6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL:

RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL CONOCIMIENTO QUE PRESENTAN LAS ENFERMERAS SOBRE EL PAE Y SU APLICACIÓN EN EL CAMPO LABORAL. QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
PRESENTAN:

ALMAZÁN DIRZO ANA CECILIA
MIRANDA AGUILERA ELIAZAR

299143

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. JULIO HERNÁNDEZ FALCÓN

OCTUBRE, 2001

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL:

RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL CONOCIMIENTO QUE PRESENTAN LAS ENFERMERAS SOBRE EL PAE Y SU APLICACIÓN EN EL CAMPO LABORAL

PRESENTAN: -ALMAZÁN DIRZO ANA CECILIA
-MIRANDA AGUILERA ELIAZAR

ASESOR MTRO. JULIO HERNÁNDEZ FALCÓN

MÉXICO D.F., OCTUBRE 2001

RECONOCIMIENTO

Al sistema de Universidad Abierta de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Al Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, y a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, quienes hicieron posible la realización de esta investigación.

RECONOCIMIENTO

A todas las Enfermeras que en su quehacer cotidiano, han contribuido para que la Carrera de Enfermería, llegue hasta dónde se encuentra en este momento.

A las Teóricas en Enfermería, que con su gran visión analítica contribuyen para que Enfermería sea reconocida, como una de las más hermosas y sublimes de las Profesiones.

AGRADECIMIENTO

Al "Ser Supremo". Por habernos permitido llegar a esta etapa de la vida y concluir una nueva experiencia para nuestra superación académica. A nuestros padres por habernos inculcado valores y principios sólidos, a nuestras familias por el apoyo incondicional que nos brindo en todo momento, a nuestros hijos quienes con su juventud e ingenio, nos motivaron y sirvieron de inspiración para nuestra superación personal y profesional, de cada una de nosotras.

A todos ellos gracias.

UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO

Al Mtro. Julio Hernández Falcón, por su acertada asesoría, orientación, apoyo incondicional, paciencia y la dedicación de su valioso tiempo para la culminación de esta tesis.

INDICE

Pag.

I INTRODUCCIÓN..... 1

II. MARCO TEÓRICO..... 3

2.1 Perspectiva Histórica de la Enfermería..... 3

- Génesis y Construcción Histórica del Concepto del Cuidado de Enfermería..... 4
- Del Medievo a la Actualidad..... 9
- Historia de la Enfermería en México..... 13
- Teorías de Enfermería, Perspectiva Histórica..... 23

2.2 Teorías y Modelos de Enfermería..... 29

- Niveles de Desarrollo de la Teoría..... 33

2.3 Proceso de Atención de Enfermería..... 35

- Filosofía..... 40
- Características del PAE..... 41
- Fases del PAE..... 42

III. MATERIAL Y MÉTODOS..... 66

3.1 Justificación..... 66

3.2 Objetivos..... 69

3.3 Planteamiento del problema..... 70

3.4 Hipótesis..... 71

3.5 Variables de Estudio..... 73

3.6 Tipo de Estudio..... 82

3.7 Universo de Estudio..... 82

3.8 Unidades de Observación..... 82

3.9 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación..... 82

3.10 Universo Muestra..... 83

3.11 Instrumentos: Encuesta y Guía de Observación..... 83

IV. RESULTADOS..... 85

4.1 Datos Generales del Personal de Enfermería..... 85 y 99

4.2 Datos Observados en el Personal de Enfermería..... 115 y 128

4.3 Discusión y Análisis..... 139

4.4. Propuestas..... 141

4.5 Conclusiones..... 142

CRONOGRAMA..... 144

ANEXOS..... 145

BIBLIOGRAFÍA..... 149

GLOSARIO..... 151

INDICE DE CUADROS

		Pag.
CUADRO N° 1	Edad del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".....	87
GRÁFICA N°.1	Edad del Personal.....	88
CUADRO N° 2	Sexo del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".....	89
GRÁFICA N° 2	Sexo del personal.....	90
CUADRO N° 3	Escolaridad del Personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".....	91
GRÁFICA N° 3	Escolaridad del Personal.....	92
CUADRO N° 4	Escuela de Egreso del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".....	93
GRÁFICA N°4	Escuela de Egreso.....	94
CUADRO N° 5	Año de Titulación, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".....	95
GRÁFICA N°5	Año de Titulación.....	96

CUADRO N° 6 Elaboración del concepto del PAE, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 97

GRÁFICA N°6 Elaboración del concepto del PAE..... 98

CUADRO N° 7 Conocimiento de los Objetivos del PAE., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 101

GRÁFICA N°7 Conocimiento de los objetivos del PAE..... 102

CUADRO N° 8 Conocimiento de las Etapas del PAE, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 103

GRÁFICA N°8 Conocimiento de las Etapas del PAE..... 104

CUADRO N° 9 Valoración del PAE "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 105

GRÁFICA N°9 Valoración del PAE..... 106

CUADRO N° 10 Conocimiento del Diagnóstico de Enfermería del PAE, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 107

GRÁFICA N°10 Conocimiento del Diagnóstico de Enfermería del PAE..... 108

CUADRO N° 16 Categoría del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 120
GRÁFICA N°16 Categoría del Personal..... 121

CUADRO N° 17 Sexo del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del PAE y su aplicación en el campo laboral"..... 122

GRÁFICA N°17 Sexo del Personal..... 123

CUADRO N° 18 Servicio del personal," Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 124

GRÁFICA N°18 Servicio del Personal..... 125

CUADRO N° 19 Turno del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 126

GRÁFICA N°19 Turno del Personal..... 127

CUADRO N° 20 Valoración del PAE, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 129

GRÁFICA N°20 Valoración del PAE..... 130

CUADRO N° 21 Diagnóstico del PAE, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 131

GRÁFICA N°21 Diagnóstico del PAE..... 132

CUADRO N° 22 Planeación de cuidados de Enfermería, Estudio de la relación del conocimiento del PAE y su aplicación en el campo laboral"..... 133

GRÁFICA N° 22 Planeación de Cuidados de Enfermería..... 134

CUADRO N° 23 Ejecución de cuidados del PAE, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 135

GRÁFICA N° 23 Ejecución de Cuidados del PAE..... 136

CUADRO N° 24 Evaluación del PAE, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral"..... 137

GRÁFICA N° 24 Evaluación del PAE..... 138

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito analizar la relación existente entre el nivel de conocimiento y la aplicación del P.A.E en la práctica profesional.

