



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: “AUTONOMÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL- HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2021”.

Trabajo de Grado, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTORA: Cindy Nicole Minda Lastra

TUTORA: Dra. María Fernanda Valle Ph. D.

Ibarra-2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis titulada "AUTONOMÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL- HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2021" de autoría de Cindy Nicole Minda Lastra para obtener el título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de Julio del 2021

Lo certifico:



Dra. María Fernanda Valle Ph.D.

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003117536		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Minda Lastra Cindy Nicole		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Hualcopo Duchicela y Huaca		
EMAIL:	cnmindal@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	062652856	TELÉFONO MÓVIL:	0959847317
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	"AUTONOMÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL- HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2021"		
AUTOR (ES):	Minda Lastra Cindy Nicole		
FECHA:	2021-08-17		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Dra. María Fernanda Valle. Ph. D		

CONSTANCIA

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se desarrolló sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 17 días del mes de Agosto del 2021

LA AUTORA



Minda Lastra Cindy Nicole

C.I: 1003117536

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCSS – UTN

Fecha: Ibarra, ... de Julio del 2021

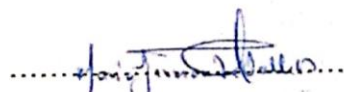
CINDY NICOLE MINDA LASTRA, "AUTONOMÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL - HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2021" TRABAJO DE GRADO, Licenciatura en Enfermería, Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, 17 de Agosto del 2021.

DIRECTORA: Dra. María Fernanda Valle. Ph. D.

El principal objetivo principal de la presente investigación fue Establecer la autonomía del personal de enfermería durante su ejercicio profesional en el Hospital San Vicente de Paúl 2021. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar socio-demográficamente a la población estudio, Identificar la aplicación de actividades de cuidado del personal de enfermería y Determinar la aplicación de actividades operacionales del personal de enfermería.

Fecha: Ibarra, 17 de Agosto del 2021



Dra. María Fernanda Valle. Ph. D

Directora



Cindy Nicole Minda Lastra

Autora

DEDICATORIA

El presente trabajo dedicó a Dios por darme la oportunidad de alcanzar una de mis metas, además de darme la fuerza para seguir adelante día a día y brindarme grandes oportunidades para lograr mis objetivos de la mano de mis seres queridos. A mis padres por brindarme su apoyo incondicional, por brindarme los recursos necesarios para cursar mis estudios, así como por la paciencia y amor que me han brindado, además de enseñarme valores y principios que me han servido para seguir adelante a pesar de las adversidades y contribuyen a que sea una mejor persona cada día.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte y a la Carrera de Enfermería por haberme permitido ser parte de esta prestigiosa institución y haber logrado convertirme en profesional de esta noble carrera como lo es la enfermería. Especialmente a mi tutora Ph.D. María Fernanda Valle por haberme guiado durante el proceso de elaboración del trabajo de tesis, por su valioso tiempo y trabajo. Agradezco a Dios y a mis padres que hicieron posible uno de mis sueños, y alcanzar un objetivo más, por su incansable apoyo y por su esfuerzo diario por nuestro bienestar.

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.....	II
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	III
CONSTANCIA	IV
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT	XII
TEMA	XIII
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos.....	5
1.3.1 Objetivo General	5

1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 Preguntas de Investigación	6
CAPÍTULO II.....	7
2. Marco Teórico	7
2.1. Marco Referencial	7
2.2. Marco Contextual	15
2.3. Marco Conceptual	18
2.4 Marco Legal y Ético.....	36
CAPÍTULO III.....	45
3.1. Diseño de la Investigación	45
3.2. Tipo de Investigación.....	45
3.3 Localización y Ubicación del Estudio	46
3.4. Población.....	46
3.4.1. Universo	46
3.4.2. Muestra	46
3.5. Operacionalización de Variables	48
3.6. Métodos de recolección de información	55
3.7. Análisis de datos	56
CAPÍTULO IV	57
4. Resultados de la Investigación	57

4.1. Características Sociodemográficas	57
4.2 Actividades Asistenciales de cuidado ejecutadas por el personal de enfermería.....	59
4.3 Actividades Operacionales ejecutadas por el personal de enfermería	60
CAPÍTULO V	64
5. Conclusiones y recomendaciones	64
5.1 Conclusiones.....	64
5.2. Recomendaciones.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS	71
Anexo 1: Oficio dirigido al Gerente del Hospital.....	71
Anexo 2. Abstract	72
Anexo 3. Análisis Urkund.....	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de Variables.....	48
Tabla 2. Características Sociodemográficas	57
Tabla 3 Actividades Asistenciales	59
Tabla 4 Actividades Operacionales.....	61

RESUMEN

Autonomía del Personal de Enfermería en la Práctica Asistencial - Hospital San Vicente De Paúl 2021.

Autora: Cindy Nicole Minda Lastra

cnmindal@utn.edu.ec

La autonomía profesional en el personal de enfermería representa una característica fundamental para brindar cuidados de calidad.

Objetivo establecer la autonomía del personal de enfermería durante su ejercicio profesional. Metodología: diseño de abordaje cuantitativo de tipo transversal y descriptivo. La población de estudio incluyó 139 profesionales de enfermería del hospital San Vicente de Paúl, se aplicó bajo criterios éticos el cuestionario denominado “Autonomía del Personal de Enfermería” de la autora Mary Blegen.

Resultados: las actividades de cuidado que predominan dentro de la dimensión de autonomía son las siguientes: enseñanza sobre las actividades de autocuidado (68%), toma de decisiones sobre el manejo del dolor (58%) y la decisión de la aplicación de los cuidados (50%). En cuanto a las actividades operacionales, predomina el desarrollo y la revisión de procedimientos de la unidad con un 50%, seguido de la participación en la visita médica con un 42%. Se concluye que la autonomía enfermera es aplicada en mayor porcentaje en actividades asistenciales de cuidado directo del paciente, a diferencia de las actividades operacionales.

ABSTRACT

Autonomy of Nursing Staff in Care Practice-Hospital San Vicente De Paul 2021.

Author: Cindy Nicole Minda Lastra

cnmindal@utn.edu.ec

Professional autonomy in nursing personnel is a critical feature for providing high-quality care. Objective: to establish the autonomy of nursing staff during their professional practice. Methodology: design of a quantitative, cross-sectional, and descriptive approach. The study population included 139 nursing professionals from the San Vicente de Paul Hospital, and the “Nursing Staff Autonomy” questionnaire by Mary Blegen which was applied under ethical criteria. Results: the care activities that predominate within the autonomy dimension are the following: teaching about self-care activities (68%), decision-making on pain management (58%), and decision on the application of care (50%). In terms of operational activities, 50 percent of the sample engaged in the formulation and revision of unit procedures, followed by 42 percent who participated in a medical visit. In conclusion, compared to operational tasks, nursing autonomy is used in a higher percentage of direct patient care activities.

TEMA: “AUTONOMÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 2021”

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

Podemos definir a la autonomía de enfermería como la actuación libre y voluntaria basada en el conocimiento y la responsabilidad. A través del tiempo la profesionalización del cuidado esta ha sufrido una serie de cambios y avances desde el inicio de su ejercicio hasta la actualidad (1).

La consideración con respecto a la autonomía en enfermería es un tema controversial cuestionado principalmente desde la bioética, que expresa la necesidad de la existencia y trascendencia de este principio en el ejercicio profesional del personal de enfermería sin que la misma interfiera en la protección de los derechos de los pacientes, en la toma de decisiones basada en valores y el respeto por las personas (2).

Antiguamente la disciplina de enfermería se caracterizaba de una concepción religiosa, docilidad, obediencia absoluta a las ordenes médicas y el respeto total a los rangos de poder. Consecuentemente se derivó la aplicación de la técnica en la enfermería para transformarse en cuidados profesionales. Se implementó la práctica basada en el conocimiento científico y guiado por la investigación, además de diferentes conceptos, orientaciones, paradigmas y enfoques sustentados por modelos y teorías (3).

Sin embargo, el desarrollo autónomo sigue limitado en la realización de diversas prácticas enfermeras, por distintas razones como su ideación profesional y por la identidad social asumida y asignada pese a tener un pensamiento crítico basado en el estudio de su disciplina (4).

A pesar de los avances en la preparación de las enfermeras, el ejercicio profesional no ha sufrido cambios suficientes en las funciones a nivel hospitalario. Las funciones interdependientes y dependientes del personal de enfermería mantienen un porcentaje elevado de actividades están sometidas a la prescripción u opinión del personal médico, por lo que a fin de que un argumento influya sobre la decisión médica o interdisciplinar es necesario que la enfermera se haya ganado un espacio importante en la unidad que desempeña sus labores (4).

Con el objetivo de mejorar y aumentar la autonomía en la práctica asistencial en los últimos años, en los países latinoamericanos se ha integrado la aplicación del Proceso De Atención De Enfermería (PAE), como método científico en la aplicación del cuidado, basado en NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), sin embargo, se identificó la dificultad de su implementación debido al nivel de complejidad y la resistencia a las propuestas de cambio (5).

En el Ecuador la percepción de la autonomía se ha visto afectada por la pérdida de espacios en la aplicación de distintos procedimientos propios del personal de enfermería, ya que dichos cuidados son realizados por otros

miembros del equipo de salud, además de la dificultad de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como herramienta científica.

1.2 Justificación

La autonomía es una de las características más importantes en el ejercicio de la enfermería, ya que representa un eje fundamental para garantizar la calidad del cuidado. En este sentido, el análisis de los componentes de la autonomía profesional es de relevancia científica para la disciplina, por cuanto constituye una herramienta para la toma de decisiones en el rol profesional.

El estudio se enfocó en la recolección de datos sobre la aplicación de distintas actividades asistenciales de cuidado y operacionales basadas en la autonomía enfermera durante su ejercicio laboral.

El aporte social de la investigación se relacionó con el Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida con respecto al “Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” mismo que pertenece al “Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida”

En base a la proyección del estudio se estableció su viabilidad, puesto que se contó con los recursos para llevarla a cabo. Además, se obtuvo la autorización del gerente del “Hospital San Vicente de Paúl” para realizar el estudio. Los profesionales de enfermería otorgaron el consentimiento para su participación.

