Ramos, 2015:14), bajo este paradigma los saberes son cambiantes, y las visiones del fenómeno no son interpretados desde una única perspectiva objetiva, lo que ayuda a responder al cómo ocurre el fenómeno de estudio para los participantes.

Tabla N°4. Tipo de pregunta en paradigma constructivista

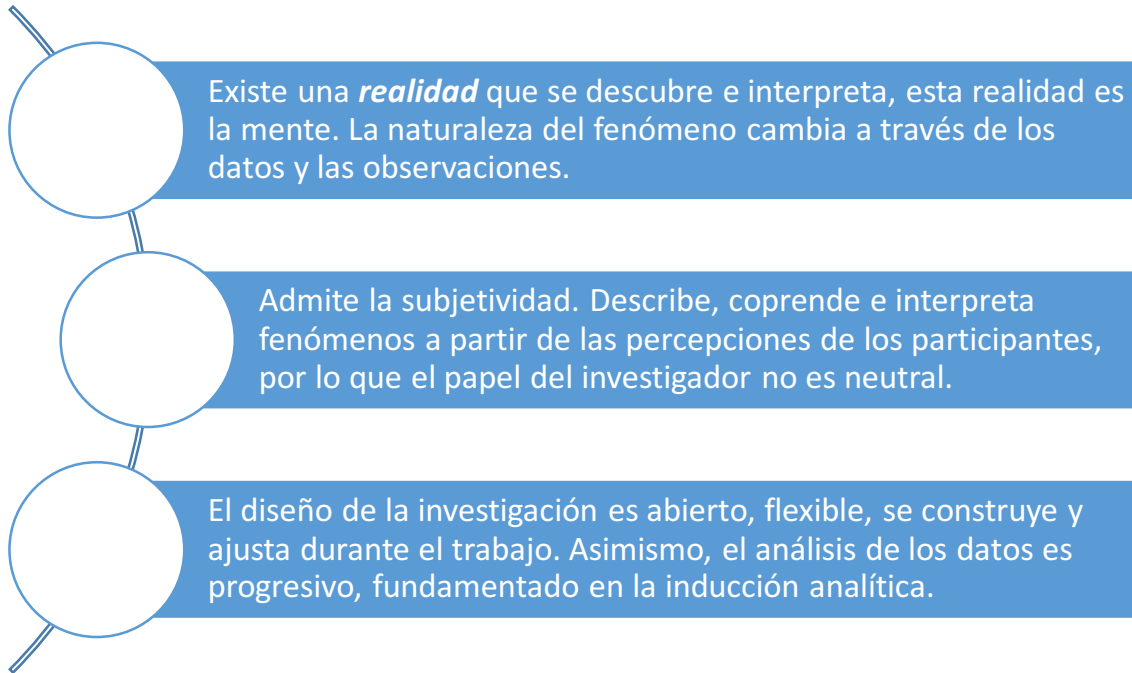
Pregunta ontológica	“Relativista. Las realidades son comprensibles en la forma de construcciones mentales múltiples e intangibles, basadas social y experiencialmente, de naturaleza local y específica (aunque con frecuencia hay elementos compartidos entre muchos individuos e incluso entre distintas culturas), y su forma y contenido dependen de los individuos o grupos que sostienen esas construcciones”. “Las construcciones no son más o menos "verdaderas" en ningún sentido absoluto; simplemente son más o menos informadas y/o sofisticadas”.
Pregunta epistemológica	“Transaccional y subjetivista. Se supone que el investigador y el objeto de investigación están vinculados interactivamente de tal forma que los "hallazgos" son literalmente creados al avanzar la investigación”.
Pregunta metodológica	“Hermenéutica y dialéctica. La naturaleza variable y personal (intramental) de las construcciones sociales sugiere que las construcciones individuales pueden ser producidas y refinadas sólo mediante la interacción entre el investigador y quienes responden”.

Fuente: Tomado de Guba y Lincoln, 1994.

Enfoque cualitativo

Así como mencionamos que los paradigmas positivistas y pos positivistas guían la investigación cuantitativa, se puede decir que los paradigmas teoría crítica y constructivista guían la investigación cualitativa. Ésta busca la comprensión de fenómenos desde la perspectiva de los participantes, suele ser flexible y subjetiva, va más allá de la cuantificación, responde al “cómo” y al “por qué”. Considera los fenómenos como cambiantes y dinámicos, por lo que no hay una sola manera de verlos y entenderlos.

Imagen N°4. Características del enfoque cualitativo



Fuente: Modificado de Hernández y cols, (2014:11)

Para reforzar este enfoque, le invitamos leer el siguiente estudio:

Pneumonia care and the nursing home: a qualitative descriptive study of resident and family member perspectives. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1379645/>

Referencias bibliográficas

Bunge, M. (1985). Seudociencia e Ideología. Madrid: Alianza Universidad.

Copi, I.(1972). Introducción a la Lógica. Buenos Aires: EUDEBA.

Colliere M.F. (1993) Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Editorial Interamericana. McGraw Hill.

Escudero, J. M. (1987). La investigación-acción en el panorama actual de la investigación educativa: algunas tendencias. *Revista de Innovación e Investigación educativa*, 3(3), 14-25.

Guba, E. G. & Lincoln, Y.S. (1994). Paradigmas competitivos en investigación cualitativa. *Manual de investigación cualitativa*, 2 (163-194), 105.

Kerlinger & Lee (2002) Investigación del Comportamiento, Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. Cuarta Edición. McGraw Hill/Interamericana.

Melero Aguilar, N. (2012). El paradigma crítico y los aportes de la investigación acción participativa en la transformación de la realidad: un análisis desde las ciencias sociales. *Cuestiones pedagógicas*, 21, 339-355

Moses, J. W., & Knutsen, T. L. (2012). Ways of knowing: Competing methodologies in social and political research. Segunda Edición. Nueva York: Palgrave Macmillan.

Shaw, M.C. (1993), The discipline of nursing: historical roots, current perspectives, future directions. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1651-1656. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18101651.x

Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología*, 23(1), 9-17.

Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.

UNIDAD II

Fundamentos y pilares de la enfermería basada en la evidencia

1.1 Breve reseña histórica de la EBE

El origen de la enfermería basada en la evidencia parte del nacimiento de la medicina basada en la evidencia, que tiene sus orígenes con los trabajos publicados por Archibald Cochrane hacia la década de los 70s quien se preocupó por los altos costos en intervenciones en salud y la evidencia existente de la efectividad y eficacia de los mismo, a partir de la promoción de estudios que permitieran generar la evidencia de la utilidad de dichas intervenciones evitando el despilfarro en recursos del sistema de salud, y para esta época publica su libro denominado: efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios (Blanco & Maya, 2010; Alcolea, Oter, Martín, 2011).

La medicina basada en la evidencia al igual que la enfermería basada en la evidencia son antecedidos por una problemática evidente en el área de la salud, que consistía en la generalización y aplicación de intervenciones en salud que partían de experiencias no sistematizadas que podían para la época inducir a errores en la práctica de dichas profesiones e incluso como lo mencionaba Cochrane el incremento de costos en salud sin criterios claros de implementación y evidencia sustentable de los mismos (Blanco & Maya,., 2010). A su vez, este investigador británico impulsó a investigadores de la Universidad de Oxford, para la creación de repositorios y bases de datos en donde se incluyeron revisiones sistemáticas de que es el inicio de lo que hoy conocemos como la colaboración Cochrane presente en varios países en la actualidad y la edición de The Cochrane Library, en donde se recopilan trabajos de tipo revisión sistemática y metaanálisis que orientan a los investigadores y clínicos sobre la mejor evidencia en este campo (Larizgoitia, Baladrón, Albertos, & Olay, 2003).

Posteriormente, un grupo de investigadores de profesión médicos en la Universidad de McMaster en Ontario-Canadá, del que su representante más prolijo y líder fue el médico David Sackett quienes promulgan a partir del movimiento que fundan la práctica de la medicina basada en la evidencia y su vinculación a los currículos formativos de los médicos de la época (Blanco & Maya, 2010; Alcolea, Oter, Martín, 2011; Junquera, Baladrón, Albertos, & Olay, 2003).

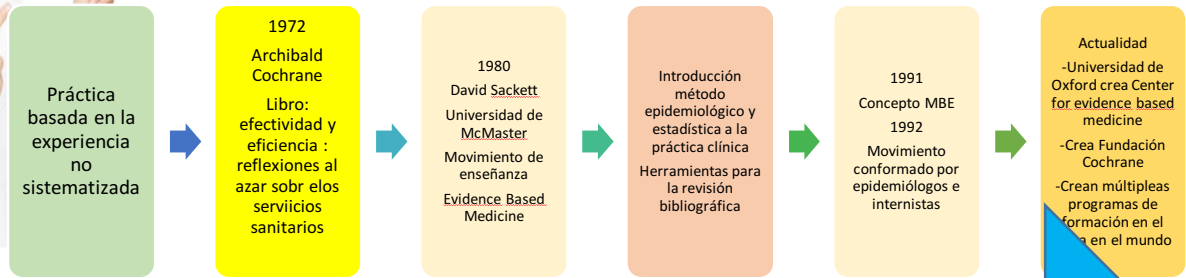
Pero es en la década de los 90s cuando los movimientos de la Universidad de McMaster hacen extensiva el uso de la MBE en la práctica de intervenciones en salud y dan otras orientaciones y usos prácticos a la misma. A posteriori, se crea el Centro de Medicina Basada en la Evidencia, y se crean programas de formación

para miembros de los equipos de salud en todo el mundo procurando el fortalecimiento de la misma.