Para la enfermería, el uso de una Herramienta Metodológica en la Práctica diaria representa, la posibilidad para definir la propia disciplina Profesional y adentrarse en el conocimiento del cuidado.

En las Unidades hospitalarias el personal de Enfermería, representa al profesional que durante los 365 días del año y las 24 Hrs. del día, mantiene la atención directa hacia el usuario de servicios. Desde este punto de vista constituye el personal en que reside la atención directa y de calidad.

Por su parte el Proceso Atención de Enfermería, es un instrumento que justamente aplicado, permite garantizar la atención de calidad para el usuario.

El conocimiento real de la relación práctica cognitiva que se hace en las unidades de salud, es una necesidad de la propia enfermera para valorar los métodos de trabajo y avanzar en la transformación necesaria.

Para llevar a cabo la presente investigación, se seleccionó un hospital del tercer nivel de atención perteneciente al Sistema Nacional de Salud, siendo nuestro objetivo de estudio el personal de enfermería.

Investigación que sirva como parámetro, para poder llevar a cabo investigaciones subsecuentes sobre temas relacionados con la presente; y sea útil a los docentes que impartimos cátedra en enfermería para proponer una adecuación en la enseñanza del PAE, y además (ya sea por nosotras las

autoras u otros profesionales interesados en el tema) nuevos modelos que correspondan a la realidad social de nuestro pais, que puedan ser aplicables en el campo laboral y respondan a las necesidades de salud del individuo familia y comunidad.

La presente investigación esta integrada por cuatro capítulos: Introducción, Marco-Teórico, Material y Métodos, y Resultados.

Finalmente, las características de ésta investigación, esperamos permitan orientar el ejercicio de la enfermería hacia la definición disciplinar y de las propias herramientas para brindar cuidado en el que destaca el Proceso de Atención de Enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA

Vivimos el inicio de un nuevo milenio, con transformaciones a nivel mundial en todos los niveles: laborales, educativos, tecnológicos, culturales, políticos, etc., de un mundo globalizado.

Transformaciones que se han generando en los últimos 50 años y han contribuido a modificar en forma continua el entorno en el cual nos encontramos como país y por ende, como individuos. Sabemos, que estos cambios, se han originado por el proceso de globalización, que se fomento por la política económica capitalista que impera en este momento histórico, el Neoliberalismo.

Dadas las actuales condiciones de globalización, nuestra profesión de enfermería ha sufrido cambios, *"La enfermería de hoy es muy diferente a la que se practicaba hace 50 años, y lo que pasará o como será en el futuro, es incierto"*[1]

La enfermería como profesión, contiene el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos, ya que en el pasado, fue adaptando las teorías de otras disciplinas, como la medicina, la sicología, etc., que sirvieron de base para su práctica. Pero que ha ido evolucionando en forma paulatina hasta llegar a la actualidad, y que cuenta con el desarrollo de modelos y teorías en enfermería, aunque no son recientes, tratan de explicarlos con la utilización del "método enfermero."

El método enfermero, como sabemos, está basado en teorías y modelos de enfermería cuyo sustento es el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), cuyo fundamento es el método científico, que es: deliberativo, resolutivo y que aplica

---

[1] B .Kozier, G. Erb, K. Blais, "Conceptos y temas en la práctica de Enfermería". Interamericana Mc Graw-Hill, México1995, p xiii

habilidades cognoscitivas, técnicas y comunicativas, entre otras, dirigidas al individuo sano o enfermo, percibiéndolo con un enfoque holístico.

Por lo antes mencionado, es necesario partir desde la naturaleza de nuestra profesión, que son los *cuidados de enfermería*, para tener una visión total, actual y crítica, poder aprender del pasado al identificar los factores que han influido y saber de que manera han repercutido en nuestra profesión, para así poder proyectarnos hacia el futuro.

Para iniciar este marco teórico, es menester precisar, como las autoras de esta investigación tratamos de analizar la enfermería desde sus orígenes. A fin de evitar un manejo estático con enfoque unilateral, y que nos impida seguir el curso de las diversas formas del movimiento histórico del concepto de los cuidados de enfermería como una profesión.

En la 1ª. parte del trabajo indagaremos sobre las diversas propuestas del origen de los cuidados; donde algunos autores lo indican como antes de la escritura, y otros lo dividen desde el punto de vista oficial de la era de la prehistoria; en la 2ª. parte la comprensión del estado actual de la enfermería en México y en la 3ª. El Proceso de Atención de Enfermería, que en parte es reproducido en México para legitimizar las prácticas sociales de las clases dominantes en el poder, de tal forma que en el proceso de globalización, logran mantener, ampliar y cohesionar el sistema de relaciones sociales vigentes en la actualidad.

- GENESIS Y CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE LOS CUIDADOS DE ENFEMERÍA.

De dónde poder partir, sino del mismo origen del ser humano, que nos remonta a través del tiempo, de la prehistoria.

Analizar, ver y sentir, nuestra profesión, donde la práctica de los cuidados proporcionados por la mujer, que se inician en la prehistoria hasta la actualidad, es verla desde el punto de vista de género, donde las posiciones del poder social que han existido desde la antigüedad, amerita el análisis con espíritu crítico, donde el devenir histórico nos permita una mayor comprensión sobre el porqué de la situación actual de la enfermería en México, ya que para valorarla es necesario partir de la función y el valor social que tiene en nuestro país.

Desde los orígenes de la humanidad, ha existido la necesidad de "cuidar," relacionada con la misma vida. Con el nacimiento del ser humano, su desarrollo y su reproducción, hasta llegar a la muerte. La necesidad del ser humano era "*asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie.*"[2] Siendo para ello importante el sustento, la seguridad, la protección, etc., donde los elementos a vencer son el hábitat donde se encuentran ubicados. "*Y el paso del clima uniformemente cálido... a zonas más frías donde el año se dividía en verano e invierno, creo nuevas necesidades, al obligar al hombre a buscar habitación y a cubrir su cuerpo para protegerse del frío y de la humedad. Así surgieron nuevas esferas de trabajo y, como consecuencia nuevas actividades...*"[3] Surge, de hecho, la división del trabajo para C. Marx; y para nosotras también por género, como consecuencia de la apropiación de los medios de producción, con la relación que cada hombre o mujer tiene con respecto a su papel en la sociedad.