El desarrollo de la indagación tuvo como beneficiarios directos al personal de enfermería, las diferentes escuelas de enfermería, además, los estudiantes en formación fueron identificados como beneficiarios indirectos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Establecer la autonomía del personal de enfermería durante su ejercicio profesional en el Hospital San Vicente de Paúl 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente a la población estudio.
- Identificar la aplicación de actividades de cuidado del personal de enfermería
- Determinar la aplicación de actividades operacionales del personal de enfermería.

1.4 Preguntas de Investigación

- ¿Qué características sociodemográficas posee la población de estudio?
- ¿Qué actividades de cuidado aplica el personal de enfermería?
- ¿Qué actividades operacionales aplica el personal de enfermería?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Nivel de autonomía de enfermeras en la práctica pediátrica. Una experiencia chilena. Triviño Vargas, Pedro; Barría, Marcela. Valdivia, Chile 2016.

La autonomía aplicada al ejercicio profesional ha sido investigada en múltiples ocasiones, particularmente en enfermería se ha demostrado un alto nivel de interés por su aplicación y desarrollo en la práctica del cuidado. Las distintas reflexiones sobre este tema en particular comparten en la relación de la motivación y satisfacción que han manifestado las enfermeras al ejercer autonomía, misma que han logrado aplicar de acuerdo con los años de servicio en la institución, así como a los conocimientos científicos para la toma de decisiones. El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de autonomía de las enfermeras pediátricas en la práctica asistencial (6).

La metodología usada en el estudio fue de tipo transversal, observacional y analítico, aplicado a una población de 31 enfermeras del área de pediatría del hospital de Valdivia, Chile. Se aplicó el cuestionario de autonomía de enfermería, previamente traducido y adaptado por expertos, además de la adecuación de preguntas cerradas sobre diversas características sociodemográficas. La determinación del nivel de autonomía en actividades de cuidado y operacionales se realizó mediante escalas de Likert de 5 puntos (6).

Entre los resultados se evidenció que la población de estudio estuvo conformada totalmente (100%) por personas de sexo femenino, La edad promedio fue 33 años, entre 23 y 59. En relación con antigüedad laboral el mayor porcentaje se presentó entre 0 y 6 años (12/31; 38.7%). Con respecto a la formación académica se identificó que la mayoría (58.1%) no contaba con estudios adicionales a los de pregrado. De acuerdo con los resultados del cuestionario aplicado se evidenció que el mayor nivel de autonomía se encuentra en actividades de promoción y prevención de la salud en un 96.8%, así como en el desarrollo de procedimientos y protocolos, pero en menor porcentaje en actividades administrativas, así se determinó que el nivel de autonomía está directamente asociado a la edad y el tiempo de labor desarrollado en unidades pediátricas (6).

Como conclusiones se identificó que existe variabilidad en la autonomía según el rol desempeñado en el área. Se constató que las actividades de tipo asistencial poseen mayor independencia en su aplicación a diferencia de las acciones administrativas que muestran niveles elevados de dependencia (6).

2.1.2. Productividad de la subjetividad y autonomía de los profesionales de enfermería en pediatría. Portella Ribeiro, Juliane; Calcagno Gomes, Giovana; Soares Mota, Marina; Daiane Silva, Camila; Boeira Fuculo, Paulo Roberto. Brasilia, Brasil 2019.

El dominio y la subordinación interfiere en el proceso de la toma de decisiones del personal de enfermería, evitando la libre actuación en el momento de cuestionar, ejercer libremente la autonomía, así como, el ocupar un lugar

relevante en el equipo multidisciplinario de salud, interfiriendo en el desarrollo de la atención integral y humanizada, puesto que reduce la posibilidad de intervenir y compartir las decisiones en el cuidado de los pacientes. El objetivo planteado de esta investigación fue conocer los aspectos subjetivos y la autonomía de los profesionales de enfermería de las áreas de pediatría (7).

Se realizó un estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo. La investigación se realizó en dos hospitales universitarios en las áreas de pediatría. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 44 participantes que incluyeron a 20 pacientes, 20 profesionales de enfermería y 4 miembros del personal administrativo de las unidades pediátricas (7).

Como resultados de la investigación se evidenció que en cuanto a los usuarios en su totalidad son de sexo femenino, se identificó que el grupo etario predominante fue de 19 a 29 años (60%), con respecto al estado civil se manifestaron 10 solteros, 7 casados y 3 divorciados. El grupo de profesionales de enfermería estudiado estuvo compuesto por 18 hombres y 2 mujeres, de acuerdo con la antigüedad laboral existe un promedio de 7 años, se determinó que el 100% posee formación académica en enfermería. En referencia a la subjetividad y autonomía los enfermeros manifestaron que se ven influenciados por el entorno laboral, la subordinación jerárquica y el perfil profesional y personal en el área de pediatría (7).

Basado en los resultados obtenidos se concluyó que existe la necesidad de la valoración hacia el equipo de enfermería puesto que su integración en el equipo multidisciplinario contribuiría de manera positiva al mejoramiento de

los planes de tratamiento, y a la superación de las debilidades existentes en las áreas de pediatría (7).

2.1.3. Autonomía profesional y enfermería: representaciones de profesionales de la salud. dos Santos, Erick Igor; Rayanne Alves, Yasmin; Cerqueira Santos, Aline; Tosoli Gomes, Antonio Marcos. Rio de Janeiro, Brasil 2017.

La autonomía en la enfermería se manifiesta de manera compleja, de modo que la necesidad de indagación más detallada sobre el tema proviene de la realidad actual del ejercicio profesional de los enfermeros en las áreas hospitalarias, misma que se ha desarrollado progresivamente de acuerdo con las exigencias, avances científicos y tecnológicos a los que están sometidos, sin embargo, aún se evidencia un gran porcentaje de actividades basadas en el modelo biomédico. La finalidad del presente estudio es determinar la autonomía profesional del personal de enfermería y la percepción de profesionales de la salud no enfermeros (8).

Es un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. La investigación fue realizada en el hospital público municipal de Río de Janeiro, Brasil. Para la determinación de la muestra se tomó en cuenta a la totalidad de profesionales de enfermería de cada área, además de un total de 53 participantes no enfermeros, el método de recolección de datos utilizado fue la aplicación de la técnica de evocaciones libres en el sitio de trabajo (8).

Los resultados de la investigación reflejaron que el 75% de la población estudiada son mujeres, además se reflejó que el rango de edad predominante fue de 25 a 34 años (41.5%). Del total de la población estudiada el 69.8% manifestó haber recibido atención por parte de enfermeras y el 56.5% obtuvo información sobre la enfermería fuera del ámbito profesional. Con referencia a la interrogante sobre si el personal de enfermería tiene autonomía profesional el 60.4% respondió que sí, mientras que el 39.6% declaró que no (8).

Se concluyó que la representación social de la enfermería autónoma para profesionales de salud que no son enfermeros estuvo centrada en la percepción del cuidado, el desarrollo y desenvolvimiento en equipo, así como la responsabilidad demostrada (8).

2.1.4. Autonomía de la enfermera en atención primaria: de las prácticas colaborativas a la práctica avanzada. Guisardi Pereira, Juliana; de Campos Oliveira, María Amelia. São Paulo, Brasil 2018.

Durante el ejercicio profesional del personal de enfermería de Atención Primaria de Salud, la autonomía es desarrollada bajo la regulación de disposiciones legales, principalmente por la Política Nacional de Atención Primaria. Pese a esto se ha demostrado una brecha entre la realización de actividades prescritas y el trabajo real que cumplen el personal de enfermería diariamente, puesto que el predominio del modelo de atención biomédico interfiere en el desarrollo de la autonomía técnica de enfermería. El objetivo de la investigación fue verificar la manera en la que las enfermeras de atención

primaria de salud identifican su nivel de autonomía en su trabajo diario y como la misma es percibida por los demás miembros del equipo multidisciplinario de salud (9).

Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a una población compuesta por 27 enfermeras y 10 profesionales de salud del municipio de São Paulo (9).

Los hallazgos revelaron que en cuanto a las características sociodemográficas el 85% del personal de enfermería son mujeres, el promedio de edad fue de 35 años. De estos el 96.2% manifestó tener estudios de posgrado. Con relación a los profesionales de salud no enfermeros se identificó que el 75% de participantes eran mujeres, con una edad promedio de 38 años. De acuerdo con los resultados obtenidos de las entrevistas surgieron categorías empíricas sobre la autonomía, misma que podía ser: posible, es decir, aquella que se puede ejercer dentro del rango de las competencias profesionales; dictada por protocolos, se refiere a la actuación basada en herramientas científicas y el marco legal; por último la subordinación técnica al trabajo del equipo médico (9).

Se concluyó que debido a la ampliación de competencias atribuidas al personal de enfermería de Atención Primaria de Salud se aumentó las fronteras en el equipo multidisciplinario de salud. De esta manera, se ha identificado la necesidad de adquirir y desarrollar habilidades con la finalidad

de mantener el empoderamiento de la profesión enfermera en la vía del desarrollo en el ámbito laboral (9).

2.1.5. La Autorregulación: Un Avance Hacia La Autonomía De Enfermería. Galdames Cabrera, Luz; Cruz Enders, Bertha; Pavez Lizarraga, Amaya. Santiago de Chile. Chile 2019.

La profesión de enfermería desde sus inicios ha buscado obtener una identidad y definición de sus competencias y acciones en el ámbito de la salud y sobre todo en el cuidado de los pacientes, con la finalidad de reflejar su actuación en base al conocimiento propio de la enfermería. De modo que bajo el código ético y la regulación legal se pueda reconocer la autonomía profesional de la enfermería y así ser distinguida de otras profesiones afines. Es así que se definió como objetivo del estudio analizar la influencia de la construcción de la definición de la enfermería en el código de salud chileno (10).

La metodología aplicada en este estudio fue de abordaje sociohistórico, cualitativo de la construcción de la enfermería en Chile. El instrumento de recolección de datos fue la realización de entrevistas semiestructuradas que fueron aplicadas a dos enfermeras expertas miembros del Ministerio de Salud y de la Comisión legal de Chile (10).