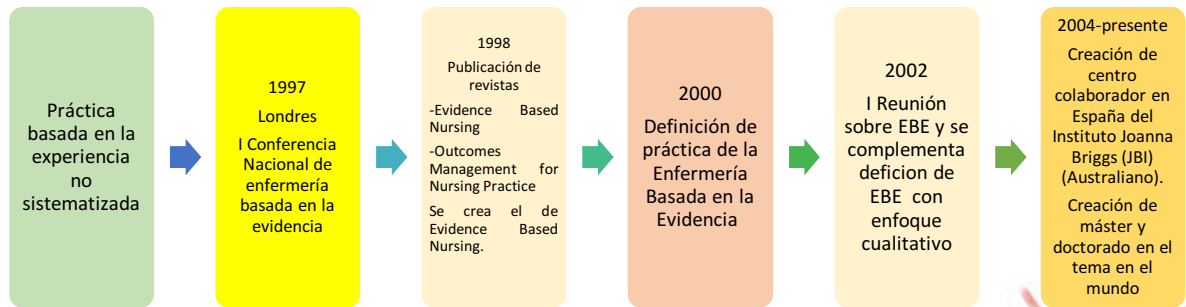
Por tanto, la enfermería basada en la evidencia toma estos ejercicios realizados por la profesión médica y los movimientos antes mencionados también para la década de los 90s más exactamente en 1997 en Londres se celebra la I conferencia de enfermería basada en la evidencia, siendo este el verdadero nacimiento de este modelo. Más adelante se publican las revistas: Evidence Based Nursing y Outcomes Management for Nursing Practice. Más adelante nace el centro de Evidence Based Nursing y hacia el año 2000 se establece una definición consensuada sobre enfermería basada en la evidencia (EBE) (Figura 1).

De igual manera, hacia el 2002 se celebra la Primera reunión sobre EBE y se complementa definición de EBE con enfoque cualitativo; ya hacia el 2004 se crea el Centro Colaborador en España del Instituto Joanna Briggs (JBI) fundado hacia el año 1996 en Australia (Salusplay,s.f.). Por último, se han diseñado y fortalecido másters y doctorados en el tema en el mundo que fomentan la práctica de la EBE en los diferentes contextos donde la profesión de enfermería tiene presencia que han fungido como determinantes en la consolidación de la profesión.

Imagen N° 1. Evolución histórica de la práctica basada en la evidencia en las profesiones de la salud



PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LAS PROFESIONES DE LA SALUD



ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA



Fuente: elaboración propia con adaptación de Blanco y Maya (2010), Salusplay (s.f.) y Alcolea (2011).

1.2 Positivismismo en la EBE

El uso del término no es nuevo, se dan varios abordajes de este concepto entre el S. XVIII y XIX por varios filósofos y representantes del positivismo como: David Hume, Immanuel Kant, Saint-Simón, John Stuart, Herbert Spencer entre otros, finalmente quien por primera vez utiliza este término fue Auguste Comte en el S. XIX. Su tenencia se orienta de acuerdo a la tradición cultural como la francesa, inglesa, alemana e italiana.

Imagen N° 2. Orientaciones del positivismo



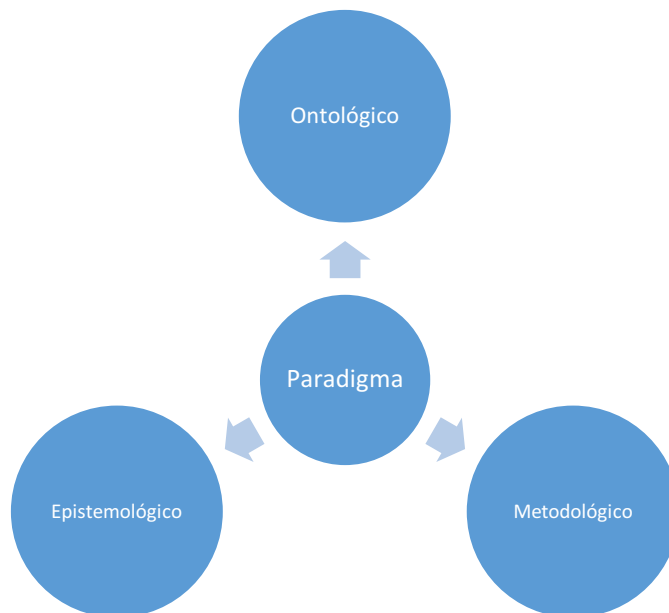
Fuente: Elaboración propia.

El positivismo es una corriente filosófica en la cual se concibe el conocimiento como un conjunto de hechos relacionados según ciertas leyes y que sólo admite los datos de la experiencia como fuente de conocimiento, es decir comprobables y pragmática; el sociologismo (Durkheim, 1858-1917) o corriente que estudia los fenómenos sociales y las relaciones humanas; el pragmatismo, o corriente filosófica divulgada por James, Pierce, Dewey, Schilder, según el cual el único criterio válido para juzgar la verdad de toda doctrina se ha de fundar en sus efectos prácticos y comprobables, y el experimentalismo (Dewey, 1859-1952), o movimiento filosófico basado en la experiencia para examinar y probar las características de una cosa (Gómez, 2007), indican claramente una visión del conocimiento comprobable a través de la experimentación de manera pragmática y por correspondencia.

Diversos autores mencionan y hablan de este término de manera conceptual o teórica, es el caso de Ricoy (2006), este autor indica que el “paradigma positivista se califica de cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático gerencial y científico tecnológico” arraigado y adaptado desde las ciencias duras a las ciencias blandas. Por tanto, el paradigma positivista sustentará a la investigación que tenga como objetivo comprobar o más bien falsear hipótesis por medios estadísticos o determinar los parámetros de una determinada variable mediante la expresión numérica. (p. 14) (Ramos, 2015); esta noción como un modelo de investigación en las ciencias físicas o naturales y posteriormente se lo adoptó en el campo de las ciencias sociales y adaptada a las ciencias médicas y a la enfermería.

No es olvidar que cuando se habla de paradigma se hace alusión a las “Realizaciones científicas universalmente reconocidas que durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn, 1973, p.13), por lo cual indica cambio en el tiempo y reconstrucción gracias a los avances teóricos, empíricos y prácticos; que la realización es una forma acertada de resolver problemas que sirven luego como modelos a futuros investigadores y que el conjunto de valores compartidos Métodos, normas y generalizaciones compartidas por los miembros de una comunidad científica que no distan de cambiar, aunque en un momento determinado del tiempo parecen explicar de manera exhaustiva un fenómeno por estudiar, esta explicación cambia dependiendo las circunstancias, lo cual indica su constante construcción y deconstrucción; por ello, el positivismo al igual que otros paradigmas para considerarse paradigma, debe, responder a sus principios y sustentos básicos.

Imagen N° 3. Principios básicos del paradigma



Fuente: Tomado de Gonzales (2003).

El *primero* es naturaleza de la realidad investigada y cuál es la creencia que mantiene el investigador con respecto a esa realidad investigada; en respecto al *segundo*, el modelo de relación entre el investigador y lo investigado, la forma en que sobre la base de determinados fundamentos se adquiere el conocimiento; y el *tercero*, hace alusión al modo en que podemos obtener los conocimientos de dicha realidad; en términos más comunes o ms accesibles, debe responder a las siguientes preguntas según Guba (1990) (Ramos, 2015).

1. ¿Cuál es la naturaleza de lo conocible o cuál es la naturaleza de la realidad? (ontológica).

2. ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre el que conoce (en este caso el investigador) y lo conocible (susceptible de ser conocido)? (epistemológica).

3. ¿Cómo deberá el investigador proceder en la búsqueda del conocimiento? (metodológica).

Las respuestas a estas preguntas y otros aspectos desde el paradigma positivista se expresan en la siguiente tabla.

Tabla N° 1. Pregunta metodológica y respuesta desde el positivismo

DIMENSIÓN	POSITIVISTA
INTERESES	Explicar, Controlar y Predecir.
ONTOLOGÍA (NATURALEZA DE LA REALIDAD)	Dada, Singular, Tangible, Fragmentadle, convergente
RELACIÓN SUJETO / OBJETO	Independiente, Neutral, Libre de Valores
PROPÓSITO: GENERALIZACIÓN	Generalizaciones libres de contexto y tiempo, leyes, explicaciones. Deductivas, cuantitativas, centrada en semejanzas.
EXPLICACIÓN: CAUSALIDAD	Causas reales, temporalmente precedentes o simultáneas.
AXIOLOGÍA	Libre de valores por parte del investigador.
FUNDAMENTOS	Positivismo Lógico y Empirismo.
NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN	Objetiva, estática, única, dada, fragmentable, convergente. (Semejanzas).

CURSO LATINOAMERICANO DE GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

Módulo 3: Liderazgo en la Investigación de Enfermería

FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	Explicar, predecir, controlar los fenómenos, verificar teorías. Leyes para regular los fenómenos.
RELACIÓN SUJETO/OBJETO	Independencia. Neutralidad. No se afectan. Investigador externo. Sujeto como objeto de investigación.
VALORES	Neutros. Investigador libre de valores. El Método es garantía de objetividad.
TEORÍA / PRÁCTICA	Disociadas, constituyen entidades distintas. La teoría, norma para la práctica
CRITERIOS DE CALIDAD	Validez, fiabilidad, objetividad
TÉCNICAS: INSTRUMENTOS ESTRATEGIAS	Cuantitativos, Medición de test, Cuestionarios, observación sistemática, Experimentación
ANÁLISIS DE DATOS	Cuantitativo: estadísticas descriptiva e inferencial

Fuente: tomado de (Fahara, Guadalupe, & Bayardo, 2004) y (Flores, 2004) y modificado por el autor.

Sin embargo, al revisar el cuadro anterior se creería que es una visión, estática de la descripción de la realidad, desde la búsqueda de la verdad (construida), por lo cual el pospositivismo parece ajustarse más a los problemas de la vida real, por lo cual se asume éste como la evolución del mismo; las preguntas propuestas referentes a la ontología, epistemología y metodología se aclaran en la siguiente tabla.