El hombre, por sus características fisiológicas (estatura, peso, fuerza, etc.,) se dedica a la protección de la especie, contra posibles agresores externos, como animales o tribus y al sustento, lo que implica la caza y /o la pesca. Mientras que a la mujer, dadas sus características fisiológicas (menor estatura, menor peso, menor fuerza, etc.), le corresponde la recolección de vegetales, el cuidado de los niños, mujeres embarazadas, enfermos, ancianos y el cuidado de los muertos. Es cuando en las sociedades primitivas con el caminar de los pueblos surge como una prioridad no manifiesta el cuidado como el... "*mantener la vida asegurando la*

---

[2] C. Marx, Federico Engels, "*El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*". Obras escogidas, Editorial Progreso Moscú, [s. f.] p. 337.
[3] *ibid.*

satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida... que les permite reproducirse y perpetuar la especie"[4]

De tal forma que el "cuidar," se convierte en una forma de conocer la naturaleza, por medio del método de ensayo y error, donde el "saber" y los roles asignados se convierten en ... "modos tradicionales de vida y continúan de generación en generación..."[5] que al paso del tiempo se transforman en costumbres, creencias, ritos, los cuales son incuestionables dentro de algunas sociedades, y serán, unas del género masculino y otras del género femenino.

Dentro de ese autoconocimiento sobre su ser y la naturaleza (llámese universo físico o hábitat), surge la conceptualización que se hacen las comunidades primitivas sobre la muerte. La vinculan con la enfermedad, como consecuencia la muerte representa el MAL. Pero, el gran temor que causa la muerte, hace que efectúen acciones para evitar la enfermedad y la muerte.

De esta conceptualización surge en las comunidades primitivas, las preguntas ¿Qué es el bien?, ¿Qué es el mal?, ¿Cuales son las fuerzas que los generan?. Encontrándonos con el surgimiento del pensamiento mágico en estas comunidades primitivas. Donde surgirán los distintos dioses, que podrán explicar los fenómenos de la naturaleza, con ello se inician las prácticas que conducen a las acciones que pueden ser permitidas o no, según su conceptualización. Pero nacen, de la observación que efectúan sobre la interacción de ellos con la naturaleza.

Estas prácticas son vigiladas por los sacerdotes y chamanes, los cuales pueden discernir sobre lo que es bueno o malo, ya sea para el individuo o la comunidad, cuyo objetivo común es el evitar la enfermedad, y por ende la muerte. Para con ello perpetuar la especie y su supervivencia como grupo. Siendo los chamanes o sacerdotes los mediadores entre las fuerzas benéficas (LA VIDA) y las

---

[4] Marie Francoise Collière, *"Promover la vida"*. Editorial Mc Graw-Hill Interamerica, España, 1993, p. 7.
[5] Marville J. Herskovits, *"El hombre y sus obras"*. Editoral F.C.E., México, [s.f.] 3ª RI., p.34.

maléficas (LA MUERTE). De tal forma que se convierten en los que designan, para beneficio de la comunidad, en expulsar a todo portador del mal, ya sea algún signo (enfermedad) o de alguna perturbación, económica o social etc. No quisiéramos dejar de mencionar, que a pesar de que éstas situaciones, que sucedieron hace miles de años. Los cuidados se entrelazan con el conocimiento que el hombre va adquiriendo sobre el mismo y su interacción con la naturaleza, donde por medio de ritos se vinculan la relación de los fenómenos naturales y los Dioses que poseen el poder sobre el hombre mismo y sobre la vida, la muerte, la fecundidad, las enfermedades, etc., y los fenómenos de la naturaleza, como son: la lluvia, el viento, la noche, el dia, el sol, los eclipses, etc. Teniendo tantos Dioses como fenómenos naturales existen. Este tipo de concepciones mágicas, continúan en nuestra época, sin importar el avance de la ciencia en la actualidad, donde aún existen prácticas o rituales antiquisimos y como ejemplo, solo basta mencionar los pueblos de la sierra de Oaxaca donde, *"El mundo de lo sagrado y de lo mágico, es el contexto dentro del que viven todavia muchos mazatecos... la posición del hombre ante la vida y ante el cosmos, el misterio de la muerte y del espíritu, son algunos de los aspectos involucrados en el ritual shamánico mazateco."*[6] De esta forma en nuestro pais, como lo afirma Adolfo Gilly "vivimos dentro de un desarrollo económico-politico, "desigual y combinado,"[7] donde encontramos pueblos enteros sumidos en el feudalismo y en otras partes de México, con un desarrollo altamente tecnológico, como en el norte del pais, o del centro

Desde los tiempos remotos la mujer ha sido curandera, donde ese "saber," del conocimiento de las plantas y como aplicarlas. Eran machacadas, hervidas, guisadas, etc., ha sido trasmitido de generación en generación, al igual que el "saber" de las comadronas, por medio de la enseñanza de las mujeres de mayor edad a las jóvenes a través de la comunicación oral. Este saber abarcaba, como ya se ha mencionado desde el nacimiento hasta la muerte. Sobre el mismo pueblo mazateco. Enrique Rubio menciona. *"Conservan conocimientos de herbolaria muy antiguos... cuando la mujer se encuentra en el 4º mes del embarazo, se le dan*

---

[6] Adolfo Gilly, *"La revolución interrumpida"*. Editorial El caballito, México, 1997, p. 240.
[7] *Ibid.*

masajes en el abdomen para arreglar el vientre... En el 8º mes, el curandero empieza a rezar a los dioses propicios y frota una mezcla de tabaco con lima sobre los brazos de la embarazada, para protegerla del embrujo. La mujer es asistida por una comadrona a la hora del parto."[8]

Los cuidados corporales van enfocados al aseo del cuerpo, siendo un conjunto de estímulos producidos por el tacto, contacto con el agua y aceites o ungüentos, donde se estimulan y se utilizan las propiedades sensitivas del cuerpo. El olfato permite a las mujeres de mayor edad, darse cuenta, por ejemplo, cuándo una mujer parirá o está una herida infectada, de tal forma que los olores permiten el conocimiento del cuerpo y sus fluidos.

El tacto es fuente de estímulo y de movilización corporal, y son utilizados los masajes, las fricciones, los pellizcos etc. Con ello estimulan al cuerpo para una mayor armonía, de tal forma que junto con los masajes, van unidos los aromas para lograr esos objetivos.

Las mujeres eran las que se encargaban de la recolección de vegetales, y frutos silvestres, encargándose con ello no solo de la alimentación y del cuidado de los niños, sino también al ser poseedoras del "saber" de las plantas, dado este "saber", por la continua y progresiva identificación de ellas, son utilizadas para el tratamiento de las enfermedades, que junto con los cuidados corporales hacen de todo ese conocimiento un "saber" empírico.