De acuerdo con los resultados obtenidos ambas coincidieron en que la reinención de la profesión se ve afectada por cambios limitantes en la legislación chilena, ocasionando la fragmentación de la identidad enfermera, dando como resultado el sometimiento al modelo biomédico que tomó fuerza

en las instituciones sanitarias, ocasionando la percepción de un grado de superioridad de una profesión de salud sobre las demás, por ser estas últimas consideradas erróneamente como colaboradoras (10).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Ubicación del Hospital General San Vicente de Paúl.

El Hospital San Vicente de Paúl está ubicado en la provincia de Imbabura, en la ciudad de Ibarra, parroquia El Sagrario, en las calles Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gómez Jurado, Esta unidad de salud de segundo nivel de atención es dependiente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la actualidad está designado como hospital provincial y general de la Zona 1.

2.2.2. Historia del Hospital General San Vicente de Paúl.

“Cuando se fundó la villa de San Miguel de Ibarra el 28 de septiembre de 1606, una de las primeras preocupaciones de los fundadores fue la de establecer una casa de hospital para mitigar el sufrimiento de los pobres naturales y señores de dicha villa que están en desamparo ante los males del cuerpo (11)”.

“Ya en 1641 se habla del hospital de la Misericordia de nuestro señor Jesucristo este hospital recibe los bienes del Capitán Don Francisco López para los gastos de los pobres según escribe el sacerdote Navas (11)”.

“En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la Ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llanos de la Esperanza, el 28 de Abril de 1872 y el Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las escuelas Cristianas, con el nombre de Hospital San

Vicente de Paúl, entidad que fue considerada en su época como uno de los mejores de América (11)”.

“Este edificio antiguo que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas de la ciudad de Ibarra, en la actualidad es utilizado como centro de educación Superior de la Universidad Técnica del Norte (11)”.

“En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital, entre los legisladores y autoridades de esa época, después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministro de Salud y el Presidente de la Republica, después de 10 años de intenso trabajo, el 23 de abril de 1991 es inaugurado el nuevo edificio del Hospital durante la Presidencia del Doctor Rodrigo Borja (11)”.

2.2.3. Misión y Visión del Hospital General San Vicente de Paúl

2.2.3.1 Misión

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (12)”.

2.2.3.2 Visión

“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética,

utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (12)".

2.2.4. Servicios

Este establecimiento presta servicios de salud en las áreas de centro obstétrico, consulta externa, centro quirúrgico, centro de transfusión, cirugía, rayos X, laboratorio, farmacia, emergencia, medicina interna, pediatría, neonatología, unidad de cuidados intensivos, pediatría, ginecología y traumatología, además del área administrativa en el que se encuentran los departamentos de dirección hospitalaria, atención al usuario, gerencia hospitalaria, gestión de planificación, asesoría jurídica, unidad de calidad, unidad administrativa financiera, unidad de comunicación, unidad de talento humano, admisión y la unidad de tecnología de información y comunicación (12). Esta casa de salud cuenta con 163 camas disponibles (12).

En esta unidad de salud se cuenta con 157 profesionales de enfermería que se encuentran distribuidos en los diferentes servicios con los que cuenta el hospital, los cuales cumplen turnos nocturnos y diurnos rotativos, además de funciones administrativas (12).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1 La Enfermería

La enfermería es una profesión cuya disciplina abarca la aplicación de cuidados independientes, dependientes e interdisciplinarios, que se prestan a las personas de todos los grupos etarios, familia y la comunidad, de manera integral, mediante la promoción y prevención de la salud (13).

Esta disciplina se desarrolla en el tratamiento, rehabilitación y aplicación de cuidados paliativos, en base al respeto de las características socioculturales y derechos de los pacientes, teniendo en cuenta el entorno físico y social que influirá directamente en el bienestar y calidad de vida del individuo y la población (13).

“La Asociación Americana de Enfermería, la define como la aplicación de promoción, prevención y optimización de la salud, así como también la prevención de la aparición de lesiones o enfermedad, por medio del diagnóstico y tratamiento de acuerdo a la condición y respuesta de los pacientes; y la protección al individuo, familia y la comunidad en general (14)”.

2.3.2 Antecedentes de la Profesión de Enfermería

La enfermería y el cuidado surgen de las poblaciones primitivas y civilizaciones antiguas tales como la mesopotámica, egipcia y palestina, siendo pioneros en la aplicación de curaciones mediante distintos procedimientos para aliviar a los enfermos. De allí la evolución y desarrollo de la enfermería se vio influenciado por cuatro factores fundamentales: la

religión, el ámbito militar, los roles de género establecidos a través del tiempo y la etnografía, que se detallan en el contexto histórico de la profesión (15).

2.3.3 Surgimiento de Enfermería en Europa

Durante el periodo Paleolítico y Neolítico se desarrollaron las primeras prácticas de cuidado las mismas que se llevaron a cabo según los roles y desempeño de actividades determinados por las características biológicas de hombres y mujeres. Los quehaceres domésticos, la maternidad, la crianza de los hijos, la recolección, así como el cuidado de los niños, ancianos, enfermos y heridos fueron atribuidos a la mujer determinándola a través de la historia como cuidadora innata (15).

Varios autores describen el inicio de la aplicación del cuidado a un conjunto de labores que realizadas para contribuir en el mantenimiento y continuación de la vida. Se ha demostrado el uso de componentes naturales por la mujer para la curación y el cuidado realizados de manera empírica proporcionando atención física, emocional y espiritual (15).

En la Europa antigua así como en ciertas culturas Africanas se realizaron diversas prácticas con el uso de preparados caseros a base de elementos naturales para combatir enfermedades, estas prácticas las realizaban brujos o hechiceros (15).

Algunos escritos antiguos como el código Hammurabi en Mesopotamia, los papiros en el Antiguo Egipto, los textos en la Antigua India y los avances en la cultura China permiten evidenciar los acercamientos y contribuciones que realizaron estas culturas con relación al proceso salud- enfermedad (15).

Es importante resaltar que el concepto de enfermedad en esta época estaba ligado al concepto mágico-religioso (Enfermedad: Castigo de los dioses). En el Antiguo Egipto, los papiros hallados describen cada una de las prácticas, mismas que tenían con relación con el cuidado de cada uno de los sistemas u órganos. En estos se describen los preparados caseros que se debían realizar para contrarrestar las pestes, para los cuidados de la piel y de los dientes y así mismo distintas técnicas de vendaje (15).

En la Grecia clásica las parteras fueron reconocidas por su labor en la atención del parto, la nominación de parteras era dada cuando la mujer cumplía dos condiciones: superar la edad de procrear y ser madre. Las parteras con el tiempo recibieron el nombre de comadronas y su experiencia y conocimiento determinaron el rol ejercido en la atención del parto, las de mayor experiencia se encargaban de los partos difíciles y las que se iniciaban en el oficio ayudaban en la atención de los partos normales. En las culturas antiguas no existen referencias de enfermeras; este rol era ejercido por hombres (15).

Con el nacimiento de la Edad de la Razón en los siglos VI y IV a.C se fue desarrollando la medicina tradicional en manos de filósofos como Tales de Mileto, Pitágoras, Platón y Sócrates. Aparecieron los médicos técnicos como Hipócrates de Cos, llamado el Padre la Medicina, que abordó en sus escritos el tratamiento, el diagnóstico y código ético de la práctica médica, junto con acertadas descripciones anatómicas (15).

De esta forma, el cuidado de la salud se ratifica como un acto que lleva implícito una connotación religiosa. Para tal fin y en cumplimiento con su rol, las mujeres más adineradas donaron sus casas y fortunas para el cuidado de los enfermos, instituyéndose de esta forma un servicio efectivo para el cuidado de los más desprotegidos, basado en valores religiosos como la abnegación, la vocación, el servicio y la humildad. Las diaconisas eran mujeres servidoras de Jesús que realizaban actividades como preparar a las mujeres para el bautizo, asistencia espiritual y el quehacer doméstico, además estaban a cargo de la educación religiosa. Su posición las ubicaba por debajo de los clérigos y por encima de las mujeres viudas que se encontraban bajo su dirección (15).

Las Matronas fueron definidas como una auténtica élite de mujeres con gran poder económico del estamento patricio. En ocasiones donaban sus propias casas y fortunas para el cuidado de los pobres y mantuvieron los hospitales y albergues de pobres y extranjeros con su propio dinero (15).

La enfermería, por tanto, estuvo bajo el dominio de las comunidades religiosas, las mujeres contaban con poca instrucción para realizar esta labor, por cuanto la prioridad era el cuidado del alma. Las mujeres lograban gran experiencia en el cuidado y la atención de los enfermos, a pesar de las limitaciones de formación para el desempeño de esta labor (15).

2.3.4 Surgimiento de la Enfermería en Norteamérica

En Norteamérica el contexto político y social se constituyeron en factores determinantes para el establecimiento de las primeras escuelas de

enfermería. Desde el contexto político la guerra evidenció la necesidad de formar y reclutar enfermeras y desde lo social la depresión mundial duplicó la población norteamericana cuya causa fue el gran número de inmigrantes procedentes del oriente y del sur de Europa que venían en busca de mejores oportunidades laborales (15).

La población inmigrante ubicada en ciudades como New York, no contaba con los recursos para satisfacer sus necesidades, lo que generó hacinamiento y una propagación más rápida de las enfermedades. Es por ello que las casas establecidas para el cuidado de los enfermos se constituyeron en hospitales públicos y el cuidado fue realizado por alcohólicos y exconvictos quienes negociaban no ir a la prisión a cambio de realizar un servicio social. En la noche los enfermos eran cuidados por los vigilantes (15).

Distintos autores afirman que más de 3.000 mujeres norteamericanas participaron como enfermeras durante la guerra y que los conocimientos que tenían para el cuidado eran básicos y derivados de sus aprendizajes personales adquiridos en el cuidado de los soldados heridos en batalla o en el cuidado de sus seres queridos. Esta experiencia de participación y servicio de las mujeres en la guerra cambió la percepción del rol desempeñado por la mujer únicamente en su hogar y para ellas evidenció la necesidad de formar mujeres para el cuidado de los enfermos con un conocimiento mayor al conocimiento básico y empírico. Se presume que la primera escuela de enfermería fue establecida en 1872 en el Hospital de Filadelfia (15).