Tabla N° 2. Preguntas propuestas referentes a la ontología, epistemología y metodología

DIMENSIÓN	POSITIVISTA	POSTPOSITIVISTA
ONTOLÓGICA	Desde una postura realista manejada por leyes por leyes naturales e independientes (causa-efecto), (Flores, 2004).	Posición realista crítica, donde puede ser aprehendida de manera parcial y en un tiempo determinado; también asume que la realidad manejada por leyes naturales comprendida de una manera fragmentada; ya que los mecanismos humanos de percepción son imperfectos.
EPISTEMOLOGIA	El investigador es fundamental tener una postura distante, neutra y no interactiva; así mismo, los valores son factores de la confusión y por lo tanto deben ser excluidos para no influir en los resultados o hallazgos; esto es reflejo del objetivismo (Fahara et al., 2004).	La objetividad es el parámetro regulatorio, a través de una comunidad crítica. "Los editores, árbitros de revistas especializadas, así como de sus lectores". OBJETIVISTA MODIFICADO
METODOLOGÍA	En el apartado de responder ¿Cómo?, cual es la forma, este paradigma supone las hipótesis y preguntas de manera antecesora; se describen como proposiciones y están sujetas a procesos empíricos en condiciones controladas. Siendo este paradigma experimental-manipulativo.	Además de lo descrito en el positivismo, se centra en la criticidad múltiple remediando las discrepancias y permitiendo la indagación en escenarios naturales, teniendo uso de métodos cualitativos con la generación emergente de datos. Concibiendo los problemas o fenómenos explicados desde múltiples enfoques, lo cual le permite ser y tener una modificación en su proceder experimental y manipulativo.

Fuente: tomado de (Fahara et al., 2004) y (Flores, 2004) y modificado por el autor.

Desde este paradigma de la investigación se sustenta el enfoque de la investigación cuantitativa, en medicina, terapias y en enfermería entre otros; este paradigma sustenta el análisis basada en las pruebas (evidencia) que da inicio a la medicina basada en la evidencia y la enfermería basada en la evidencia.

Para ampliar la temática puede ver las siguientes lecturas complementarias:

Fernández, A. J. (2008). El primer Positivismo. Algunas consideraciones sobre el pensamiento social en Saint Simon y Comte. *Conflicto Social*, 1(01), 25-40.
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS/article/view/456>

González, A. M., & Hernández Alegría, A. (2014). Positivismo, dialéctica materialista y fenomenología: tres enfoques filosóficos del método científico y la investigación educativa. *Actualidades investigativas en educación*, 14(3), 502-523.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v14n3/a21v14n3.pdf>

Lagarrigue, J. E., & de Alas, C. (1905). *Lo sobrenatural ante el positivismo*. Imp. Cervantes.

López deFerrari, N. (1973). Positivismo e historia. *CUYO*, 9(Primera época).
https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4465/81-cuyo-1973-tomo-09.pdf

Moulines, C. U. (1975). La génesis del positivismo en su contexto científico. *Revista de filosofía DIÁNOIA*, 21(21), 31-49.
<http://132.248.184.96/index.php/dianoia/article/view/971>

Narvárez, V. P. D. (2014). El concepto de ciencia como sistema, el positivismo, neopositivismo y las "investigaciones cuantitativas y cualitativas". *Salud uninorte*, 30(2), 227-244. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81732428014.pdf>

Villamar, J. P. (2015). El positivismo y la investigación científica. *Empresarial*, 9(35), 29-34. <http://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-empresarial/index.php/empresarial-ucsg/article/viewFile/20/16>

1.3 Estrategias de soporte científico como herramienta en la EBE.

Desde el inicio de la enfermería basada en la evidencia la profesión se vio enfrentada a dos dilemas trascendentales, el primero al rompimiento del paradigma basado en los conceptos derivados de la profesión médica, como una manera del cordón unísono cuando se desliga de su hilo conductor y la otra situación el poder relacionar los conceptos paradigmáticos del positivismo y la concepción cualitativa de la profesión.

En ese sentido, esta articulación de esos dos conceptos conlleva a que la profesión desde el punto de vista positivista relacional y cualitativo, se fundamentó y creció con el advenimiento de métodos científicos en la operativización de cada uno de los conceptos propiamente dicho en la atención de los pacientes.

Como se ha mencionado en los capítulos anteriores, la enfermería basada en la evidencia acoge cada una de las herramientas que las diferentes ciencias le ofrecen, en ese sentido con el fin de fortalecer la toma de decisiones dentro de la misma profesión. Sin embargo, la enfermería basada en la evidencia para poder lograr cada una de las formas y maneras de gestionar el cuidado, necesitaría de diversas maneras de procesar y aplicar estrategias correctas que impacten de una manera lógica y correcta la enfermería basada en la evidencia.

Algunos autores como es el caso de Martínez (2003) identificó algunos instrumentos y estrategias para la implementación de la EBE:

- 1. Apoyo directivo**
- 2. Cultura organizacional**
- 3. Formación superior**
- 4. Conformación de equipos de investigación liderando la EBE**

Otros de los contextos de coincidencia entre los autores se centra en la formación de los profesionales de enfermería integrales en investigación, la que debe comenzar desde la etapa de pregrado, con “prácticas pedagógicas que afiancen el pensamiento reflexivo, crítico e interpretativo” (Romero, 2003: 45).

Creemos y estamos seguros que la mejor manera de poder alcanzar procesos congruentes en los resultados basados en la enfermería basada en la evidencia debería de estar dirigidos claramente a alcanzar mediante un proceso científico adecuado respondiendo a una serie de preguntas e interrelacionando la experiencia en la práctica de la enfermería.

La mejor forma y manera de alcanzar el éxito en los procesos de la enfermería basada en la evidencia estaría soportada mediante la estrategia científica P.I.C.O que permite, mediante una pregunta específica y un problema detectado dentro del proceso de atención de los pacientes, promueve el pensamiento crítico y reflexivo

en el alcance y mejoramiento de las condiciones de la salud en un grupo poblacional evidenciado en un problema.

Imagen N° 4. Estrategia PICO



Fuente: elaboración Propia.

En ese sentido ante la presencia de un problema de investigación, lo ideal es la búsqueda de adecuados procesos de ayuda que permitan mediante la objetivación de la estrategia pico, incidir sobre el problema presentado, las alternativas de solución y la generación de un nuevo conocimiento tendiente a alcanzar la solución del problema detectado y dar mayor fuerza al impacto en el objeto mismo de la atención.

1.4 Ejemplos de EBE en el contexto de APS

En la implementación de EBE en el ejercicio de enfermería está relacionado con Práctica Basada en la Evidencia (PBE), que supone retos importantes para la profesión, relacionados con el uso de la mejor evidencia en el contexto de trabajo que permita la toma de decisiones frente al proceso de cuidado de la salud. A su vez, presenta un trabajo arduo en lo relacionado con la transferencia de conocimiento desde quienes generan la evidencia hasta quienes la consumen y aplican.

Dicha implementación es trabajada por Estabrooks (1998), en el ejercicio de aplicación debe suponerse un cambio de conducta inicialmente y para el mantenimiento en su uso de la evidencia generada en investigación debe comprenderse el estado dinámico de los cambios de conducta (Coello, et al, 2004). Es así, que existe un distanciamiento elemental entre lo propuesto por la evidencia generada en enfermería y el ejercicio cotidiano de la profesión que en últimas busca prácticas en pro de la mejora del cuidado.

Por tanto, se convierte en un elemento esencial los ejercicios realizados sobre el proceso de toma de decisiones en la práctica de las profesiones de la salud, en especial en los acuerdos con el paciente sobre el tratamiento y medidas a tener en el proceso de cuidado. Autores como, Larizgoitia, Rodríguez & Granados (1998), establecen una serie de factores que influyen en dicho proceso, como son las *características sociodemográficas, personales y psicológicas; el entorno profesional, y los aspectos relacionados con el manejo de la información científica* (Larizgoitia, Rodríguez & Granados, 1998), cuyo objetivo tangencial es lograr los

mejores resultados posibles en la salud de las personas objeto del cuidado del equipo de salud.

Por otro lado, Eddy citado por Coello (2004), describe los pasos para la toma de decisiones, que se describen a continuación: definición de alternativas, teniendo en cuenta aspectos como costos, aplicabilidad al contexto, beneficios y consecuencias negativas de las mismas. El segundo aspecto a valorar corresponde a la comparación entre: beneficios y daños, resultados y costo, y beneficio total y recursos empleados, que en últimas mide la efectividad clínica de las intervenciones en el cuidado de la salud (Coello, 2004).

Al hablar de *efectividad clínica* en el cuidado de la salud es importante resaltar como hace referencia al nivel en el que una intervención o actividad de enfermería produce un resultado positivo en la persona a quien es brindado en la mejora o mantenimiento de su salud en las condiciones cotidianas del ejercicio de la profesión de enfermería.

Existen modelos como el propuesto por McClarey para evaluar la efectividad clínica, quien propone 6 fases como son: Existencia de investigación en el tema y nivel de evidencia, consideración de si la práctica o intervención está fundamentada en evidencia, existencia sobre revisiones sistemáticas sobre el tema, existencia de guías de práctica clínica, consideración de cómo implementar los cambios generados por la evidencia en la práctica de cuidado y por último, evaluar el impacto en la calidad en proceso de cuidado (Coello, 2004).

A su vez existen diferentes modelos para transferir la evidencia, cabe resaltar los siguientes: el *modelo de difusión pasiva*: que presume como los miembros del equipo de salud consultan la evidencia generada por investigación en torno al cuidado de la salud, y es implementada en la práctica diaria. El *Modelo de diseminación activa*: este involucra la revisión crítica de la evidencia existente, con la consecuente realización de resúmenes prácticos sobre la evidencia publicada, realizada por expertos en la misma y difundida a los profesionales de la salud. Por último, el *modelo de implementación coordinada*; en este se tiene en cuenta el ejercicio implementado en el anterior modelo, pero se complementa con los intereses de agrupaciones de pacientes, comunidad, red de apoyo y asociaciones profesionales (Coello, 2003)

A continuación, se presenta en la tabla N° 3, ejemplos de aplicación de EBE en el cuidado de enfermería e investigación en el campo:

Tabla N° 3. Ejemplos de aplicación de EBE en el proceso de cuidado y práctica de enfermería

Estudio realizado	Principales resultados
Evidence-based nursing and care management	La EBE permite sustentar una gestión del cuidado de calidad segura y con satisfacción hacia el usuario interno como externo procurando por

	tomar las mejores decisiones que registra la evidencia disponible, haciendo que las enfermeras sean tratados, respetados y vistos como profesionales con conductas responsables de cuidado frente a la sociedad.
Enfermería basada en la evidencia. Los cuidados centrados en el desarrollo neonatal: NIDCAP y la disminución de secuelas sensomotoras en prematuros	Evidenciaron la disminución de secuelas a largo plazo en el desarrollo de infantes prematuros mediante la evidencia científica disponible.
Quality management of evidence-based hospital nursing care	Los hallazgos reflejan que existe baja participación de la enfermera en el hospital, poco apoyo por parte de los gestores e inadecuada dotación de plantilla; además encontraron asociaciones entre estas categorías y los años de edad, profesión y años en la unidad.
Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión	Desde la taxonomía NANDA-I se relacionaron 8 diagnósticos de enfermería para el cuidado de las úlceras pro presión. Dando diez resultados NOC, a su vez, generan 10 resultados NOC, donde requerirían 12 intervenciones NIC basadas en 52 actividades y/o procedimientos clasificados según recomendaciones de evidencia. Cada actividad evidenciada permite lograr niveles de cuidados más eficaces con base en la mejor evidencia científica disponible.