En muchas comunidades e incluso en la actualidad, son las mujeres las encargadas de proporcionar los cuidados a los muertos. El cadáver debe ser limpiado y untado de especies aromáticas para su trance al otro plano espiritual. En la actualidad, son las enfermeras las encargadas de proporcionar los cuidados post mortem y el médico solo se encarga de dar el aviso de defunción a los familiares.

---

[8] Enrique Rubio Montoya, *op. cit.* p. 11.

- DEL MEDIEVO A LA ACTUALIDAD

Como ya se ha mencionado los cuidados se mezclan con el conocimiento del hombre y la naturaleza, que se realiza por medio de cultos y rituales, cuya relación de los fenómenos naturales es explicada por medio de la infinidad de dioses que tenían el poder sobre la fecundidad, la vida, la muerte, la lluvia, el sol, la noche, el día, etc.

Al llegar a ser la religión católica, una religión de estado, siendo monoteísta, los diversos dioses que eran vinculados con los fenómenos naturales, se convierten en dioses paganos. Donde todos aquellos que les rendían culto se convierten en herejes, perseguidos, torturados y muertos. *"En la edad media el hereje era una persona impopular. El efecto, a fines del siglo XI y comienzos del XII, se registran casos de herejes linchados por las turbas enfurecidas... En 1184 tuvo lugar en Verona, una entrevista entre el Papa Lucio III y el emperador Federico Barbaroja, en la que el Sumo Pontífice y el supremo seglar de la cristiandad acordaron actuar conjuntamente contra la herejía y decidieron que la última pena por obstinación en ese delito sería el exilio y la confiscación de bienes," pero en 1197, el Rey Pedro II de Aragón, decretó"... que la máxima pena para la herejía sería la deportación, pero añadía que si el delincuente permanecía en sus dominios desafiando el edicto, sería condenado a muerte"*[9]

Que es lo que sucede en esa época con las mujeres, poseedoras del "saber" antiquísimo sobre los cuidados del cuerpo y llevando a cabo los rituales para la fe de los acontecimientos más importantes de la vida, como son el nacimiento y la muerte, del saber de las plantas y su aplicación a la cura de las enfermedades. Ese saber del cuidar que ejercían esas mujeres durante milenios, y que era el de *"cuidar las fuerzas que generan la vida, donde el cuerpo es el lugar de encuentro y de expresión,"*[10] fue considerado como una amenaza al poder espiritual de la Iglesia católica, donde son llamadas brujas, donde son perseguidas durante

---

[9] A.S. Turbeville, *"La Inquisición española"*. Editorial Breviarios FCE, 5ª Edición, México, 1995, p. 8.

[10] Marie Francoise Collière, *"Promover la vida"*. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, España, 1993, p. 30.

cuatro siglos, por la iglesia apoyados por los tribunales seculares por estar vinculadas a Satán.

El cuerpo visto por esas mujeres-brujas, era visto en su totalidad, llamémosle así a la unión de la mente, el cuerpo y el espíritu (lo que hoy en día es denominado holismo), donde ese cuerpo no podía ser fragmentado de sus demás partes, para poder estar en armonía con el universo, la naturaleza, siempre como único fin el de evitar el sufrimiento; la enfermedad y la muerte.

Pero desde el punto de vista de la iglesia católica, el alma se contrapone al cuerpo, siendo este su prisión, considerándosele el obstáculo para alcanzar lo divino. Donde el origen de las pasiones y deseos humanos, proviene del cuerpo. Esto los lleva a un desprecio total a la sexualidad, donde... "*la mujer es el símbolo, el asiento de la sexualidad.*"[11] Por lo tanto la mujer simboliza la impureza, la fornicación, culpable del pecado original y por tanto, una encarnación de Satán. Y todo lo concerniente a ella, a su naturaleza, su fecundidad e incluso la lactancia (símbolo de voluptuosidad), son objetos de aversión. "*La mujer se esconde para parir... pedía perdón por ser, por vivir...*"[12]

La iglesia y todos sus jerarcas son los que dirán que es lo bueno o lo malo y dictarán en lo sucesivo, los principios educativos, las costumbres de la crianza y decidirán quien impartirá los cuidados. Es necesario, para su concepción religiosa, que el cuerpo conozca el dolor y el sufrimiento para poder redimirlo de las impurezas creadas por el pecado original.

Los cuidados tradicionales basados en la unidad del cuerpo, el espíritu, la mente y el universo, quedan por lo tanto en duda ante la autoridad eclesiástica, quien decide cuales son los conocimientos que se pueden utilizar para cuidar el cuerpo, incluyendo la higiene. Existiendo una disociación entre el cuerpo y el alma, entre la práctica de la medicina, solo será hecha por hombres clérigos, ya fueran sacerdotes o monjes, y solo podrían auxiliar a los enfermos, solo si estos

---

[11] Collière, *op. cit.* p.37.
[12] *Idem* p. 35.

se confesaban. Los encargados de alejar a los portadores de los males, eran los caballeros de la orden de San Lázaro, los hermanos de San Juan de Dios, etc.

De esta forma el hombre en el devenir del tiempo, bajo el auspicio de la iglesia católica se dedica a " *descubrir el cuerpo por dentro, a osar explorarlo, lo que hará desarrollar una tecnología cada vez más exacta que se convertirá en la tecnología de los herreros, los barberos y los cirujanos... los cuidados que exigen una importante fuerza física serán también competencia de hombres: desplazamiento de articulaciones, reducción de fracturas, así como el dominio físico de los agitados y personas en estado delirante, de locura y embriaguez,*"[13] tenemos como ejemplos: a los Caballeros de San Juan, los Caballeros de la Orden Teutónica, los Templarios, los Caballeros de la orden de Malta, etc.

Posteriormente a mediados del siglo XI, son desplazados por enfermeros laicos, que se convertirán en enfermeros psiquiátricos.

Para evadir la orden existente sobre la clausura, Vicente de Paul, en el siglo XIV, decidió que sus seguidoras, no serían religiosas, que eran sujetas a la orden eclesiástica superior, sino que emitirían votos privados, simples y anuales, por lo tanto las hijas de la Caridad, hacen vidas diferentes, libres de la clausura y pueden desplazarse a donde deseen, efectuando actividades docentes y sanadoras. Desde esta posición la religión cristiana puede entrar al medio rural, son las proveedoras de cuidados hasta la aparición de las primeras enfermeras liberales.