Los avances de la enfermería en Norteamérica fueron constituyéndose en un factor de impulso para el desarrollo de la enfermería en los países de América Latina. Por un lado, la experiencia de participación de las mujeres durante la guerra y por el otro, la motivación de las mismas para ser un colectivo formado se concretó en la asesoría directa que recibieron de Florence Nightingale quien orientó los procesos de formación de las enfermeras, lo que trajo como resultado una consolidación y conceptualización pronta sobre el quehacer de enfermería y que fue transmitida lentamente a través de sus misiones en América Latina (15).

2.3.5 Surgimiento de la Enfermería en América Latina

La enfermería en América Latina se desarrolló acorde a la situación de salud de las poblaciones, a las necesidades de atención y a las prácticas sanitarias de salud. Este desarrollo, se dio de forma diferente en cada uno de los países y la diferencia estuvo dada por los contextos políticos, sociales, económicos, tecnológicos (15).

Se afirma que la búsqueda de materia prima de los países más desarrollados llevó a un incremento de las exportaciones de alimentos y de materiales para la industria como principal actividad económica, de los países menos desarrollados a los más desarrollados (15).

El aumento de las importaciones y exportaciones en los puertos de los países de América Latina determinó unas condiciones especiales para las prácticas de salud, que llevaron al incremento de campañas sanitarias, y a una reestructuración en las políticas de salud pública la cual daba prioridad a la

atención individualizada. Esta necesidad de brindar una atención individualizada a los trabajadores más desde el enfoque preventivo que del curativo, se convirtió en el motor que impulsó las políticas en Salud Pública. Las industrias se vieron beneficiadas, por cuanto su objetivo era mejorar los niveles de producción y disminuir los costos generados por las enfermedades de los trabajadores (15).

De igual forma la modernización de los servicios sanitarios en el siglo XIX en algunos países, consecuencia de la separación que se da entre la Iglesia católica y el Estado, conlleva una pérdida de poder de la Iglesia y el clero frente a los procesos de formación y de dirección de las instituciones hospitalarias (15).

2.3.6 Surgimiento de la enfermería en Bolivia, Ecuador y Perú

La mayoría de los países de América Latina recibieron apoyo en el establecimiento de sus primeras escuelas de enfermería de las enfermeras Norteamericanas, quienes fueron patrocinadas y apoyadas con los convenios establecidos con la fundación Rockefeller (15).

El proceso de formación de profesionales de enfermería en América latina como se observa en países como Bolivia, Ecuador y Perú tuvo un desarrollo lento producto del poder ejercido por la iglesia y su injerencia directa sobre las políticas de Estado frente a la salud de la población. La estructuración para la educación en enfermería inició en el siglo XIX. Sin embargo, la falta de estabilidad social que caracterizó la formación social específica en la que

coexistían intereses capitalistas, así como las estructuras socioeconómicas feudales, retardó el crecimiento y desarrollo continuo (15).

La iglesia católica mantenía los privilegios feudales como consecuencia la práctica de enfermería fue mantenida en las manos de las religiosas, a pesar de las tentativas de modernización de la atención médica. El entrenamiento de los enfermeros fue mantenido en lo que respecta a los servicios, sin embargo, no tuvo las características del sistema de prácticas, al contrario, se puede comparar con la preparación del personal auxiliar en los servicios para el trabajo bajo supervisión de las monjas y para cubrir las necesidades inmediatas de los servicios (15).

En el año 1949 el Instituto de asuntos Interamericanos inició la organización de los servicios de Salud Pública, se planteó la educación de enfermería de forma institucionalizada. En países como Bolivia, Ecuador y Perú el desarrollo de la enfermería fue lento, producto del poder ejercido por la iglesia y su injerencia directa sobre las políticas de Estado frente a la salud de la población (15).

2.3.7 Etapas de la Enfermería

- Etapa doméstica

Esta etapa incluye la prehistoria y las civilizaciones antiguas. Como hipótesis se puede plantear también que el desarrollo de estrategias de cuidado fue paralelo a la evolución del ser humano, pasando de ser un factor instintivo a racional, pasando a ser más complejo a medida que el desarrollo humano lo permitía. En ese sentido, el cuidado jugaría un papel importante en los

procesos de adaptación y estrategias de selección natural, pero con un papel determinante más amplio a medida que el desarrollo cultural humano fue mayor. El papel de la mujer como cuidadora, la aparición del hechicero y la bruja, así como la magia y los métodos empíricos, fueron los elementos que caracterizaron esta fase (13).

El desarrollo de la escritura en egipcios y chinos, por ejemplo, ha permitido la evidencia de procedimientos avanzados que incluye no solo métodos empíricos de curación, sino también intervenciones quirúrgicas y manejo de vendajes. Este episodio de la historia del cuidado contempla el desarrollo paralelo de elementos mágico-religiosos, junto a métodos nacidos de la experiencia empírica, muchos de los cuales, se presentan como antecedentes de la ciencia (13).

- Etapa Vocacional

Como su nombre lo indica, está marcada por el papel de la religión, no solo en términos de las concepciones de salud -enfermedad, sino del papel que estableció para definir el rol de género y sobre todo de la disposición altruista de las mujeres para cuidar (13).

La etapa vocacional está definida por la histórica derrota del Imperio romano y el predominio del cristianismo, sin embargo, cabe recalcar que correspondió a un largo proceso, en el cual confluían diversas religiones, muchas de las cuales estaban ampliamente influenciadas por la tradición greco-romana. Para el cristianismo, la vocación se inspira en la parábola del buen samaritano, la cual da ejemplo de caridad y misericordia. La caridad y misericordia se

asemejan con las ideas presentadas por Watson cuando se refiere al cuidado transpersonal y la identificación con la persona necesitada (13).

Las precursoras de la enfermería en esta etapa fueron las diaconisas, viudas, matronas romanas y en la baja edad media los monjes. La etapa moderna, por su parte, se caracterizó por la consolidación de organizaciones que, con vocación religiosa se encargaron de aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, tales como “la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, Hermanos Terciarios de la Orden Franciscana y la Compañía Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl (13)”.

- Etapa técnica

La etapa técnica corresponde al periodo en el que se reconoce a la mujer enfermera-auxiliar del médico y con lo que se desarrolló de la enfermería moderna (13).

El Instituto de Diaconisas nació en Alemania, y tuvo en Florence Nightingale su alumna más adelantada. El trabajo del instituto inició en las cárceles y fue aumentando poco a poco el número de integrantes, extendiéndose por toda Europa hasta llegar a Estados Unidos, África del Norte, Asia y Australia (13).

El servicio obedecía a la lógica altruista, ya que no recibían salarios. La estudiante más famosa del instituto fue Florence Nightingale, conocida como la precursora en el proceso de profesionalización de la enfermería o del nacimiento de la enfermería moderna (13).

En esta época se formaron enfermeras para que cuidaran los soldados y ella asumió la tarea adecuando las condiciones en las cuales se encontraban los enfermos, obteniendo resultados en los cuales la mortalidad descendió de 40% a 2%. Al finalizar la guerra, Florence Nightingale fue reconocida por su labor, a partir de ello planteó y desarrolló actividades que le permitieron evaluar y modificar ciertos aspectos de las condiciones sanitarias. De la mano de la estadística demostró que en tiempos de paz los índices de mortalidad eran mayores en la población militar que en la civil (13).

En 1860 creó la Nightingale Training School of Nursing, los graduados se trasladaron a otros lugares a organizar hospitales y dirigir prácticas de enfermería. Estos esfuerzos transformaron la imagen de la enfermería, alcanzando un reconocimiento respetable para la mujer (13).

- Etapa profesional

En esta etapa la enfermería se consolida como disciplina académica a partir de los elementos teórico-conceptuales y metodológicos (13).

El desarrollo ocurrido en las últimas décadas fue marcado por los múltiples transiciones tecnológicas debido a la globalización, contribuyendo de manera positiva a la enfermería gracias a la mayor facilidad de acceso a la información. Las competencias de actuación de la enfermería se desarrollan en cuatro actividades: asistencial, pilar del ejercicio e identificación de la profesión y la actividad docente como parte fundamental para la formación enfermera (13).

La actividad gestora o administrativa, se relacionó con la organización y planificación, y por último, la actividad investigativa a partir de la cual se amplía el conocimiento enfermero, con el objetivo de mantenerlo actualizado de acuerdo con los desarrollos tecnológicos y sociales (13).

También se desarrolló la profesión en el ámbito universitario, teniendo en cuenta las especialidades y la construcción de conocimiento, así como la investigación a partir la obtención de maestrías, doctorados y la formación académica convencional. En base a esto se han creado especialidades enfermeras tales como la ginecológica, de salud mental, geriátrica, ocupacional, médico- quirúrgica, familiar - comunitaria, pediátrica, entre otras (13).

La diversidad de cuidados, así como la vocación presente en el ejercicio profesional, es evidencia del desarrollo y la persistencia de elementos indispensables de la enfermería, pero también demuestra de la necesidad de fomentar el aumento del concepto del cuidado en la actualidad y la historia (13).

2.3.8 El cuidado

El cuidado es la aplicación de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el individuo, la familia o la comunidad, en las distintas etapas del ciclo vital, estado de salud y condiciones del entorno. En otras palabras, el cuidado está establecido bajo objetivos basados en la recuperación de la salud, así mismo durante el proceso de enfermedad o al final de la vida (13).

Es necesario tener en cuenta las características propias del sujeto del cuidado, atendiendo a sus particularidades culturales, espirituales y emocionales, desde una actuación basada en valores éticos y morales aplicados desde los conocimientos científicos (13).

El cuidado de enfermería combina la fragmentación del cuerpo y mente, así como de la salud y enfermedad de modo que se aplica cuidados humanizados e integrales, que contribuye al alcance de una vida mejor y más saludable (16).