Fuente: elaboración propia

El contexto histórico de la enfermería basada en la evidencia permite comprender, cómo esta ha permitido modificaciones en la práctica del cuidado de enfermería, y sustenta en cierta medida la evidencia generada en el ejercicio de la profesión de enfermería y por qué no podría soportar la teorización en el ramo.

-Los ejemplos de EBE en la práctica del cuidado propias no solo de la profesión de enfermería son variadas, y demuestran el creciente trabajo no solo en investigación, sino también en el uso de los mejores niveles de evidencia para proporcionar un

CURSO LATINOAMERICANO DE GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

Módulo 3: Liderazgo en la Investigación de Enfermería

cuidado integral costo-efectivo y útil, aminorando los efectos negativos sobre los sistemas de salud.

Referencias bibliográficas

Alcolea, M., Oter, C., Martín, A. (2011). Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure Investigación*, 52, 1-7 Recuperado de: <file:///D:/megonzalez2/Downloads/538-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2131-1-10-20150618.pdf>

Coello, P., Ezquerro Rodríguez, O., Fargues García, I., García-Alamino, J., Marzo Castillejo, M., Navarra Llorens, M., ... & Urrutia Cuchí, G. (2004). *Enfermería basada en la evidencia: hacia la excelencia en los cuidados*. Material didáctico de apoyo para profesionales de enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

Comte, X. I. X. A., Hume, D., Kant, I., Comte, A., Mil, J. S., Spencer, H., Ardig, R. (1920). *Positivismo*.

Blanco, J. y Maya, J. (2000). *Fundamento de salud pública. Tomo III epidemiología básica y principios de investigación*. Segunda edición. Medellín- Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Fahara MF, Guadalupe M, Bayardo M. *Investigación e innovación educativa Investigación e innovación educativa*. 2004:1-9.

Flores, F. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*, 5(ISSN: 1067-6079), 1–9. Recuperado de <http://www.ru.tic.unam.mx/handle/123456789/696>

Gómez, M. J. A. (2007). *La investigación educativa: claves teóricas*. Recuperado de https://books.google.com/sv/books/about/La_investigaci3n_educativa.html?id=8ARmGQAACAAJ&pgis=1

Larizgoitia J., Baladr3n, J., Albertos, J.M., & Olay, S.. (2003). Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Revista Espa3ola de Cirug3a Oral y Maxilofacial*, 25(5), 265-272. Recuperado en 15 de abril de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582003000500003&lng=es&tlng=es.

Larizgoitia Jáuregui, J.R., Rodríguez Bermúdez A. & Granados Navarrete A. (1998) Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales. *Atención primaria*. 22(8), 505-513 Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-determinantes-toma-decisiones-clinicas-atencion-14955>

Ramos C.A. (2015). *Los Paradigmas De La Investigación Científica*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/282731622_LOS_PARADIGMAS_DE_LA_INVESTIGACION_CIENTIFICA_Scientific_research_paradigms.

CURSO LATINOAMERICANO DE GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

Módulo 3: Liderazgo en la Investigación de Enfermería

Salusplay (s.f.) Evolución histórica de la Enfermería Basada en Evidencias.
Recuperado de: <https://www.salusplay.com/blog/evolucion-historica-enfermeria-basada-evidencias/>

UNIDAD III

Práctica avanzada en enfermería y EBE

1. Cambios organizacionales y ampliación de roles de enfermería

La Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), se ha posicionado como una profesional con experticia en la práctica del cuidado al ser humano, mostrando un alto nivel de autonomía en el desarrollo de su quehacer, mientras se integra la investigación, la educación, la práctica clínica asistencial y la gestión. La EPA es reconocida dentro del equipo de salud por su liderazgo derivado de sus competencias en valoración clínica, toma de decisiones, capacidad de razonamiento crítico en el diagnóstico y habilidades clínicas avanzadas para la planificación e implementación de programas y/o intervenciones de impacto tanto para los pacientes como para las instituciones.

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) se remonta a finales del siglo XX en Estados Unidos y posteriormente ha ido incursionando en otros países de referencia internacional, con líderes como Patricia Benner, al escribir su teoría "La Progresión de la Enfermera y el nivel de expertez", Ann B. Hamric con un modelo de integración. Dichos apartados teóricos, permiten visibilizar el desarrollo y evolución de la práctica avanzada de enfermería, integrando las competencias que este profesional debe desarrollar de acuerdo al entorno en el que se desempeñe.

Las enfermeras de práctica avanzada han logrado un papel de gestoras de cambios organizacionales y actitudinales, así facilitando la implementación de evidencia en las instituciones y los entornos complejos. Para el año 2020 ya se tienen reportes de estudios que demuestran que las enfermeras de práctica avanzada en salud mental pueden proporcionar seguridad, atención efectiva y de calidad para pacientes, el estudio demostró que los participantes vistos por las EPA tuvieron mejor asistencia a sus citas que las atendidas por los médicos. Los participantes informaron un mayor grado de satisfacción y buena adherencia al tratamiento farmacológico.

Así mismo, en una era virtualizada Chemnitzer y Gustin ponen de manifiesto, la necesidad de tomar conciencia de los cambios relacionados con las políticas de telesalud, explícitamente a consultas electrónicas. Los programas que preparan EPA, deben introducir no solo telesalud sino también consultas electrónicas.

En la actualidad, se evidencia la necesidad de formación de las Enfermeras de Práctica Avanzada a través de educación interprofesional, la cual brinda un enfoque para que los estudiantes aprendan la atención interprofesional. Según la Organización Mundial de la Salud, "la educación interprofesional se produce cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden acerca de ellos, entre ellos y para permitir una colaboración efectiva y mejorar los resultados de salud".

La comunidad científica de enfermería ha reportado que existen cuestionarios e instrumentos a nivel internacional, capaces de hacer la diferenciación entre la enfermera general y la de práctica avanzada, siendo estos elementos necesarios para evaluar y diferenciar su impacto y dominio de la práctica del cuidado. González y colaboradores (2019), reportan la importancia de diferenciar los roles tanto de la enfermera especializada, como la de práctica avanzada, gestionando adecuadamente sus competencias para la obtención de los mejores resultados en su quehacer.

En el ámbito clínico, hay estudios que demuestran el costo - efectividad de la implementación de Enfermeras de práctica clínica en las instituciones, reportes demuestran que la prevalencia de heridas crónicas durante los 2 años de implantación de EPA ha disminuido a la mitad, se ha conseguido una correcta adecuación del plan de formación y consultoría, consiguiendo racionalizar el gasto sanitario y una eficiente atención a las personas con heridas crónicas (Jiménez y colaboradores, 2019).

En un estudio realizado en Canadá y España (2019), los autores identificaron que posterior a la implementación de la EPA, su rol ha contribuido a un mayor intercambio de conocimiento y trabajo en equipo interdisciplinar, observando una mayor continuidad en los servicios de salud hacia los pacientes. Se identifica un cambio de paradigmas en la práctica profesional enfermera de dichos países, posicionándose como líderes que pueden generar protocolos, transformar conocimiento en pautas clínicas, y difundir resultados entre sus compañeros, uniendo la investigación y la práctica.

La Enfermería es una disciplina con orientación práctica y como tal busca que esta sea ideal. Esto se puede concretar con la práctica basada en evidencia y guiada por la teoría, estas dos herramientas son los faros de cualquier disciplina profesional. En este orden, es necesario que la enfermería de práctica avanzada con su enfoque científico, se apalanque del conocimiento teórico y disciplinar; y que mientras cuida, permea su práctica con su esencia humana que trasciende en los seres humanos e instituciones, bajo la autonomía del conocimiento.

1.1 Atención centrada en la persona

Hablar de atención centrada en la persona es un concepto de la última década, en el que se han aunado esfuerzos de diferentes profesiones, generando movimientos globales desde el 2008. Dicho colectivo, ha propuesto como objetivo central el posicionar a la persona y su entorno como elemento central de la atención en salud y como una meta indiscutible de los servicios de salud ¹³. Dentro de los principios se encuentran: la personalización de la atención sanitaria, educación e investigación centrada en la persona, reorganización de los servicios centrados en la persona, centralización en acciones comunicativas y relacionales, compromiso ético, enfoque cultural, entre otros (Alcántara, Estacio y Martínez, 2018).

El surgimiento de la atención centrada en la persona, parte de la disyuntiva y falta de respuestas de las prácticas basadas en la evidencia de las diferentes profesiones de la salud, que en sus inicios se denominó medicina basada en la evidencia (MBE) donde se desconocía o disminuía el valor práctico de la experiencia clínica de los profesionales de la salud, y como muchas de estas evidencias generadas a partir de ensayos clínicos, no eran comparables a los pacientes reales que difieren en ciertos casos de las poblaciones incluidas en este tipo de estudios, que adicionalmente ignora las preferencias y actitudes del paciente que influyen en la adherencia al tratamiento e impactan de manera significativa en los resultados posteriores (Torres, Vanegas y Yepes, 2016).