Es importante mencionar que los cuidados proporcionados por las religiosas no tienen ninguna remuneración para ellas, pero sí para la congregación a la que pertenecen, por lo tanto, los cuidados al ser identificados con la filiación conventual, no serán objeto de estimación monetaria, sino hasta antes de la mitad del siglo XX, y con ello se obstaculiza el reconocimiento social y económico del servicio de enfermería.

---

[13] *Ibid.*

Conforme se fue separando la iglesia del estado, empieza a surgir la enfermera a fines del siglo XIX en los inicios de la era de la industrialización. Substituye en el orden social a las religiosas, pero conservan de ellas sus bases morales y éticas. Solo hasta la llegada de Florencia Nightingale, le fueron reconocidos algunos conocimientos.

Los descubrimientos que fueron realizados a fines del siglo XIX, en diferentes campos de la ciencia, y que se pudieron aplicar a la medicina, hicieron que los médicos fueran insuficientes para poder atender a todos los enfermos que requerían sus servicios.

Se vieron precisados a instruir a mujeres, aunque solo parcialmente, para que fungieran como sus auxiliares y fueron las enfermeras, quienes podían realizar algunos procedimientos que ellos no podían realizar, como el de: tomar la temperatura, colocar cataplasmas, lavativas, hacer exámenes de orina, así como actividades de limpieza.

Así llegan a asegurarse de personal, para preparar lo que necesita el médico y efectuar los tratamientos que prescribe, pero que él no efectúa. De este modo surgen las primeras escuelas de enfermería, y por casualidad son fundadas, siempre por un médico. Por lo tanto los cuidados proporcionados por las enfermeras, giran en torno de los cuidados que el médico prescribe para beneficio del enfermo y centrados en la enfermedad que padece el individuo.

Los médicos son los que darán contenido "profesional" a las enfermeras, y todo lo que desean de ellas. Les enseñan nociones elementales de anatomía, cirugía, patología, etc. Que tenga elementos técnicos adecuados para ser utilizados para beneficio del paciente y su deber sagrado para con el médico.

- HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

La enfermería en nuestro país tiene sus orígenes desde la época prehispánica, entre los aztecas la Ticitl, era quien se ocupaba de atender a los enfermos y heridos en las batallas. Los aztecas son considerados una cultura guerrera, pero también una estructura social que se preocupaba por la protección y unión dentro de su pueblo, cuyo conocimiento en herbolaria era muy amplio, así como, los avances en cirugía que realizaban los Tepiti, de cuyo conocimiento se admiraron los conquistadores ya que tenían avances mayores que sus similares en Europa.

"Sahagún habla también de los médicos herbolarios que pertenecían a la tribu de los toltecas y dice que tenían gran conocimiento y experiencia de las virtudes de las hierbas, conocían las que eran de provecho, las curativas y las mortíferas. Cincuenta años después de la conquista, Felipe II envió a México al célebre Dr. Francisco Hernández a estudiar las plantas del país y fue ayudado por los médicos mexicanos para la compilación de su obra. Quien pudo reunir 1,200 especies distintas, estudiadas y definidas por los indígenas en sus virtudes curativas"[14]

Las plantas eran cultivadas en los grandes jardines de Chapultepec, Iztapalapa, Texcoco y Oaxtepec cuyas propiedades laxantes, diuréticas hemostáticas, antipiréticas, antiespasmódicas, analgésicas y narcóticas eran ampliamente conocidas. Todos estos conocimientos apoyaban tanto al médico como a la enfermera, incluyendo a la Tlaumatqui-ticitl (la partera), que tenía un papel social preponderante en el pueblo azteca. "acostumbraban dar consejos a las embarazadas, en cuanto determinaban que ya debían estar bajo cuidado...Recomendaban una buena alimentación, reposo físico y moral, moderación en el trabajo manual, sobre todo en los tres últimos meses, que era la época en que la embarazada corría a cargo de la partera".[15]

---

[14] Frank Elizondo, *"Desarrollo histórico de la enfermería"*. Editorial La Prensa Médica Mexicana, [s.f] p. 268.
[15] Federico Bravo Peña, *"Nociones de historia de enfermería"*. 3ª Edición, México, 1969, pp. 83-84.

Durante la conquista, el pueblo azteca sufrió, no solo la destrucción de todo su conocimiento y sus edificios, sino también sufrió las enfermedades importadas de Europa traída por los españoles. Padeciendo graves y mortíferas epidemias como son: la viruela, sarampión, tifo, sífilis, etc., que diezmaron a toda la población, siendo susceptibles a los agentes infecciosos desconocidos hasta entonces, lo que facilito el dominio español. Ya consumada la conquista, no solo la población indígena enfermó, sino también los españoles, lo que propició la construcción de hospitales para proporcionar atención a los enfermos. Andrés Cavo nos hace el siguiente relato en su Historia de México. "Una horrible peste picó entre los naturales en 1576, que para curarla no bastaron los muchos médicos que había, y aunque éstos se hubieran multiplicado, no hubieran sido de provecho, siéndoles incógnita la causa y sus remedios. No perdonó sexo ni edad y causaba horror entrar en las casas de los apestados y hallar a los moribundos, niños entre los cuerpos de sus difuntos padres... Viendo esto el arzobispo llamo a los superiores de los religiosos y le encomendó el cuidado de los apestados. Los padres franciscanos, dominicos, agustinos y jesuitas, se distribuyeron por los barrios de los indios, de esta manera los unos llevaban alimentos y medicinas, otros oían sus confesiones ... Ayudaron en el piadoso trabajo los seculares, pero sobre todo las mujeres, las matronas e hijas de españoles ... corrían acompañadas de sus criadas de casa en casa por aquellos barrios, limpiando las horruras de los enfermos, conociendo, como era verdad, que la incura y el desaseo eran causa de tanto mal. Los proveían de ropa limpia y les suministraban los alimentos indicados que su caridad les sugería, y como para el cuidado de los enfermos estaban dotadas de particular gracia, a muchos les libraron de la muerte".[16] Las criadas eran indígenas, que fueron adiestradas para dar atención a los enfermos.