El cuidado implica colocarnos bajo el paradigma de la complejidad, la capacidad de aprender, construir, organizar y autorregular las actividades enfermeras. De esta manera es posible realizar la valoración de las dimensiones personales, sus características sociales y culturales, así como de la organización de los sistemas sanitarios, el desarrollo tecnológico, la formación profesional del personal de salud, y los métodos para el progreso de los planes de cuidados, entre otros (16).

El cuidado pasa a convertirse en humanizado cuando el profesional desarrolla la empatía con el paciente e interactúa con él, es decir, es capaz de crear una relación y un ambiente propicio para lograr identificar y percibir la experiencia del individuo, familia o comunidad designada (16).

2.3.9 Elementos de la enfermería para la aplicación del cuidado

La enfermería como disciplina cuenta con una variedad de recursos relacionados con distintos enfoques, modelos, teorías y especialidades, sin embargo, el método científico que la caracteriza es el proceso de atención de

enfermería. El PAE es un método que garantiza la aplicación de cuidados enfermeros de forma sistemática, mismo que se caracteriza por ser metódico, integral y humanizado. Generalmente cuenta con cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y finalmente evaluación (13).

- Valoración: se define como la etapa de recolección de datos, mismos que pueden ser objetivos o subjetivos, con el objetivo de indagar el estado de salud actual e impresiones del paciente con respecto a determinada situación. La información es recolectada de forma sistemática, a través de entrevistas que pueden realizarse al paciente y/o al cuidador, posteriormente el examen físico, el análisis de datos de laboratorio y otras fuentes de información como la historia clínica única (13).
- Diagnóstico: es realizado y etiquetado en base al análisis e interpretación de la información obtenida en la valoración (13).
- Planificación: se define como la etapa destinada al desarrollo de estrategias encaminadas a prevenir o corregir los problemas descritos en el diagnóstico enfermero. En esta fase se establecerá un orden de prioridades para los problemas identificados, posteriormente se planteará los objetivos en beneficio del paciente y finalmente trazar las intervenciones y actividades que serán aplicadas en el plan de cuidados (13).
- Ejecución: es el periodo en el que se aplican las intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos planteados durante la planificación (13).

- Evaluación: es la fase final donde se establece en qué medida se ha logrado alcanzar los objetivos previamente planteados; además se realiza nuevamente una valoración del estado actual del paciente, con la finalidad de tomar medidas correctivas en el plan de cuidados en caso de ser necesario (13).

Finalmente, el uso de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC instituyen una herramienta básica y fundamental para la realización del plan de cuidado, sirviendo como guía científica en el desarrollo del diagnóstico, planificación y ejecución de las actividades de enfermería (13).

2.3.10 Responsabilidades y funciones profesionales

La enfermera es responsable de adoptar y desarrollar responsabilidades, conocimientos y destrezas específicas para el desempeño de diversas funciones en el ámbito laboral de todos los entornos de la atención sanitaria. Mismas que son descritas a continuación (17).

- Cuidadora: Es la función enfermera que consiste en la contribución en el mantenimiento y recuperación de la salud del individuo, el manejo del tratamiento de la enfermedad y la colaboración en el alcance de un nivel máximo de autonomía y recuperación del paciente. El cuidado implica más que alcanzar el mejoramiento del estado físico. De modo que debe las necesidades de atención sanitaria del paciente de forma integral, con la aplicación de medidas mejoren el estado emocional, espiritual y social del paciente (17).

- Defensora: La enfermera debe proteger tanto los derechos humanos como legales del paciente asegurando su cumplimiento durante la atención sanitaria. Así mismo, denunciará actos o políticas que representen un peligro a los pacientes o que se asocian a un conflicto con sus derechos (17).
- Educadora: la enfermera como educadora instruirá a los pacientes sobre conceptos sanitarios, describirá el motivo de las intervenciones de cuidado a las que será sometido, enseñará actividades de autocuidado y evaluará el progreso, así como el nivel aprendizaje y conocimiento del paciente. Es necesario que el profesional tenga en cuenta el uso de una metodología de enseñanza de acuerdo con las capacidades de entendimiento y necesidades de los pacientes, así mismo, incorporar a la familia en los planes de enseñanza en caso de ser necesario (17).
- Comunicadora: La capacidad de una buena comunicación es fundamental para todas las funciones y actividades enfermeras. Puesto que al existir una comunicación deficiente no es posible brindar apoyo emocional, proveer cuidados de forma efectiva, tomar decisiones acertadas, proteger a los pacientes, gestionar los cuidados o proporcionar educación con respecto a las necesidades de los pacientes. La calidad de la comunicación es primordial para el logro de los objetivos con el paciente, familia, comunidad y el entendimiento adecuado y oportuno en el equipo multidisciplinario de salud (17).

- **Directora:** Las enfermeras directoras tienen la ocupación de establecer un ambiente colaborador con el objetivo de brindar cuidados centrados en la seguridad y calidad, con la finalidad de obtener resultados positivos para el paciente. Tiene la responsabilidad de realizar la coordinación de actividades de prestación de servicios de enfermería, la carga horaria del personal, así como también, el presupuesto de la unidad y la evaluación constante del desempeño y cumplimiento de los profesionales a su cargo. La directora debe utilizar formas de liderazgo adecuados a fin de crear un ambiente propicio para el desarrollo de las actividades de forma apropiada, reflejando los valores éticos y morales de la institución de atención sanitaria (17).

2.3.11 Funciones independientes, dependientes e interdependientes.

- **Funciones independientes:** Son actividades realizadas por el personal de enfermería en cumplimiento de las competencias y responsabilidades propias de la profesión (18).
- **Funciones dependientes o derivadas:** Son acciones que la enfermera lleva a cabo por indicación o delegación de otros profesionales miembros del equipo multidisciplinario de salud (18).
- **Funciones interdependientes:** Son aquellas que se ejecutan en cooperación con profesionales del equipo sanitario (18).

2.3.11 La Autonomía

La autonomía es una característica fundamental en el ejercicio de la enfermería que implica la aplicación de intervenciones y actividades

enfermeras sin la necesidad de una prescripción médica previa, teniendo en cuenta que implica más responsabilidad y la justificación pertinente acerca de las actividades realizadas en beneficio del paciente y/o la comunidad (19).

La autonomía es un conjunto de no solamente brindar y valorar la calidad del cuidado brindado basado en la evidencia científica sino también el enfoque integral y ético en la práctica de esta, contribuyendo al desarrollo de la enfermería basada en la responsabilidad, actualización científica, conducta ética y ejercicio profesional de calidad (20).

2.4 Marco Legal y Ético

2.4.1 Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud de la República del Ecuador señala que:

“Artículo 1: La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (21)”.

“Artículo 2: Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional (21)”.

”Artículo 10: Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley (21)”.

2.4.2 Constitución De La República del Ecuador

2.4.2.1 Sección séptima: Salud

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (22)”.

2.4.3 Plan Nacional Toda una Vida

El Plan Nacional Toda una Vida con relación al sector de la salud determinó lo siguiente:

“Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas –individuales y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de

tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos (23)”.

“Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de esta puede traer efectos intergeneracionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (23)”.

“De igual forma, la aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles. Esta visión exige el desarrollo de redes de servicios de salud enfocados en las necesidades de sus usuarios, acorde con la edad y la diversidad cultural y sexual. En la provisión de servicio de salud, es de vital importancia adoptar un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural a través de un ordenamiento del territorio que asegure a todos las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase. El derecho a la salud debe

orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. Se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual (Consejo Económico Social de Naciones Unidas, 2016). Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva (23)”.

2.4.4 Principios de la Bioética

2.4.4.1 Declaración de Helsinki

1. “La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica (24)”.

2. “El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental (24)”.

3. “La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento (24)”.
4. “La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas (24)”.
5. “Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad (24)”.
6. “Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad (24)”.
7. “Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios (24)”.

8. “En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación (24)”.

9. “En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito (24)”.

10. “En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial (24)”.

11.” En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre

y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal (24)”.

12. “El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración (24)”.

2.4.4.2 Código Deontológico de Enfermería

“La enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería, por lo tanto, al dispensar los cuidados (25)”:

- “Promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad (25)”.
- “Se cerciorará que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente (25)”.
- “Mantendrá la confidencialidad de toda la información personal y utilizará la discreción al compartirla (25)”.
- “Compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular de las poblaciones vulnerables (25)”.

- “Defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos (25)”.
- “Demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad (25)”.

“La enfermera y la práctica: La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia, mediante la formación continua (25)”.

- “Mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados (25)”.
- “Juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad (25)”.
- “Observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público (25)”.
- “Dispensará los cuidados, una vez que corrobore que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas (25)”.
- “Tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto (25)”.

“La enfermera y la profesión. La enfermera tiene la función principal de establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, con la finalidad de (25)”.

- “Contribuir activamente para el desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas (25)”.
- “Participar en el desarrollo y sostenimiento de un conjunto de valores profesionales (25)”.
- “Participar activamente en organizaciones profesionales, así como en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo que social y económicamente sean seguras y equitativas (25)”.
- “Ejercer su profesión para sostener y proteger el entorno natural, consciente de las implicaciones que ello tiene para la salud (25).”
- “Contribuir a crear un entorno ético en la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos (25).”.

“La enfermera y sus compañeros de trabajo. La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la Enfermería y en otros sectores, con la disposición de (25)”.

- “Adoptar las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud (25)”.
- “Actuar adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer un comportamiento ético (25)”.

CAPÍTULO III

3.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, no experimental. Puesto que se midieron las variables establecidas sin la manipulación de estas, obteniendo datos que se fueron analizados con métodos estadísticos, cuyos resultados se manifestaron en porcentajes expresados en conclusiones (26).

“La investigación cuantitativa es aquella que permite se medir las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones (26)”.

3.2. Tipo de Investigación

- **Transversal:** El estudio fue de tipo transversal en vista de que la recolección de datos se realizó en una sola ocasión (26).
- **Descriptivo:** La investigación fue de tipo descriptivo debido a que se buscó detallar las características sociodemográficas de la población de estudio tales como: género, edad, formación académica, antigüedad laboral y área hospitalaria a la que pertenece. Además, se incluyó la autonomía en la aplicación de actividades asistenciales de cuidado y operacionales (26).