Es así, que nace la atención centrada en la persona que sobrepone la comunicación ejercida entre el miembro del equipo de salud y el paciente generando resultados benéficos para este último, incorporando a su vez valores, actitudes, preferencias y analizando el entorno del mismo para la toma de decisiones en conjunto con el usuario, sobre las mejores posibilidades de tratamiento acorde a sus condiciones. Por tanto, propone un nuevo paradigma en el que la atención en salud, no se centra en la enfermedad, sino en la persona y su contexto, conllevando a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico, disminución de la multiconsulta a diferentes profesionales producto de la falta de confianza en el criterio del profesional, entre otros (Torres, Vanegas y Yepes, 2016).

Este nuevo paradigma no significa de ninguna manera abandonar la práctica basada en la evidencia, si no que retoma a la persona como centro de la atención como se ha insistido anteriormente, estableciendo el contexto social y familiar, expectativas entre otros precursores para definir de manera concertada con el usuario (Torres, Vanegas y Yepes, 2016; Alcántara, Estacio y Martínez, 2018; Agreli Heloise, Peduzzi y Silva, 2016; Sastre, Pedro, Bennasar, Fernández, Sesé, y Morales., 2015). A su vez, proporciona en la persona mayor autonomía, empoderamiento y control sobre su salud con efectos y acompañamiento de la familia y red de apoyo vitales en el proceso, (Sastre, Pedro, Bennasar, Fernández, Sesé, y Morales, 2015).

Numerosos estudios realizados en poblaciones pediátricas y adultas en los que se han implementado procesos de atención centrada en la persona y la familia, han mostrado no sólo efectos positivos en la salud, sino que también se acompañan en mejora de la comunicación entre el individuo, familia y equipo de salud (Torres, Vanegas y Yepes, 2016; Alcántara, Estacio y Martínez, 2018). Por ejemplo, un estudio realizado en pacientes pediátricos en unidad de cuidado intensivo realizado en Colombia, presentó hallazgos como: mejora en la comunicación con el paciente pediátrico y su familia, reconocimiento de necesidades del paciente y su familia como flexibilización en políticas organizacionales y ciertas prácticas, necesidad de información clara, completa, honesta y lo más objetiva posible de parte del equipo de salud hacia las familias y la persona, a su vez una mejora en la percepción de la familia frente a los encuentros y comunicación con el equipo de salud (Agreli Heloise, Peduzzi y Silva, 2016).

Dicho paradigma, también supone un reto para los miembros del equipo de salud donde a partir de las preferencias, comorbilidades del paciente, antecedentes, contexto social, familia, condiciones de vida, entre otros, logra una participación activa en el proceso de toma de decisiones frente a su salud y tratamiento a seguir de su enfermedad, mediado por la práctica basada en la propia patología que se encuentra determinada por el diagnóstico, definición de etiología, tratamiento farmacológico, guías de práctica clínica y algoritmos propuestos por el equipo de salud y la práctica basada en la evidencia, sin desconocer la importancia que ambos enfoques tienen en la generación de resultados óptimos en salud de cada persona intervenida (Torres, Vanegas y Yepes, 2016) (Imagen N° 1).

Por otra parte, es importante resaltar los componentes de la atención centrada en el paciente como son: establecimiento del estado salud y enfermedad, comprensión de la persona en su totalidad, identificar un terreno común para todos los actores y mejorar la relación médico-paciente.

Imagen N° 1. Atención centrada en el paciente versus modelos tradicional de atención frente a cualquier patología



Fuente: elaboración propia adaptado de Alcántara, A., Estacio y Martínez (2018).

A su vez, dentro de las acciones establecidas para el ejercicio de la atención centrada en la persona se encuentran según Alcántara, A., Estacio, M y Martínez, M: reuniones educativas, distribución de material formativo, evaluación y

observaciones, análisis de las barreras y visitas de difusión educativas (Torres, Vanegas y Yepes, 2016).

1.2 Competencias centrales en la formación de EPA

De acuerdo con la declaración de posicionamiento de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) del Departamento de Salud de Inglaterra, el punto de referencia mínima del personal de enfermería comprende 28 elementos agrupados bajo los siguientes cuatro temas (Advanced Level Nursing: A Position Statement Title Advanced Level Nursing: A Position Statement 2010):

- 1. Práctica directa de la atención clínica**
- 2. Liderazgo y práctica colaborativa**
- 3. Mejorar la calidad y el desarrollo de nuevas prácticas**
- 4. Crecimiento propio y de los demás.**

Por lo que, un profesional de EPA debe superar estas premisas básicas y desarrollar su práctica más allá de este umbral mínimo. La búsqueda de nuevos conocimientos y habilidades son propias del personal que trabaja a nivel avanzado y pueden identificar sus necesidades y limitantes personales, profesionales y tomar medidas efectivas para abordarlas (Advanced Level Nursing: A Position Statement Title Advanced Level Nursing: A Position Statement 2010). Sin embargo, a la luz del conocimiento y la adquisición de nuevas prácticas, la demanda de habilidades incrementa, es decir, lo que en la actualidad pudiera considerarse como una intervención innovadora quizá ya no lo sea en un futuro cercano en la práctica de enfermería, lo que lleva a la revisión constante de las competencias centrales en la formación de EPA de acuerdo con su contexto y situación epidemiológica de cada país.

Los roles de la EPA más reconocidos se encuentran en países de alto ingreso como E.U, Canadá, Reino Unido y Australia (Heale and Butcher 2010; Lafuente-Robles et al. 2019; Ministerio de Salud de España 2011; Sánchez-Martín 2014; Sastre-Fullana et al. 2017), con evidencias claras en el impacto de la entrega del servicio (Cuadro 1).

Existen pocos informes del desarrollo de la EPA en países de medianos y bajos ingresos (Freeman 1985; Honig, Doyle-Lindrud, and Dohrn 2019). Para el caso de América Latina, la EPA representa un proceso de diseño, formación de los perfiles profesionales y un cambio de paradigma de una atención centrada a la enfermedad a un cuidado centrado en la persona (Freeman 1985; Honig, Doyle-Lindrud, and Dohrn 2019). La diversidad de nuevos roles, con actividades, alcances y responsabilidades heterogéneas en los diferentes contextos, requieren un consenso y la estandarización desde la definición de los términos hasta las competencias.

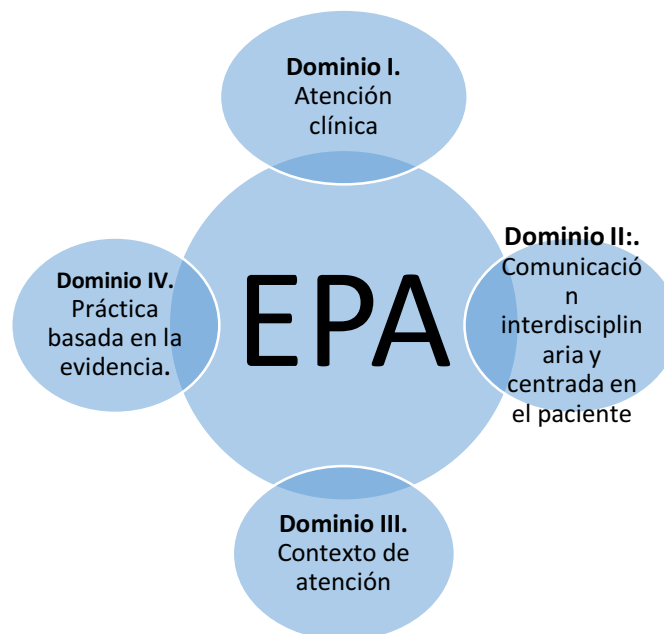
Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) la EPA debe cumplir con diversas capacidades que le permitan una toma de decisiones tanto en lo clínico

como en lo administrativo, dependiendo el contexto y las capacidades de cada país, será el nivel académico establecido. De manera ideal se recomienda un nivel de maestría (Bryant-Lukosius and Martin-Misener n.d; Freeman 1985).

El CIE como representante de la disciplina en todo el mundo, propone un marco para el alcance de los estándares y competencias de la EPA, con el objetivo de ser usado como medida para la ejecución de los nuevos roles en las diferentes naciones. Un primer paso en la implementación de la práctica avanzada es reconocer las Competencias Básicas y posteriormente las Competencias Específicas del contexto, a partir de ello pueden surgir los planes de estudio y las regulaciones en la formación de la EPA (Bryant-Lukosius and Martin-Misener n.d.; Freeman 1985; Honig, Doyle-Lindrud, and Dohrn 2019).

La evidencia científica muestra una propuesta de competencias básicas de EPA divididas en cuatro dominios (Grafica N°2) para los países de América Latina. Se expresan en términos generales y se encuentran destinadas a proporcionar un marco estructurado para construir programas educativos. Los cuales incluyen (Honig, Doyle-Lindrud, and Dohrn 2019).

Imagen N° 2. Cuatro dominios de la Enfermería de Práctica Avanzada



Fuente: elaboración propia

Dominio I. Atención clínica

1. Proporcionar servicios de atención a lo largo de la continuidad de la atención para incluir promoción de la salud, prevención de enfermedades, orientación

- anticipada, asesoramiento, manejo de enfermedades, cuidados paliativos y atención al final de la vida.
2. Realizar evaluaciones de salud, formular diagnósticos, estrategias diagnósticas y diseñar planes de manejo terapéutico.
 3. Integrar e interpretar el conocimiento, las variaciones de las manifestaciones clínicas normales y anormales, el mantenimiento de la salud, las enfermedades episódicas y agudas, las enfermedades crónicas y comórbidas y la trayectoria de la enfermedad y la atención de emergencia.
 4. Integrar la sensibilidad cultural, la información del paciente y la práctica con base en la evidencia.
 5. Traducir información de salud y proporcionar información de salud que integre los principios de enseñanza/aprendizaje y compartir la toma de decisiones.
 6. Aplicar el conocimiento de la farmacoterapia y la práctica basada en la evidencia para recetar y monitorear medicamentos.

Dominio II: Comunicación interdisciplinaria y centrada en el paciente.