Entre los siglos XVI - XVIII, como menciona la cita anterior, diversas órdenes religiosas llegaron a la nueva España. Los frailes cuyo objetivo principal era el de la evangelización de los indígenas, tarea que fue puesta en práctica, por medio de que junto a una iglesia había un hospital para atención de los indígenas. Situación que facilito la evangelización y la instrucción en oficios que

[16] Frank Elizondo, *op. cit.* pp. 178-179.

eran necesarios para los conquistadores. Los frailes fueron un freno para los encomenderos, que explotaron a los indígenas hasta sumirlos en la miseria, la crueldad y los trabajos esclavizantes y poder someterlos, a una nueva "cultura" (entrecomillados nuestros). "La profunda fe de sus almas los hacía apóstoles, porque no sólo era el afán de conquista y la ambición lo que los atraía a México, sino también el afán de ganar almas para Cristo. Junto con el soldado conquistador y belicoso por definición, aparece siempre la figura suave y humanitaria del fraile, moderando las ventajas y privilegios que le otorga su posición ventajosa de triunfador, junto al indio, y haciéndolo practicar la caridad en auxilio del derrotado."[17]

En este tiempo se fundan los primeros hospitales el primero fundado por Hernán Cortés en el año de 1924, se situó donde se realizó el encuentro entre Moctezuma II y Hernán Cortés, llamado el "Hospital de la pura y limpia Concepción de Nuestra Señora." El pueblo lo denominaba el hospital "Del Marqués," posteriormente le llaman "Hospital de la Concepción y Jesús Nazareno" y por último "Hospital de Jesús," cuyo nombre prevalece hasta nuestra época. A partir de ese momento son inaugurados muchos hospitales, los cuales fueron atendidos por religiosos (as) y también por mujeres seglares y cuyo tratamiento era dirigido a pacientes sifilíticos, enfermos mentales, leprosos, mujeres, etc.

Queda en esa época la atención de la salud, enmarcada en el concepto de la caridad cristiana y durante siglos las mujeres que realizaban la tarea de atender a los enfermos, estuvo circunscrita a las instituciones hospitalarias.

En 1833, hubo una epidemia de cólera en la que mueren 21,800 personas, según consta en los archivos de la iglesia

Durante la denominación francesa en México, con el Emperador Maximiliano, la Emperatriz Carlota funda el "Hospital de Maternidad e infancia" para madres solteras.

---

[17] *Idem* p. 181.

En 1844 llegan de Madrid las Religiosas enfermeras, conocidas entonces como, Hijas de la Caridad. En 1847, cuando México es invadido por norteamericanos, debido al gran número de heridos fue necesario improvisar hospitales, utilizando los claustros y conventos. Un grupo formado por cuatro hermanas de la Caridad, dirigidas por Sor Micaela Ayans, improviso con tablas de la plaza de toros, camas y mesas de curaciones. Al término de la guerra con Estados Unidos de América., el hospital de San Pablo se convierte en hospital municipal y es confiado definitivamente a las Hermanas de la Caridad, con Sor Micaela Ayans como supervisora, administradora y directora. Hospital que no contaba con suficiente subsidio, Sor Micaela recurrió a diferentes medios para obtener fondos, pedía limosna, pedía fiados los alimentos para los enfermos que en ocasiones no le era posible pagar, por lo que tuvo que comparecer ante juzgados a responder por las demandas hechas en su contra.

En 1861, con las Leyes de Reforma, son expulsados del país las ordenes religiosas, para vender las propiedades y sostener la guerra contra los franceses, no se atrevieron a hacerlo con las Hermanas de la Caridad, por el enorme servicio que proporcionaban a la ciudad. "Sin embargo, las Hermanas tenían sus enemigos y hubo quien le sugirió a Don Benito Juárez, sobre la inutilidad de hacer excepción con ellas, el Presidente contestó: ¿Con quiénes sustituimos a estas caritativas mujeres?"[18]

A la muerte del Lic. Benito Juárez, Lerdo de Tejada pide que las Hnas., abandonen el hospital a pesar de la queja de los enfermos. El hospital queda en manos de personas sin preparación; en 1872 se cambia el nombre de Hospital de san Pablo por el de Hospital Juárez.

En 1874, Lerdo de Tejada cumple la orden y el 4 de noviembre, salen del país 410 hermanas de la Caridad y 355 de ellas eran mexicanas. Sor Micaela Ayans, es reconocida como "La más notable enfermera de México," muere en

[18] Frank Elizondo, *op. cit.* p. 197.

España en 1878. Los puestos que las religiosas dejaron vacantes fueron ocupados por enfermeros varones, sin preparación.

La mayoría de los hospitales construidos en la época de la conquista, desaparecen como resultado del paso de los años. Entre los que se conservan están el Hospital de Jesús, el de San Hipólito y el Hospital. Juárez, que fueron la cuna de una enfermería dependiente y empírica, que logro al paso de los años un reconocimiento no por su saber, sino por sus virtudes religiosas que mostraron las enfermeras en la atención que proporcionaban a los enfermos.

Fueron varios los eventos importantes para la medicina en el siglo XIX, entre ellos, el trabajo del cirujano Francisco Javier Balmis, quien con fines preventivos inoculó de brazo a brazo, suero obtenido de lesiones variolosas de niños infectados para producir anticuerpos contra dicha enfermedad. En esta tarea eminentemente sanitaria que revolucionó la investigación epidemiológica, tuvo una relevante participación la enfermera Isabel de Cendala, considerada en Iberoamérica como la primera enfermera Sanitarista. En 1879 se impulsaron los estudios sobre el Tifo, dirigidos con propósito de investigar sus mecanismos de transmisión y habiéndose identificado el origen del padecimiento, fue necesaria la redacción de un código sanitario que reglamentó el saneamiento de puertos y ciudades fronterizas, tarea en la que participaron un grupo de enfermeras que por medio de acciones sanitarias incidieron en los índices de morbilidad y mortalidad por tifo.

Dentro de los sucesos importantes para la enfermería en el siglo XIX, fue la publicación de algunas obras escritas por médicos, tituladas. "Guía de la enfermera," "Enfermería teórico-práctica" y "Apuntes de enfermería," éste último texto contenía el Decálogo de la enfermera. Las que fueron significativas ya que representaban en su momento el primer sustento teórico para la formación de la enfermera, no obstante su contenido, esto contribuyo a la dependencia de la enfermera hacia los conocimiento suscritos por médicos. En 1886 con los principios de asepsia, se limitan las infecciones hospitalarias y disminuye la morbilidad y la mortalidad por septicemia, erisipela y gangrena.

Hacia 1894 se inicia en el hospital de San Andrés, un curso de Obstetricia con duración de un año, que habilitó a las enfermeras para la atención del parto, solicitando su participación con más frecuencia que a los médicos, entre otras causas, por factores culturales y sociales que en su momento eran predominantes.

A pesar del avance de la medicina, la enfermera se mantuvo al margen, lo que dio como resultado una práctica desligada de los conceptos que debían sustentarla.