3.3 Localización y Ubicación del Estudio

Se realizó la investigación en el Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en la ciudad de Ibarra, parroquia El Sagrario, en las calles Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gómez Jurado, provincia de Imbabura, Ecuador.

3.4. Población

3.4.1. Universo

El universo está constituido por 170 profesionales de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl que realizan práctica asistencial en los servicios de hospitalización y brindan cuidado directo a los pacientes de las diferentes áreas.

3.4.2. Muestra

Se efectuó un muestreo no probabilístico pues la elección de participantes no depende de la probabilidad, sino de las características propias de la investigación, en este caso los sujetos de estudio fueron los profesionales de enfermería que desempeñan funciones de cuidado directo en las distintas áreas de hospitalización.

La muestra fue de 139 profesionales de enfermería de un total de 170, puesto que fue el número total de participantes que cumplieron con los criterios de inclusión propios del estudio

3.4.3. Criterios de Inclusión.

- Profesionales de enfermería que brinden cuidado directo en los diferentes servicios de hospitalización, previo consentimiento informado

3.4.4. Criterios de Exclusión.

- Profesionales de enfermería que durante la aplicación del instrumento se encuentren de vacaciones o calamidad domestica
- Profesionales de enfermería en funciones administrativas

3.5. Operacionalización de Variables

Tabla 1. Operacionalización de Variables

Objetivo 1. Caracterizar socio-demográficamente a la población estudio.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características sociodemográficas	Conjunto de particularidades biológicas, sociales, culturales, económicas de una población en estudio	Género	Identidad sexual	1. Género: <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
		Edad	Años cumplidos	2. Edad: <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 30 años • 31 a 40 años • 41 a 50 años • Mayor de 50 años

		Instrucción académica	Formación académica	3. Instrucción académica: <ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura • Especialidad • Maestría
		Experiencia laboral	Tiempo de trabajo	4. Experiencia laboral: <ul style="list-style-type: none"> • Menos de un año • De 2 a 5 años • De 6 a 10 años • Mas de 10 años
		Servicio al que pertenece	Área de trabajo	5. Servicio al que pertenece: <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia • Diálisis

				<ul style="list-style-type: none"> • Centro quirúrgico • Terapia intensiva • Neonatología • Ginecología • Centro obstétrico • Cirugía • Traumatología • Medicina interna • Pediatría
Actividades asistenciales	Son las actividades encaminadas a satisfacer todas las necesidades de atención sanitaria del	Intervenciones de enfermería	Defensa del paciente	<ul style="list-style-type: none"> a. Siempre b. Casi siempre c. Ocasionalmente d. Nunca

	paciente proporcionando medidas que recuperen el bienestar emocional, espiritual y social del paciente (19).		Discusión sobre tratamiento	a. Siempre b. Casi siempre c. Ocasionalmente d. Nunca
			Desarrollo de material educativo	a. Siempre b. Casi siempre c. Ocasionalmente d. Nunca
			Cuestionamiento de indicaciones médicas	a. Siempre b. Casi siempre c. Ocasionalmente d. Nunca

			Decisión en la administración de cuidado	a. Siempre b. Casi siempre c. Ocasionalmente d. Nunca
			Toma de decisiones sobre el manejo del dolor	a. Siempre b. Casi siempre c. Ocasionalmente d. Nunca
			Enseñanza de actividades de autocuidado	a. Siempre b. Casi siempre c. Ocasionalmente d. Nunca

Actividades operacionales	Actividades orientadas al desarrollo y mejoramiento de la profesión de enfermería (27).	Gestión de enfermería	Desarrollo y revisión de los procedimientos de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> a. Muy de acuerdo b. De acuerdo c. Indiferente d. En desacuerdo e. Muy en desacuerdo
			Determinación y monitorización de medidas de calidad y seguridad	<ul style="list-style-type: none"> a. Muy de acuerdo b. De acuerdo c. Indiferente d. En desacuerdo e. Muy en desacuerdo
			Proposición o presentación del programa de educación o	<ul style="list-style-type: none"> a. Muy de acuerdo b. De acuerdo c. Indiferente d. En desacuerdo

			mejoramiento interno de la unidad	e. Muy en desacuerdo
			Realización de actividades de investigación	a. Muy de acuerdo b. De acuerdo c. Indiferente d. En desacuerdo e. Muy en desacuerdo
			Participación en la visita médica.	a. Siempre b. Casi siempre c. Ocasionalmente d. Nunca

3.6. Métodos de recolección de información

3.6.1. Encuesta

Se aplicó una encuesta a los profesionales de enfermería para determinar características sociodemográficas, así como la aplicación de actividades de cuidado, y aplicación de actividades operacionales del personal de enfermería para establecer la autonomía en la práctica asistencial.

La encuesta fue realizada a 139 profesionales de enfermería de un total de 170, puesto que fue el número total de participantes que cumplieron con los criterios de inclusión propios del estudio.

3.6.2. Instrumento

Se utilizó el cuestionario de autonomía del personal de enfermería (SNAQ) de Mary Blegen, desarrollado a partir de la investigación realizada por 15 enfermeras expertas en investigación durante un periodo aproximado de un año. Originalmente el mismo se encuentra redactado en inglés, fue trasladado a idioma español. El cuestionario fue usado internacionalmente en diversos estudios dirigidos al personal de enfermería de las instituciones hospitalarias que desempeñaban roles asistenciales y administrativos, identificando que la autonomía es fundamental en el ejercicio profesional para proveer calidad y obtener un importante nivel de satisfacción laboral (28).

El cuestionario consta de 3 secciones: A, B y C. En la sección A se busca la determinación de las características sociodemográficas mediante la estructuración de 5 preguntas cerradas para identificar el género, edad, formación académica, tiempo de trabajo en la institución y área hospitalaria en la que desarrolla sus labores el

personal de enfermería, con la finalidad de analizar la relación de dichas características con la autonomía. En relación con las secciones B y C se pretende la identificación la aplicación de actividades de cuidado, así como también la aplicación de actividades operacionales del personal de enfermería, con 7 ítems de tipo Likert de 4 puntos. Además, se realizó la construcción de 2 interrogantes cerradas con respuestas negativas o positivas sobre el uso del Proceso de Atención de Enfermería con la finalidad de relacionar la autonomía con la aplicación de esta herramienta científica.

3.7. Análisis de datos

Posterior a la aplicación del instrumento se realizó la tabulación de los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta, dicha información fue ingresada en Microsoft Excel el cual permitió obtener la representación gráfica de los resultados obtenidos mediante porcentajes que están sujetos al análisis e interpretación.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la Investigación

4.1. Características Sociodemográficas

Tabla 2. Características Sociodemográficas

Variable	Características	Población	Porcentaje
Género	Femenino	124	89%
	Masculino	15	11%
Edad	Menor de 30 años	39	28%
	31 a 40 años	41	29%
	41 a 50 años	31	22%
	Mayor de 50 años	28	20%
Instrucción académica	Licenciatura	92	66%
	Especialidad	16	12%
	Maestría	31	22%
Tiempo de trabajo	Menos de un año	21	15%
	De 2 a 5 años	56	40%
	De 6 a 10 años	19	14%
	Mas de 10 años	43	31%
Servicio al que pertenece	Emergencia	9	6.4%
	Diálisis	5	3.5%
	Centro quirúrgico	14	10%
	Terapia intensiva	23	16.5%
	Neonatología	10	7.1%
	Ginecología	12	8.6%
	Centro obstétrico	13	9.3%
	Cirugía	16	11.5%
	Traumatología	10	7.1%
	Medicina interna	17	12.2%
	Pediatría	10	7.1%

Análisis

De acuerdo con los datos sociodemográficos obtenidos se determinó que, respecto al género, el 89% del personal de enfermería corresponde a personas de género femenino y 11% género masculino. Con respecto a la edad se ha identificado que el promedio de edad que se encuentra en mayor porcentaje es de menores de 30 a 40 años, mientras que en menor porcentaje se encuentran las personas de 41 a mayores de 51 años. En cuanto a la instrucción académica se identificó que el 75% del personal tiene título de licenciatura, mientras de aquellos que poseen preparación adicional se identificó que en su mayoría manifestaron tener una maestría. De acuerdo con el tiempo de trabajo en el Hospital San Vicente de Paúl se identificó que existe un porcentaje mayor (40%) de personal que ha cumplido sus labores en esta institución en un periodo de tiempo aproximado de 2 a 10 años.

Respecto a las distintas áreas hospitalarias se identificó mayor participación del personal de enfermería de unidad de cuidados intensivos (16.5%), medicina interna (12.2%), y cirugía (11.5%) pero en menor porcentaje en la unidad de diálisis y emergencia.

Según la investigación de Triviño, Vargas y Barría sobre “Nivel de autonomía del enfermero en la práctica pediátrica. Una experiencia chilena” aplicado a 31 enfermeras pediátricas se identificó que la edad promedio de la población de estudio está entre los 23 y 40 años. La formación académica describió que el 58% no contaban con estudios adicionales al título de pregrado, mientras que de las enfermeras que tenían preparación académica adicional en su mayoría poseían diplomados. Con relación a la antigüedad laboral la mediana fue de 9 años, la mayoría se encontró entre 0 y 6 años, a diferencia de 4 enfermeras con más de 31 años de experiencia laboral. Finalmente, las áreas hospitalarias donde se encontró mayor cantidad de enfermeras fueron la unidad de neonatología con 35.5% y la unidad de

cuidados intensivos pediátricos con 22.6%. Los resultados identificados revelan que el perfil del personal de enfermería es similar al de otros estudios relacionados con la temática, mostrando el mismo rango de edad, además de la gran similitud en el promedio de preparación académica y antigüedad laboral.