1. Colaborar con el equipo de salud para brindar atención interprofesional centrada en el paciente a lo largo de la atención continua, promover la práctica basada en la evidencia y la traducción de la evidencia a la práctica.
2. Colaborar con pacientes mediante un modelo de toma de decisiones compartidas para un plan de atención mutuamente aceptable.
3. Consultar y referir a los pacientes a otras disciplinas y recursos de la comunidad a lo largo de la atención continua, manteniendo a la persona como el centro de atención.
4. Actuar como consultor y aceptar referencias de otros proveedores de atención y recursos comunitarios, según corresponda.
5. Usar habilidades efectivas de comunicación para la salud e integrar los principios de alfabetización en salud y toma de decisiones compartidas.
6. Mantener una atención y comunicación centradas en el paciente que integren los principios de confidencialidad, privacidad, confianza y respeto.

Dominio III: Contexto de atención

1. Participar en el diseño, implementación y evaluación de programas de salud de la población y prevención de enfermedades para las mejores prácticas.
2. Integrar los principios de asignación de recursos y efectividad en las decisiones de atención clínica.
3. Facilitar y promover un entorno de atención que incorpore prácticas basadas en evidencia, implementación de normas de atención y programas de garantía de calidad.

4. Promover y participar en el desarrollo de políticas que promuevan un entorno de atención clínica que respalde el acceso universal.
5. Evaluar los resultados de la propia práctica.
6. Aplicar el conocimiento de la estructura organizativa para la prestación óptima de servicios.
7. Colaborar en la planificación de la coordinación de la atención en todo el proceso continuo.
8. Iniciar y liderar iniciativas de mejora de la calidad a nivel individual, organizativo y de sistemas.

Dominio IV: Práctica basada en la evidencia.

1. Evaluar críticamente los hallazgos de la investigación y otras evidencias para informar la práctica y la política para resultados óptimos del paciente.
2. Participar en la práctica basada en la evidencia que analiza y aplica la investigación, las mejores prácticas y las pautas al tomar decisiones de salud.
3. Desarrollar e implementar estrategias que traduzcan evidencia en práctica y evalúen resultados.
4. Obtener y sintetizar evidencia de la práctica que contribuya al desarrollo del conocimiento y mejore los resultados del paciente.

Una vez establecidas las competencias básicas, se requiere la definición y desarrollo de las competencias específicas, lo que genera que en cada contexto puedan existir diferencias de acuerdo con las necesidades epidemiológicas y de salud (Bryant-Lukosius and Martin-Misener n.d.; Organización Mundial de la Salud 2013). Para lograr esto, se debe hacer un análisis profundo acerca de las competencias, funciones, e intervenciones que debe realizar este nuevo profesional para contribuir a atender las necesidades sanitarias de la población (Secretaría de Salud 2013).

Con el fin de poder definir las competencias específicas es necesario hacer una revisión exhaustiva de la información, por ejemplo, para el caso de México el desarrollo del Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada se basó en el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública, en el documento de Ampliación del Rol de las Enfermeras y Enfermeros en la Atención Primaria de Salud, en los lineamientos de operación de enfermeras y enfermeros en el primer nivel de atención de diferentes entidades federativas, y en artículos científicos de diferentes contextos internacionales, lo que llevo al establecimiento del Marco de Competencias organizado en 6 dominios y 68 competencias que resaltamos a continuación (Kopf et al. 2018; Lafuente-Robles et al. 2019; Organización Mundial de la Salud 2013; Sastre-Fullana et al. 2015; Stark 2020).

CURSO LATINOAMERICANO DE GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA
Módulo 3: Liderazgo en la Investigación de Enfermería

Tabla N° 1. Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada

Dominio	Cantidad de competencias
Dominio 1. Análisis de la situación de salud de su comunidad	10 competencias
Dominio 2. Gestión del cuidado	13 competencias
Dominio 3. Vigilancia y control de riesgos y daños en salud de su comunidad	15 competencias
Dominio 4. Promoción de la salud y participación social de la comunidad	11 competencias
Dominio 5. Planificación y gestión de la calidad en salud de la comunidad	10 competencias
Dominio 6. Liderazgo y colaboración interprofesional	9 competencias

Fuente: Elaboración propia

La implementación de competencias específicas en otros países también se ha realizado con base en la integración de las necesidades de salud de la población y en diferentes marcos referenciales (Freeman 1985; Hutchinson et al. 2014; Lafuente-Robles et al. 2019; Ministerio de Salud de España 2011; Tractenberg et al. 2019). Por lo que, dependiendo del contexto epidemiológico se establece el programa curricular para la formación de las EPA.

Las competencias que debe tener la EPA independientemente del contexto en el que se encuentre debe incluir experiencia clínica integral, liderazgo para el trabajo interprofesional, para la gestión de diversos mecanismos que le permitan brindar una atención adecuada y representatividad política, capacidad de investigación para el análisis y reporte de los hallazgos, así como uso adecuado de la tecnología (Tractenberg et al. 2019).

Adicionalmente, una EPA debe involucrarse en el contexto de su comunidad para el logro de las demandas en salud de los ciudadanos, respondiendo con una capacidad clínica de experta que le permita lograr la corresponsabilidad de la comunidad (Advanced Level Nursing: A Position Statement Title Advanced Level Nursing: A Position Statement 2010).

La satisfacción de los pacientes en la calidad de la atención recibida por la EPA es más elevada en comparación con la atención, debido a la capacidad de la toma de

decisiones clínicas (Advanced Level Nursing: A Position Statement Title Advanced Level Nursing: A Position Statement 2010).

Los programas educativos para la formación de los profesionales de EPA dependen del contexto epidemiológico y necesidades de la región, por lo que existen algunos programas que incluyen componentes de salud mental, lo que favorece la adquisición de nuevas habilidades técnicas, como la comunicación con los pacientes y con el resto del equipo de salud. Además, esto genera una práctica avanzada centrada en la persona al tener una buena comunicación para la negociación y determinar hallazgos claves para una mejor comprensión de la persona (An exploration of providing mental health skills_Chadwick_2019 n.d.)

Las habilidades de comunicación involucran destrezas para generar preguntas cruciales en la valoración, destinar el tiempo para la escucha activa y permitir que las personas expresen sus necesidades (An exploration of providing mental health skills_Chadwick_2019 n.d.). El desarrollo de habilidades relacionadas con la participación en evaluaciones holísticas detalladas y el análisis e interpretación de los hallazgos sobre el estado de ánimo, el riesgo y los pensamientos, incluido el comportamiento verbal y no verbal, respaldan la práctica avanzada (Advanced Level Nursing: A Position Statement Title Advanced Level Nursing: A Position Statement 2010).

Tabla N°2. Hallazgos de la efectividad de la EPA

Autor/ Título	Lugar/año	Hallazgos de la EPA reportados en la literatura
Sánchez-Martín Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico	San Sebastián, España/ 2013	1. Mejora el empoderamiento de las personas. 2. Detección oportuna de enfermedades y complicaciones. 3. Alianzas y gestión de casos adecuada.
Vitoria-Gasteiz. Proyecto estratégico n.º8: competencias avanzadas de enfermería.	Osakidetza, País Vasco / 2012	1. Mejora la continuidad de la atención desde el domicilio hasta la hospitalización. 2. Incluye a la familia para el cuidado y mejorar el estado en general
Padilla C. Desarrollo de prácticas avanzadas de enfermería en Andalucía.	Andalucía España/2010	Capacidad técnica para la prescripción de medicamentos y solicitud de parámetros clínicos

Heale R, Butcher M. Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation. Nursing Leadership	Canadá / 2010	1. Mejora de los procesos agudos 2. Disminución de los egresos hospitalarios por EC 3. Mayor número de casos detectados e ingresados a tratamiento por DM
Salisbury, C NHS walk-in centres	Inglaterra/2007	Mejora en los procesos de atención de problemas urinarios, erupciones, odinofagias y mialgias, problemas de estómagos, esguinces, accidentes e infecciones oculares, resfriados y gripes, entre otros

Fuente: elaboración propia

1.3 Guías de práctica clínica (GPC) como soporte de la EBE

La EBE tiene como objetivo facilitar la inclusión de la evidencia científica en las decisiones clínicas y de salud y la toma de decisiones acorde a lo estudiado o reportado por la literatura o evidencia científica; en 1997 con esta finalidad se celebraron las primeras conferencias nacionales e internacionales sobre EBE (Reino Unido); un año después (1998) se inició la publicación revistas como: Evidence Based Nursing y Outcome Management for Nursing Practice; además de la creación de los centros de Evidence Based Nursing.

La EBE se puede considerar como un camino y una estrategia para que la investigación apoye y respalde la práctica; así mismo, la EBE puede conceptuar o definirse como la búsqueda sistemática basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de las enfermeras con una perspectiva o enfoque reflexivo e interpretativo (Alberto, Olvera, & Amezcua, 2005). Es de esclarecer que la EBE nació de la medicina basada en evidencia (MBE); sin embargo, es diferente del enfoque médico puesto que por lo general en este, los ensayos clínicos controlados son evidencia para la medicina; mientras que para la enfermería el objeto de análisis se basa o gira en torno al cuidado del usuario y la respuesta humana al mismo; es así, como, la evidencia generada en enfermería se está construyendo a partir del doble paradigma de tipo cualitativo y/o cuantitativo, además de la combinación del mismo, teniendo en cuenta que estas visiones son complementarias y favorecen la comprensión mejor de la realidad del paciente como ser humano el cual está rodeado e interactúa con su familia, comunidad y sociedad. La investigación cualitativa destapa nuevas realidades en las que la enfermería puede comunicarse y aportar soluciones (Miguel & Asencio, 2016).