A inicios del siglo XX, de manera formal se inicia la preparación profesional de la enfermera. El Dr. Eduardo Liceaga, con el proyecto de unir en un solo hospital los ya existentes en México, incluía de manera oficial el hospital General de México, con su personal que constaba de 54 enfermeras capacitadas por el mismo, asignándole por primera vez un sueldo según su categoría. Las enfermeras preparadas ocuparon los cargos de jefes de servicio de enfermería en los pabellones del hospital llamándolas "primeras".

Por gestiones del Dr. Liceaga vinieron de Alemania dos enfermeras: Maude Dato que fungió como jefe de enfermeras y Gertrudis Friedrich como subjefe; en 1906 regresan a su país y vienen de Norteamérica en 1907 la enfermeras Mary Mc Cloud y Ana Hamburi, como jefe y subjefe de enfermeras, quienes llamaron la atención por hacer sus recorridos de supervisión en bicicleta. En 1908 la enfermera Eulalia Ruiz Sandoval, una de las pioneras de la enfermería en México pasa a ocupar la jefatura de enfermeras del hospital, siendo la primera enfermera en México que se inicia en la jefatura correspondiente.

Es rescatable en ésta primera etapa en la formación de enfermeras, el hecho de que por primera vez se concretó un plan de Estudios formal, con lineamientos metodológicos y prácticos elaborados por enfermeras extranjeras en el que se consideró la relevancia de vincular la teoría apoyada con un sistema de internado de estudiantes.

Siendo en el Hospital General, donde se inicia la enseñanza organizada de enfermería, se inaugura formalmente la primera escuela para enfermeras en el año de 1907, con requisitos de haber terminado el 4º año de primaria. El hospital proveía el uniforme y una pequeña remuneración mensual de acuerdo al año que cursara la alumna. Su jornada de trabajo era de 7:00 a 20:00 horas, alternando con turnos de noche de 20:00 a 7:00 horas del día siguiente, antecedentes que son significativos para comprender la relación de la profesión con el mercado laboral, el salario y la valoración de la profesión.

La expansión de los servicios de salud crea una demanda cada vez mayor de enfermeras, por lo que se promueve en varios estados el surgimiento de otras escuelas de enfermería, todas con criterios metodológicos distintos propios de quienes las formaban, que en la gran mayoría eran médicos y religiosas enfermeras.

En 1909, se inician las primeras reuniones para organizar la Cruz Roja Mexicana.

En 1910 se funda el hospital "La Castañeda."

En 1911 se funda la Cruz Blanca Neutral.

Es necesario recordar que en este lapso, el país estaba convulsionando por la revolución mexicana, donde la mujeres mexicanas, atendían a los heridos de la revolución. Refugio Esteves Reyes, "la madre Cuca," se le considera la 1er. enfermara militar. Tenía a su cargo un carro de cirugía, estando en funciones, recibió una bala en el cuello que se alojo en la 4º vértebra cervical la cual no pudo ser operada y vivió con ella toda su vida. La Cruz Blanca Neutral, prestaba auxilio a los heridos de los diferentes bandos revolucionarios, siendo la primera en asistir a los enfermos o heridos la Srita. Ma. Elena Arizmendi.

En 1917, se organizó el Consejo de Salubridad y creado el Dpto. de Salubridad Pública, en su sección de Higiene Infantil, se planeo utilizar enfermeras.

En 1920 se mejoran las condiciones sanitarias del medio y se amplia la educación sanitaria a la población, valorando la importancia de la enfermera visitadora.

En el año 1921, por iniciativa de los médicos Gregorio Salas y Pablo Mendizabal, se instituye el 6 de enero, como Día de la Enfermera, para exaltar las cualidades de: espíritu de servicio, abnegación y nobleza, con las que realiza la enfermera a través del trabajo diario, situación que refuerza hasta nuestros días, la atención con un enfoque filosófico cristiano.

Hasta 1921 la Escuela de Enfermería del Hospital General, logra el reconocimiento universitario y permanece como una sección de la Escuela de Medicina. Lo que origina que la enfermería siga bajo la dirección de los médicos quienes determinan y sustentan el conocimiento.

En forma paralela, se continúa desarrollando en el país la enfermería sanitaria, obviamente dirigida por médicos, para poder participar en las campañas contra las enfermedades infectocontagiosas. Siendo en 1929, cuando se organiza el servicio de enfermeras visitadoras de la Escuela de Salubridad, quienes eran responsables de "impartir en los hogares las enseñanzas de higiene, especialmente enfocada al cuidado de los niños y las embarazadas." En 1930, el Departamento de Salubridad, integra a las enfermeras con el equipo de salud, quien orienta sus actividades entre otros aspectos hacia la investigación, organización y atención social a la población, y extiende su preparación sanitaria para trabajar en el medio urbano rural.

La Escuela de Enfermería, se separa de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México en 1935, y por iniciativa del Dr. Ignacio Chávez, se estableció como requisito, la secundaria para cursar la

Carrera de Enfermería, así como, el título de enfermera para ingresar a la Carrera de Obstetricia, significando con ello la profesionalización de la carrera aunque todavía su preparación era insuficiente para lograr los espacios y funciones que la enfermera podía ocupar y desarrollar.

La Escuela Militar de Enfermeras se fundó en 1937, para el servicio de Sanidad Militar del Ejército Mexicano, por acuerdo del C. Presidente Lázaro Cárdenas. En su origen la escuela funcionó exigiendo un año de secundaria para estudiar la carrera de Enfermería que tenía una duración de tres años: en 1939, desaparece este requisito y se exige la secundaria completa. Al termina los estudios las alumnas reciben el grado de subteniente en el Ejercito Mexicano, con la obligación de prestar 5 años de servicio.

En 1938, en el Segundo Congreso de Higiene Rural, la Sra. Carmen Leija Paz de Ibarra, hace hincapié en los problemas de educación higiénica en zonas rurales y la necesidad de enfermeras preparadas para prestar sus servicios en el campo rural, y en 1940, se inician las inscripciones en la Escuela de Enfermería del Instituto Politécnico Nacional, con requisitos de secundaria; el plan de estudios era de cuatro años; dos de enfermería y dos de obstetricia. Se exige el servicio social en zonas rurales con un mínimo de seis meses, elaboración de tesis para informar sobre las labores realizadas y presentar examen profesional al término de la carrera.