4.2 Actividades Asistenciales de cuidado ejecutadas por el personal de enfermería.

Tabla 3 Actividades Asistenciales

Variable	Característica	Población	Porcentaje
Defensa del paciente	Siempre	7	5%
	casi siempre	22	16%
	ocasionalmente	63	45%
	nunca	47	34%
Discusión sobre el tratamiento	siempre	16	12%
	casi siempre	30	22%
	ocasionalmente	71	51%
	nunca	22	16%
Desarrollo de material educativo	siempre	31	22%
	casi siempre	42	30%
	ocasionalmente	57	41%
	nunca	9	6%
Cuestionamiento de indicaciones médicas	muy de acuerdo	32	23%
	de acuerdo	77	55%
	indiferente	8	6%
	en desacuerdo	15	11%
	muy en desacuerdo	7	5%
Decisión en la administración de cuidado	siempre	70	50%
	casi siempre	49	35%
	ocasionalmente	16	12%
	nunca	4	3%
Toma de decisiones sobre el manejo del dolor	siempre	81	58%
	casi siempre	41	29%
	ocasionalmente	13	9%
	nunca	4	3%

Enseñanza sobre	siempre	94	68%
actividades de	casi siempre	34	24%
autocuidado	ocasionalmente	7	5%
	nunca	4	3%

Análisis

Las decisiones de actividades asistenciales de cuidado con mayor porcentaje de autonomía identificadas fueron: enseñanza sobre las actividades de autocuidado (68%), toma de decisiones sobre el manejo del dolor (58%) y la decisión de la aplicación de los cuidados (50%) todos con el mayor número de enfermeras que escogieron el nivel más elevado (siempre). Al contrario, los ítems en los que se identificó un menor porcentaje de autonomía fueron: discusión sobre el tratamiento médico (12%) y defensa del paciente (5%) ambos con el menor número de personas que eligieron el nivel más alto (siempre).

En este sentido Mrayyan en el estudio “Autonomía de las enfermeras: influencia de las acciones de las enfermeras gestoras” en Zarqa – Jordania identificó que las enfermeras obtuvieron mayor autonomía en las siguientes decisiones: defensa del paciente, cuestionando indicaciones médicas, enseñanza de actividades de autocuidado, en cuanto a aquellas con un menor porcentaje encontró: la información sobre el diagnóstico, solicitud de pruebas diagnósticas y decisión del alta hospitalaria. Debido a los resultados obtenidos se identificó una gran diferencia entre las actividades en las que predomina la autonomía, además de mostrar una serie acciones enfermeras adicionales que el personal de enfermería puede realizar en países con mayor nivel desarrollo.

4.3 Actividades Operacionales ejecutadas por el personal de enfermería

Tabla 4 Actividades Operacionales

Variable	Característica	Población	Porcentaje
Desarrollo y revisión de los procedimientos de la unidad	muy de acuerdo	70	50%
	de acuerdo	53	38%
	indiferente	16	12%
Proposición o presentación del programa de educación o mejoramiento interno de la unidad	muy de acuerdo	53	38%
	de acuerdo	73	53%
	indiferente	13	9%
Realización de actividades de investigación	muy de acuerdo	50	36%
	de acuerdo	63	45%
	indiferente	21	15%
	en desacuerdo	5	4%
Participación en la visita médica	siempre	58	42%
	casi siempre	45	32%
	ocasionalmente	34	24%
	nunca	2	1%
Contribución del reporte de enfermería con el diagnóstico médico del estado paciente	Si	122	88%
	No	17	12%
Utilidad del Proceso de Atención de Enfermería para la aplicación de los cuidados	Si	129	93%
	No	10	7%

Análisis

De acuerdo con las actividades operacionales del personal de enfermería se identificó que aquella con mayor autonomía fue el desarrollo y la revisión de procedimientos de la unidad con un 50% de enfermeras que escogieron el nivel más alto, seguido de la participación en la visita médica con 42%, al contrario, se obtuvo un menor porcentaje en cuanto a la realización de actividades de investigación que solo alcanzó un 36% en el nivel más alto.

En la investigación previamente mencionada de Triviño – Vargas y Barría sobre “Nivel de autonomía del enfermero en la práctica pediátrica, “Una experiencia chilena” se identificó que el mayor nivel de autonomía se observaron el desarrollo y revisión de procedimientos de la unidad con una media de 4.2/ 5. Al analizar ambos resultados se puede observar una gran similitud en cuanto a la actividad que presenta mayor nivel de autonomía.

En relación con la percepción de la utilidad del proceso de atención de enfermería se distingue un gran porcentaje de respuestas afirmativas con respecto a la utilidad del proceso de atención de enfermería para la aplicación de cuidados con un 93% y la contribución del reporte de enfermería con el diagnóstico médico del estado paciente con el 88% lo que demuestra la importancia del registro de la aplicación de los cuidados enfermeros en beneficio del paciente.

En este sentido en el estudio titulado “Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos” realizado por Guillermo Rojas y Pilar Pastor, se recolectó la opinión de los profesionales de enfermería, mismos que en gran mayoría manifestaron que el PAE era de utilidad puesto que permite la identificación de diversas actividades en beneficio de los pacientes, además de otorgar tanto identidad

como autonomía profesional, así mismo una notable contribución en la medición de la efectividad de los cuidados de enfermería.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- Las principales características sociodemográficas del personal de enfermería en el Hospital San Vicente de Paúl son las siguientes: predomina el género femenino, la edad promedio es de menores de 30 a 40 años, de acuerdo con el tiempo de trabajo en la institución existe un rango promedio de 2 a 10 años de antigüedad, con respecto a la instrucción académica en su mayoría se identificaron profesionales que cuentan con una licenciatura y en relación al área de trabajo se pudo observar mayor participación de enfermeros de terapia intensiva, medicina interna y cirugía.
- Las actividades asistenciales o de cuidado aplicadas por el personal de enfermería con mayor nivel de autonomía identificadas fueron: la educación sobre métodos de autocuidado, la toma de decisiones en el manejo del dolor, así como también la decisión de la aplicación de cuidados básicos, al contrario, en lo que respecta a la discusión sobre el tratamiento médico y la defensa del paciente el nivel percibido fue significativamente menor.
- Las actividades operacionales que tuvieron mayor nivel de autonomía percibido en su accionar fue el desarrollo y la revisión de procedimientos de la unidad, seguido de la participación en la visita médica, a diferencia de la realización de actividades de investigación.
- Referente a la percepción de la utilidad del registro de actividades de enfermería como la realización del Proceso de Atención de Enfermería se identificó que un gran porcentaje identifica esta práctica como útil en beneficio

del paciente con la finalidad de brindar cuidados basados en el pensamiento crítico y el uso de esta herramienta científica.

5.2. Recomendaciones

- Aplicar más investigaciones sobre autonomía de enfermería en distintos contextos hospitalarios y/o comunitarios.
- Realizar investigaciones sobre los factores que influyen directamente en la percepción y el desarrollo de la autonomía en el personal de enfermería.
- Se recomienda implementar acciones para la aplicación y desarrollo de la autonomía en las actividades independientes de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Luengo Martínez C, Paravic Klijin K. Scielo. [Online]; 2016. Acceso 11 de Juliode . 2020. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010#:~:text=La%20autonom%C3%ADa%20no%20implica%20s,olo,como%20la%20autoridad%20y%20responsabilidad.
- 2 Anrang Bayer GL. LA referencia. [Online].; 2014. Acceso 14 de Julio de 2021. . Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/74330/42191-194416-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 3 Guerrero Nuñez S, Cid Henriquez P. Universidad de Sabana. [Online]; 2014. . Acceso 06 de Juniode 2020. Disponible en:
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3511/3849>.
- 4 Arlandis Casanova M. LA referencia. [Online].; 2020. Acceso 14 de Julio de 2021. . Disponible en:
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/668940/2020_Tesis_Arlandis%20Casanova_Matilde.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 5 Gomez D, Hernández G, Gonzales A. Revista de enfermería del Instituto . mexicano del seguro social. [Online].; 2016. Acceso 26 de Marzo de 2021. Disponible en:
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/34/277.
- 6 Triviño Vargas P, Barría M. Scielo. [Online]; 2016. Acceso 10 de Juliode 2020. . Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400216&lang=es.
- 7 Portella Ribeiro J, Calcagno Gomes G, Soares Mota M, Daiane Silva C, Boeira . Fuculo PR. Scielo. [Online]; 2019. Acceso 09 de Juliode 2020. Disponible en:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700041&lang=es.
- 8 dos Santos EI, Rayanne Alves Y, Cerqueira Santos A, Tosoli Gomes AM. Scielo. . [Online]; 2017. Acceso 10 de Juliode 2020. Disponible en:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100414&lang=es.
- 9 Guisardi Pereira J, de Campos Oliveira MA. Scielo. [Online]; 2018. Acceso 09 de . Juliode 2020. Disponible en:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600627&lang=es.

- 1 Galdames Cabrera L, Cruz Enders B, Pavez Lizarraga A. Scielo. [Online]; 2019. 0 Acceso 09 de Juliode 2020. Disponible en: [. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100203&lang=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100203&lang=es).
- 1 Yapud E. Universidad Técnica del Norte. [Online].; 2019. Acceso 9 de Marzo de 1 2021. Disponible en: [. http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10328/2/06%20ENF%201153%20TRABAJO%20GRADO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10328/2/06%20ENF%201153%20TRABAJO%20GRADO.pdf).
- 1 Hospital San Vicente de Paul. Hospital San Vicente de Paul. [Online] Acceso 16 2 de Juliode 2020. Disponible en: <http://www.hsvp.gob.ec/mision-y-vision/>.
- .
- 1 Carrasquilla Baza D, Oviedo Córdoba H. Trayectorias históricas de la enfermería: 3 elementos para una arqueología del cuidado: Universidad Cooperativa de Colombia; 2019.
- 1 Asociación Americana de Enfermería. Asociación Americana de Enfermería. 4 [Online] Acceso 17 de Juliode 2020. Disponible en: [. https://www.nursingworld.org/ana/](https://www.nursingworld.org/ana/).
- 1 Martínez Delgado L. El estatúto epistemológico de la enfermería: Ediciones 5 USTA; 2020.
- .
- 1 Múnevar Torres RY, Díaz Heredia LP. El cuidado de enfermería y las metas del 6 milenio: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- .
- 1 Potter P, Griffin Perry A, Stocker P, Hall A. Fundamentos de enfermería: Elsevier; 7 2015.
- .
- 1 Soza L. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. [Online].; 2007. Acceso 18 8 de Julio de 2021. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/6803/1/t439.pdf>.
- .
- 1 Potter P, Perry A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermería. Octava ed. 9 Amsterdam: Elsevier; 2015.
- .
- 2 Itza Camargo CC. Universidad Nacional de Colombia. [Online].; 2010. Acceso 01 0 de Octubre de 2020. Disponible en: [. https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15664/18166](https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15664/18166).
- 2 Ministerio de Salud Pública. Ley organica de Salud. [Online].; 2017. Acceso 30 de 1 julio de 2020. Disponible en: [. file:///D:/CINDY/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf](file:///D:/CINDY/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf).