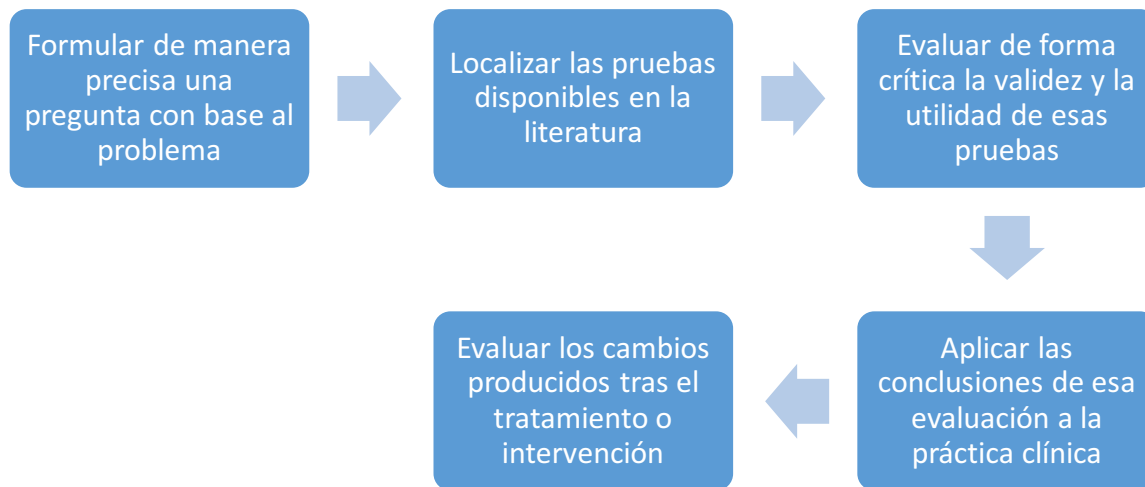
Los principios básicos de la EBE según Alberto, Olvera, & Amezcua, (2005) son cinco:

1. Crear una cultura del cambio en torno a la evidencia científica disponible y publicada.
2. Estudiar y conocer cuestiones relacionadas con la práctica de enfermería desde la perspectiva de la evidencia científica y no solamente empírica.
3. Aunar esfuerzos alejados y/o dispersos con el objetivo de mejorar la problemática de la enfermería en torno a la atención y cuidado del paciente desde un enfoque holístico.
4. Divulgar los principios, hallazgos e instrumentos entre otros, de la enfermería basada en evidencias científicas disponibles.
5. Compartir perspectivas y conocimientos con grupos e investigadores de enfermería.

Según el mismo autor, la EBE es sistemática para obtener información, cualquier enfermera puede acceder al conocimiento y/o evidencia generado por la profesión y hacerlo práctico en la clínica a fin de tomar decisiones acordes a los conocimientos disponibles y actualizados; el uso de la EBE, supone y propone un cambio de paradigma empírico-analítico o postpositivista, de una enfermería basada en la obediencia (modelo médico), a una enfermería basada en la conciencia y la comprensión del entorno del cuidado de la salud de los seres humanos (modelo enfermero).

La enfermería aplica el modelo científico a la práctica asistencial de sus cuidados a través del PAE (Proceso de Atención de Enfermería), permitiendo prestar cuidados de forma racional, sistemática, continua, realista y, sobre todo, basado en evidencias científicas disponibles. Conectado a esto la EBE concibe la solución problemas, dudas o interrogantes que suscita un caso según los siguientes pasos.

Imagen N° 3. 5 pasos para el desarrollo de la EBE



Fuente: Modificado de (Domínguez, 2013).

Al formular la pregunta debe estar planteada en términos claros y precisos, con la intención de buscar respuestas validas, aproximándose a la realidad con una aplicabilidad clínica, allí pueden usarse métodos como el PICO, SPICE o ECLIPSE. Luego de ello la búsqueda de literatura es primordial en un periodo estimado mínimo de 3 a 5 años en bases de datos bibliográficas, tesis y otros textos.

Ya con la información recolectada se realiza una valoración crítica de acuerdo a los parámetros de selección, los niveles de evidencia con sistemas como GRADE, SIGN, OCEBM, y el tener en cuenta el evento a estudiar abordándolo desde el paradigma cuantitativo y/o cualitativo. Para la aplicación de la intervención se debe tener en cuenta los riesgos, beneficios, expectativas, preferencias del paciente y sus necesidades. El instrumento para la aplicación de la evidencia científica lo tenemos a través de las Guías de Práctica Clínica (GPC). Finalmente evaluar los cambios mejorar en los cuidados y resultados de salud de los pacientes, esto se logra si se modifica la práctica clínica diaria basándola en la mejor evidencia científica que puede mejorarse con la misma práctica.

La producción del conocimiento enfermero se encuentra en la investigación, pero en la investigación publicada en bases de datos, revista, journals en medio físico o digital (medios electrónicos), el conocer donde se encuentra la mejor evidencia permite realizar guías de práctica clínica GPC entre otros; estas últimas son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de acuerdo a metodologías de búsqueda sistemática, valoración crítica, análisis y síntesis de la mejor evidencia científica disponible para orientar a los profesionales-personal en salud, gestores, administradores y a los pacientes en la toma de decisiones adecuadas y oportunas sobre la atención sanitaria más apropiada para las distintas opciones de prevención,

detección de la enfermedad (tamizaje, diagnóstico), tratamiento y/o seguimiento de un problema de salud o una condición específica (López-Morales, A. B., et al, 2015).

Las guías se utilizan estas para ayudar al personal de enfermería en las decisiones en torno al cuidado eficaz de determinadas enfermedades o condiciones de salud de la población (López-Morales, A. B., Torres-Arreola, L. D. P., Viniegra-Osorio, A., Dávila-Torres, J., & González-Izquierdo, 2013); resulta útil distinguir diferentes tipos de GPC, dependiendo del fundamento en que se basan sus recomendaciones de García M, (2003) propone GPC basadas en: *primero la opinión de expertos, segundo el consenso y en tercer lugar la evidencia* (Vales, E. C., de la Blanca, E. B. P., & Ribas, 2005).

Para la evidencia la metodología empleada en su elaboración se realiza de forma sistemática, explícita y reproducible, es decir con la posibilidad de volverla hacer siguiendo las indicaciones, siguiendo unos determinados pasos que garantizan la reproducibilidad (Carmona Clavijo et al., 2018), unos de los propósitos que el apunta la GPC son: mejorar el estado de salud, lograr la sostenibilidad del sistema y responder a la expectativa de la población.

Imagen N° 4. Ventajas e inconvenientes de las guías de práctica clínica (GPC).



Fuente: tomado de (Morales Asencio et al., 2003; Vales, E. C., de la Blanca, E. B. P., & Ribas, 2005) modificado por el autor.

1.4 GPC de Enfermería (GPCE)

Las GPCE hace alusión a un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura, cuyo objetivo es el de orientar al gestor y profesional del cuidado de la salud, además del usuario de los servicios de salud, llevando a mejorar la toma de decisiones para una atención segura, eficiente y con calidad (Secretaría de Salud, 2013).

Es de aclarar que estas (GPCE) son diferentes de los protocolos clínicos (PC), ya que estos últimos (PC) son documentos definidos por una secuencia lógica de actividades a desarrollar frente al abordaje de las situaciones de salud (Vales, E. C., de la Blanca, E. B. P., & Ribas, 2005; Secretaría de Salud, 2013).

CURSO LATINOAMERICANO DE GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA
Módulo 3: Liderazgo en la Investigación de Enfermería

Tabla N°3. Diferencias entre GPCE y los PC

GPCE	PC
Reduce y/o minimiza la variabilidad de la práctica clínica.	Se enfoca en áreas específicas de desempeño.
Mejora la calidad de atención a la salud.	Aborda situaciones de carácter normativo-administrativo para la generalización de procesos.
Estandariza las prácticas de cuidado.	Genera procesos operativos en la atención del paciente.
Emite recomendaciones clínicas fundamentadas en la EBE de manera actualizada teniendo en cuenta la literatura actualizada y disponible.	Aborda problemas de forma multidisciplinaria; estableciendo el paso a paso de procedimientos.
Valora beneficios y riesgos de las opciones asistenciales alternativas.	Define y racionaliza los recursos necesarios.

Fuente: tomado de (Vales, E. C., de la Blanca, E. B. P., & Ribas, 2005; Secretaria de Salud, 2013).

Tabla N°4. Aspectos diferenciales entre las GPCE y los PC.

Ítems	GPCE	Protocolo clínico o consenso
Grupo elaborador	Multidisciplinar	Unidisciplinar
Revisión de la literatura en enfermería.	Exhaustiva y sistemática, siguiendo o no un protocolo.	Ausente o no sistemática
Evaluación de la calidad de los estudios incluidos	Disponible	Ausente.
Niveles de evidencia	Disponibles según una escuela o método.	Ausentes.
Recomendaciones ligadas a los niveles de evidencia	Disponibles.	Ausentes.
Revisión externa	Multidisciplinar.	Ausente.

Fuente: tomado de Alonso P. y Bonfil X., (2007) (Secretaria de Salud, 2013).

Dando mayor claridad a continuación nos permitimos compartir algunos procesos básicos para realización de GPC.