- 2 Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. [Online].; 2008. Acceso 01 de 2 Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>.
- 2 Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional Toda una Vida. [Online].; 2017. Acceso 3 30 de Julio de 2020. Disponible en: file:///D:/CINDY/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.
- 2 Asociación Médica Mundial. Asociación Médica Mundial. [Online].; 1989. Acceso 4 01 de Octubre de 2020. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf.
- 2 Consejo Internacional de Enfermeras. Consejo Internacional de Enfermeras. 5 [Online].; 2017. Acceso 2020 de Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172b.pdf>.
- 2 Sampieri RH. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Ciudad de México: 6 Interamericana Editores SA; 2014.
- .
- 2 Arco CD, Suarez K. [Online].; 2017. Acceso 23 de Abril de 2021. Disponible en: 7 <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>.
- .
- 2 Blegen M, Johnson M, Chen L. Academia. [Online]. Acceso 18 de Julio de 2021. 8 Disponible en: https://www.academia.edu/15576866/Preferences_for_Decision_Making_Autonomy.
- 2 Triviño Vargas P, Barría RM. ScienceDirect. [Online]; 2016. Acceso 11 de Junio de 9 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300434>.
- 3 De Arco Canales OdC, Suarez Calle ZC. Universidad Antonio Nariño. [Online]; 0 2018. Acceso 11 de Junio de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>.
- 3 Lleixa Fortuño M, Montesó Curto P. Elibro. [Online]; 2017. Acceso 11 de Junio de 1 2020. Disponible en: https://elibro.net/es/ereader/utnorte/54883?fs_q=enfermer%C3%ADa_basada_en_evidencia&fs_edition_year=2020;2019;2018;2017;2016;2015&fs_bisac_id=1900&fs_bisac_id_lb=Enfermer%C3%ADa_%2F_General&prev=fs.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la 2 Salud. [Online]; 2011. Acceso 06 de Junio de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-regulacion-alatina-2011-esp.pdf>.

- 3 Flores M. Universidad Técnica del Norte. [Online]; 2013. Acceso 11 de Juniode 3 2020. Disponible en: <http://www.utn.edu.ec/fccss/carreras/enfermeria/wp-content/uploads/2014/04/Campo-Ocupacional.pdf>.
- 3 Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online]; 2015. Acceso 4 11 de Juniode 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/plan-de-fortalecimiento-de-talento-humano-para-enfermeras/>.
- 3 Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online]; 2013. Acceso 5 11 de Juniode 2020. Disponible en: <http://www.haiam.gob.ec/index.php/hospital/departamentos/procesos-agregadores-de-valor/coordinacion-medica-asistencial/gestion-de-cuidados-de-enfermeria>.
- 3 Dominguez S. Elsevier. [Online]; 2013. Acceso 11 de Juniode 2020. Disponible 6 en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/enfermeria-basada-en-la-evidencia-ebe>.
- 3 Burgos M. Scielo. [Online]; 2009. Acceso 11 de Juniode 2020. Disponible en: 7 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010.
- 3 Consejo Internacional de Enfermeras. Consejo Internacional de Enfermeras. 8 [Online]; 2020. Acceso 06 de Juniode 2020. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la 9 Salud. [Online]; 2018. Acceso 06 de Juniode 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34959>.
- 4 Peres M, Paim L, Gomes MA. Scielo. [Online]; 2020. Acceso 09 de Marzode 0 2020. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200400&lang=es.
- 4 Bonfante Mota D, Tosoli Gomes M, Santana da Silva C, Souza Ramos R, 1 Figueiredo Nogueira V, dos Santos Belém. Scielo. [Online]; 2018. Acceso 09 de . Juliode 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000202215&lang=es.
- 4 Olimpio J, Medeiros Araújo J, Oliveira Pitombeira D, Cruz Enders B, Sonenberg 2 A, Fortes Vitor A. Scielo. [Online]; 2018. Acceso 09 de Juliode 2020. Disponible . en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600674&lang=es.

4 Sanabria H, Mendoza A, Roa M. Scielo. [Online]; 2018. Acceso 09 de Julio de 2020. Disponible en:
. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000200212&lang=es.

4 Villagra Rivera N, Ruoti Cosp M. Scielo. [Online]; 2018. Acceso 10 de Julio de 2020. Disponible en:
. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282018000100084&lang=es.

4 dos Santos EI, Tosoli Gomes A, Corrêa Marques S, de Souza Ramo R, Cerqueira 5 Santos A, Tinoco de Oliveira F. Scielo. [Online]; 2017. Acceso 10 de Julio de 2020. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100370&lang=es.

4 Hospital San Vicente de Paul. Hospital San Vicente de Paul. [Online] Acceso 16 de Julio de 2020. Disponible en: <http://www.hsvp.gob.ec/>.

4 Ministerio de Salud Pública. Código de Ética. [Online]. Acceso 30 de Julio de 2020. 7 Disponible en: file:///D:/CINDY/Doc_Codigo_Etica.pdf.

4 Juliane Portella GC. Scielo. [Online].; 2019. Acceso 04 de Marzo de 2021. 8 Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200041.

4 Consejo internacional de enfermeras. [Online].; 2012. Acceso 16 de Abril de 2021. 9 Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf.

5 Ministerio de Salud Pública. [Online]. Acceso 16 de Abril de 2021. Disponible en: 0 http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anexo_396.pdf.

ANEXOS

Anexo 1: Oficio dirigido al Gerente del Hospital



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC
RESOLUCIÓN Nº 001-073 CEAACES – 2013 - 13
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 22 de abril del 2021
Oficio 469-D-FCS-UTN

Doctora
Miryam Ruiz
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL SAN VICENTE DE PAÚL

De mi consideración:

Reciba un atento saludo de quienes conformamos la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte.

Comedidamente solicito a usted, la debida autorización para que la señorita estudiante de octavo semestre de la Carrera de Enfermería, Srta. Cindy Nicole Miranda Lastra, pueda recolectar información al personal de Enfermería, de esta manera desarrolla el Trabajo de Grado cuyo tema es "Autonomía del personal de enfermería en la práctica asistencial, Hospital San Vicente de Paúl, 2021", previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería.

La información que se solicita será estrictamente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Rocío Castillo
DECANA – FCSS-UTN
Correo: rcastillo@utn.edu.ec decanatosalud@utn.edu.ec

Visión Institucional – La Universidad Técnica del Norte en el año 2025 será un referente en ciencia, tecnología e innovación en el país, con estándares de excelencia internacional.

Ciudadela Universitaria barrio El Bosque
Teléfono: 0810787-008 Cacha 608
www.utn.edu.ec

Anexo 2. Abstract



ABSTRACT

Nursing Staff Autonomy in Care Practice at San Vicente De Paul Hospital, 2021.

Author: Cindy Nicole Minda Lastra

cnmindal@utn.edu.ec

Professional autonomy in nursing personnel is a critical feature for providing high-quality care. Objective: to establish the autonomy of nursing staff during their professional practice. Methodology: design of a quantitative, cross-sectional, and descriptive approach. The study population included 139 nursing professionals from the San Vicente de Paul Hospital, and the “Nursing Staff Autonomy” questionnaire by Mary Blegen which was applied under ethical criteria. Results: the care activities that predominate within the autonomy dimension are the following: teaching about self-care activities (68%), decision-making on pain management (58%), and decision on the application of care (50%). In terms of operational activities, 50 percent of the sample engaged in the formulation and revision of unit procedures, followed by 42 percent who participated in a medical visit. In conclusion, compared to operational tasks, nursing autonomy is used in a higher percentage of direct patient care activities.

Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri

Anexo 3. Análisis Urkund



Document Information

Analyzed document	TESIS C.Minda.docx (D111348050)
Submitted	8/16/2021 4:28:00 PM
Submitted by	
Submitter email	cnminda@utn.edu.ec
Similarity	21%
Analysis address	mfvalla.utn@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS W.docx Document TESIS W.docx (D85758668) Submitted by: wendychanaluisa4b@hotmail.com Receiver: sdrevelo@utn@analysis.orkund.com		4
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS FINAL CORREGIDO.docx Document TESIS FINAL CORREGIDO.docx (D56331675) Submitted by: lyacosta@utn.edu.ec Receiver: lyacosta.utn@analysis.orkund.com		4
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS.docx Document TESIS.docx (D56811467) Submitted by: AlexandraRoseroAlexa@outlook.com Receiver: edlopez.utn@analysis.orkund.com		2
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS. bn.docx Document TESIS. bn.docx (D84173748) Submitted by: lity_gonzalez@outlook.es Receiver: edlopez.utn@analysis.orkund.com		4
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS BARAHONA FINAL 1.1.docx Document TESIS BARAHONA FINAL 1.1.docx (D107941001) Submitted by: apbarahonam@utn.edu.ec Receiver: edlopez.utn@analysis.orkund.com		5
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Lara Santiago.docx Document Lara Santiago.docx (D64230576) Submitted by: lity_gonzalez@outlook.es Receiver: mfvalla.utn@analysis.orkund.com		5
SA	Rev.Final-BryanPincay17-04-20.docx Document Rev.Final-BryanPincay17-04-20.docx (D68480112)		2
W	URL: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9447/2/06%20ENF%201016%20TRABAJO%20GRADO.pdf Fetched: 4/4/2021 7:05:36 PM		2
W	URL: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/668940/2020_Tesis_Arlandic%20Casanova_Matilde.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 8/16/2021 4:28:00 PM		1