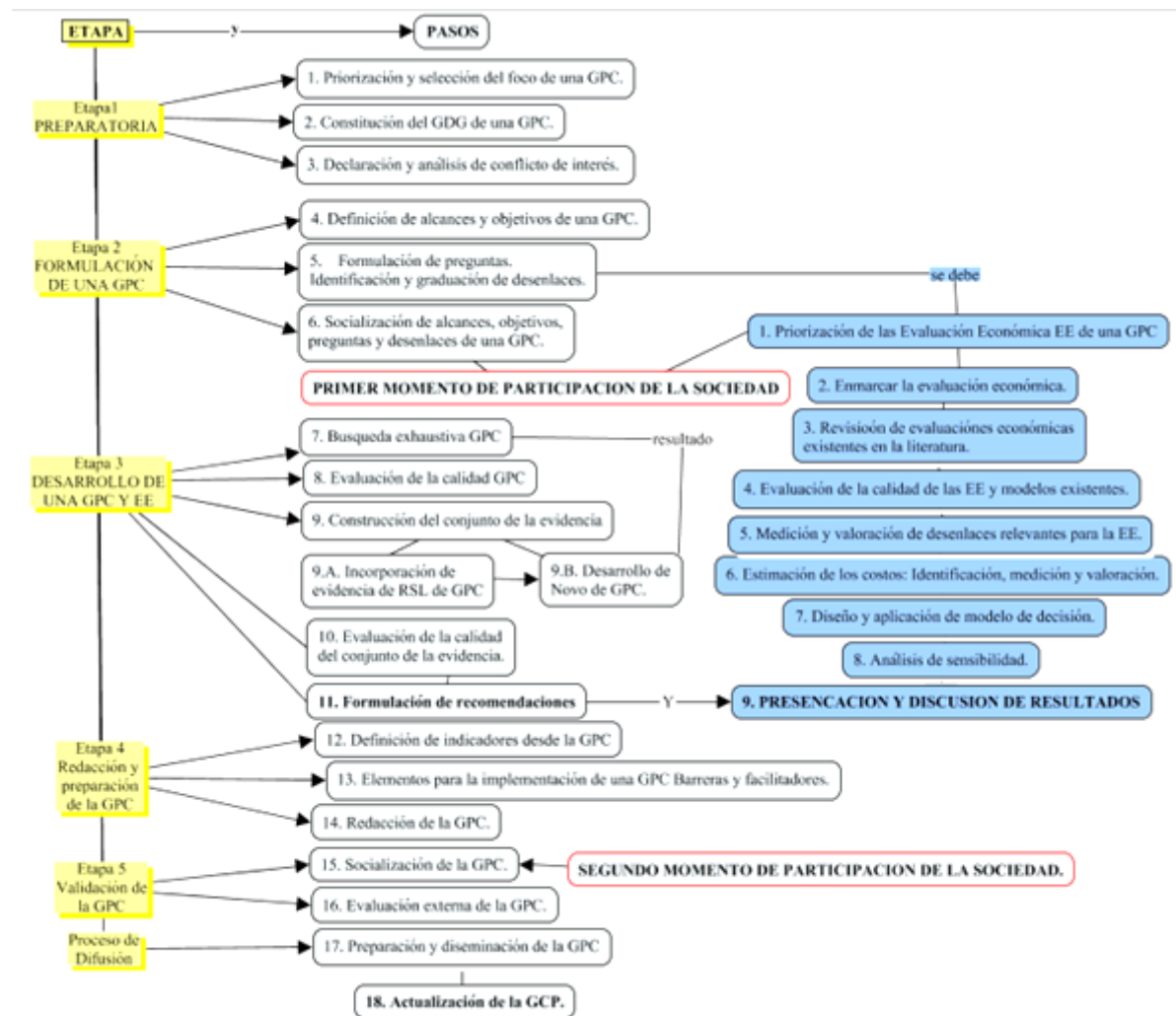
Imagen N° 5. Pasos para realización de GPC



Fuente: Modificado de (Morales Asencio et al. 2003).

También se muestran en 5 etapas discriminadas para la realización de GPC de manera general, en el esquema tomado del Ministerio de Salud Colombiano.

Imagen N° 6. Pasos para realización de GPC - Caso Colombiano



Fuente: tomado de (Ministerio de Salud, 2018)

Existe suficiente evidencia que el incremento de los roles de enfermería permite avanzar en la meta de la Cobertura Universal de Salud y la Atención Primaria de Salud. Debido a que mejora los resultados de salud para poblaciones de pacientes desfavorecidos, complejos y difíciles de alcanzar (por ejemplo, indígenas, personas sin hogar, inmigrantes, ancianos, personas con capacidades diferentes y/o alteraciones mentales, niños y jóvenes en riesgo y aquellos que viven en comunidades rurales) al aumentar el acceso a una atención especializada.

-Además, los roles ampliados reducen la carga de enfermedades crónicas logrando un mejor equilibrio en la prestación de servicios y la reducción de complicaciones agudas y crónicas, mediante la continuidad de la atención, propicia servicios comunitarios y de atención domiciliaria para satisfacer las necesidades de las

personas. Reducen las muertes fetales y maternas al llevar un control prenatal estandarizado.

Por otro lado, el fortalecimiento de la profesión de enfermería a través de un mayor acceso a la educación de posgrado, liderazgo y oportunidades de ascenso profesional. Así como mejorar el reclutamiento y la retención de enfermeras a través de la educación, el asesoramiento y la tutoría en el punto de atención.

La atención centrada en el paciente corresponde un nuevo reto para todas las profesiones de la salud que debe generar dinámicas nuevas desde la prestación de servicios de salud vinculadas a la atención y para las instituciones educativas que forman dichos miembros del equipo de salud incorporando a sus currículos este enfoque en la formación de profesionales

Referencias bibliográficas

Department of Health. (2010). Advanced level nursing: a position statement. Recuperado de www.dh.gov.uk.

Canadian Nurses Association. (2019). Advanced practice nursing: a pan-Canadian framework. *Ottawa: Canadian Nurses Association*. Recuperado de <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/apn-a-pan-canadian-framework.pdf>

Alcántara, A., Estacio, M y Martínez, M, (2018). Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente en el manejo de los síntomas del tracto urinario inferior por hiperplasia benigna de próstata en Atención Primaria. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 44 (8), 527-529. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.002>.

Chadwick, A., & Murphy, N. (2019). An exploration of providing mental health skills in a generic advanced clinical practice programme. *British Journal of Nursing*, 28(13), 842-847.

Agreli, Heloise Fernandes, Peduzzi, Marina, & Silva, Mariana Charantola. (2016). Atención centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 905-916. Epub 13 de maio de 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>

Becker, D., et al. (2020). Practice Analysis: Adult Gerontology Acute Care Nurse Practitioner and Clinical Nurse Specialist. *American Journal of Critical Care* 29(2), e19–e30.

World Health Organization. (2015). Health workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health.

Carvajal EY, Sánchez-Herrera B. (2018). Los modelos de enfermería aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. *Arch Med (Manizales)* 18(1), 86-96. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.1701.2018>.

Chernitzer, D., & Gustin, T. S. (2020). Evaluating Advanced Practice Nurses' Knowledge and Use of Electronic Consultations. *Journal for Nurse Practitioners*, 16(2), 151–153.

Gutierrez-Rodriguez R. et al. (2019). Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enfermería Clínica*, 29(6), 328-335. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862119303729>

Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General de Normatividad, et al. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud,

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2018) [Internet]. 2013. Recuperado de www.cpe.salud.gob.mx

Freeman, H. R., & Infantil, O. P. D. S. M. (1985). *La prevalencia y uso de métodos anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Heale, R., & Butcher, M. (2010). Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23(3), 21-29.

Honig, J., Doyle-Lindrud, S., & Dohrn, J. (2019). Moving towards universal health coverage: advanced practice nurse competencies. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27.

Hutchinson, M., East, L., Stasa, H., & Jackson, D. (2014). Deriving consensus on the characteristics of advanced practice nursing: meta-summary of more than 2 decades of research. *Nursing research*, 63(2), 116-128.

Jean, E., Sevilla Guerra, S., Contandriopoulos, D., Perroux, M., Kilpatrick, K., & Zabalegui, A. (2019). Context and implementation of advanced nursing practice in two countries: An exploratory qualitative comparative study. *Nursing Outlook*, 67(4), 365–380. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.002>

Kopf, R. S., Watts, P. I., Meyer, E. S., & Moss, J. A. (2018). A Competency-Based Curriculum for Critical Care Nurse Practitioners' Transition to Practice. *American Journal of Critical Care*, 27(5), 398-406.

Lafuente-Robles, N., et al. (2019). Competential development of nurses in the public health system of Andalucía. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(2), 83-89.

Ministerio de Salud de España. (2011). Proyecto Estratégico 8: Competencias Avanzadas de Enfermería. España.

Moreno, ME. (2016) *De la teoría de enfermería a la práctica* (1ª. ed.). Bogotá: Universidad de La Sabana.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Competencias Esenciales de Salud Pública: Un Marco Regional Para Las Américas*. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud. (2016), abril 7-9. *La cumbre de enfermería de práctica avanzada: Desarrollando competencias de enfermería de práctica avanzada en Latinoamérica para contribuir a la salud universal*. School of Nursing, Michigan, EEUU.

Sánchez-Martín, C. Inmaculada. (2014). Cronicidad y Complejidad: Nuevos roles en enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y Paciente Crónico. Enfermería Clínica* 24(1): 79–89.

Sastre-Fullana, P. et al. (2015). Consenso Sobre Competencias para la Enfermería de Práctica Avanzada en España." *Enfermería Clínica* 25(5), 267–75.

Sastre-Fullana, P. et al. (2017). Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): Clinimetric Validation. *BMJ Open* 7(2).

Sastre-Fullana, P., et al. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*, 25(5), 267-275.

Secretaría de Salud. (2013). *Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada*. Ciudad de México. Recuperado de www.cpe.salud.gob.mx.

Sevilla-Guerra, S., & Zabalegui, A. (2019). Analysis instruments for the performance of Advanced Practice Nursing. *Enfermería Clínica*, 29(2), 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.002>

Smith MJ, Liehr PR. *Middle Range Theory for Nursing*. Fourth Edition. (2018). Springer Publishing Company.

Stratford, M. (2018). *Welcome to Mendeley: Quick Start Guide*.

Stark, P. (2020). Advancing Complex Case Management Competencies in a Health Care System. *Professional case management*, 25(1), 19-25.

Torres-Ospina, J., Vanegas-Díaz, C., Yepes-Delgado, C. (2016). Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 190-201. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.acpf>

Hernández, E. A. T., & Gurrión, L. A. M. (2017). Enfermería de practica avanzada: una opción para el fortalecimiento profesional de la enfermería ante la vejez. *Tlatemoani: revista académica de investigación*, 8(25), 31-42. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/index.htm>

Hernández, E. A. T. & Martínez L.A. (2017). Enfermería de práctica avanzada: una opción para el fortalecimiento profesional de la enfermería ante la vejez. *Revista académica de investigación*. Volumen (25), 1-12. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/25/enfermeria.pdf>

Tractenberg, R. E., et al. (2019). A developmental trajectory supporting the evaluation and achievement of competencies: Articulating the Mastery Rubric for the nurse practitioner (MR-NP) program curriculum. *PloS one*, 14(11), e0224593.

Xu, C., Xie, H., Zhou, Z., Govindasamy, A., Mao, R., & Chan, Y. H. (2020). Advanced practice nurses led clinic in a psychiatric hospital: An outcome evaluation in Singapore. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 129–133. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.03.003>

Zaccagnini, M., & Pechacek, J. M. (2019). *The doctor of nursing practice essentials: A new model for advanced practice nursing*. Fourth edition. Jones & Bartlett Learning.