En la década de los cuarenta, las políticas de salud promueven un extraordinario auge en la creación de hospitales del D.F., lo que motivo que la concentración de enfermeras fuera mayor en la capital del país. Se multiplicaron las escuelas de enfermería en el D.F., y en los estados de Puebla, Guanajuato, San Luis Potosí, Monterrey, Zacatecas, Chihuahua y Oaxaca, quienes iniciaron la enseñanza de la enfermería con orientación a la formación de enfermeras hospitalarias. En la misma década, son planteadas acciones dirigidas a la población abierta, coordinadas por Salubridad y Asistencia a través de una red hospitalaria que finalmente quedo inconclusa. El IMSS convierte una de éstas instituciones en Centro Médico Nacional, con unidades médicas de especialidad

que ubicó a las enfermeras en el mismo campo de acción, el hospitalario asistencial, con enfoque curativo y de especialización, reforzado en la Ley del Seguro Social. Con este proceso de expansión de los servicios de atención a la salud, la introducción de alta tecnología y el modelo médico hegemónico, se dio lugar a las especialidades y súper especialidades. Por lo tanto las escuelas de enfermería continúan formando personal para dichas especialidades.

En 1947, fue creada la Asociación Mexicana de Enfermeras, organización representativa de la Enfermería Nacional, legalmente reconocida, apoyada en los derechos que otorga el Código Civil, para el D.F., y territorios Federales y con lineamientos de la Enfermería Internacional, reconociéndose como agrupación apolítica y laica proponiéndose como objetivos, lograr el reconocimiento de la profesión de enfermería, fomentar la ética profesional, procurar el logro de mejores niveles académicos y unificar metas y filosofía con el Consejo Internacional de Enfermeras, estableciendo vínculos sociales y culturales entre las enfermeras de todo el mundo. Hasta 1961, la Asociación Mexicana de Enfermeras quedó incorporada al Consejo Internacional de Enfermeras, con reconocimiento a nivel internacional y el compromiso de elevar el nivel y prestigio de la profesión de enfermería.

En 1953, aprueba el Consejo Universitario el plan de Estudios de la carrera de enfermería a nivel licenciatura, cuyo requisito es la preparatoria, no obstante éste importante avance, el predominio dentro de las escuelas de enfermería es la formación a nivel técnico.

En 1957, al trasladarse la Facultad de Medicina a Ciudad universitaria, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, se ubico en el antiguo edificio de la Facultad de Medicina, y como Director el Dr. Alfredo López Nava, quien adecua los planes de estudios a las necesidades de salud del país, con un enfoque sanitario y preventivo, incluye la materia de salud pública, para lo que asigna profesionales médicos y de enfermería especializados en la materia. La dirección de la Escuela nacional de Enfermería y Obstetricia, estuvo a cargo de médicos hasta 1975, otorgándose el nombramiento de Directora a la Enfermera Psicóloga

Marina Guzmán Vanmeeter en el periodo de 1975-1982. A partir de entonces han sido enfermeras quienes dirigen la E.N.E.O.

En 1975, debido al programa de descentralización de estudios profesionales, para resolver la gran demanda de ingreso a nivel profesional y evitar la concentración en las instalaciones de Ciudad Universitaria., surge la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, donde se imparten cinco carreras del área de la salud a nivel licenciatura, entre ellas Biología, Medicina, Odontología y Sicología, y a Nivel Técnico la Carrera de Enfermería, quien toma el modelo curricular vigente de la E.N.E.O

– TEORÍAS DE ENFERMERÍA. PERSPECTIVA HISTÓRICA

Como ya se mencionó, fue Florencia Nightingale, la primera teórica de la Enfermería, quien en 1860, eleva la enfermería por medio de la educación, y define a la enfermería , como "*el acto de utilizar el medio ambiente para ayudarle en su recuperación*,"[19] donde un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era de suma importancia para la recuperación del paciente.

En la segunda mitad del siglo XX. Se desarrollaron diferentes visiones sobre la enfermería, donde existen temas comunes, como son que la enfermería es: holística, adaptativa, cuidadora, individualizada e interrelacionada con la familia y comunidad, es una ciencia, un arte, que se aboca a la promoción, mantenimiento, rehabilitación, restauración de la salud y al cuidado de los moribundos. Así tenemos el siguiente cuadro de definiciones y descripciones de la enfermería mostrado en orden cronológico.

---

[19] Ruby L. Wesley, *"Teorías y modelos de enfermería"*. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2ª Edición, México 1995, p.12.

Teórica de Enfermería y su teoria	Definición/Descripción
"Hildegard Peplau (1952) Enfermería Psicodinámica.	Un proceso terapéutico e interpersonal. Funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen que la salud sea posible para las personas de las comunidades. Un instrumento educativo, una fuerza de maduración que se encamina a promover el movimiento de avance de la personalidad en el sentido de la vida creativa, constructiva, productiva y comunitaria.
Faye Abdellah(1960): Veintiún problemas de enfermería.	Servicio a los individuos y familias; por consiguiente, a la sociedad. Un arte y ciencia moldea las actitudes, las competencias intelectuales y las cualidades técnicas de cada enfermera en el deseo y capacidad de ayudar a las personas, enfermas o sanas, a afrontar sus necesidades de salud. Puede llevarse a cabo bajo la directriz médica general o especifica.
Virginia Henderson (1960): Catorce necesidades básicas.	La función singular de la enfermera: ayudar a los clientes, sanos o enfermos, en el desempeño de aquellas actitudes que contribuyen a la salud, a su recuperación o a una muerte apacible que los clientes realizarían por si mismos si tuvieran la necesaria fuerza, voluntad o conocimientos. También hacerlo de tal forma que se ayude a los clientes a obtener independencia tan pronto como sea posible.
	Una ciencia humanística dedicada a la preocupación compasiva por el mantenimiento

Martha Rogers (1970): Seres humanos unitarios, un campo de energía.	y promoción de la salud, la prevención, de la enfermedad y la rehabilitación de los enfermos e incapacitados. Las enfermeras buscan promover la interacción e integridad de los seres humanos y digerir y redigerir los patrones de interacción entre la persona y el entorno para la realización de un máximo potencial de salud.
Imogene King (1971, 1981): Teoría de logros y meta.	Una profesión que ayuda a los individuos y a los grupos de la sociedad a alcanzar, mantener y restablecer la salud. Si esto no es posible, las enfermeras ayudan a los individuos a morir con dignidad. La enfermería consiste en percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar cara a cara con la conducta de los individuos que se incorporan a una situación de enfermería. Una situación de enfermería es el entorno inmediato, la realidad temporal y espacial en la que la enfermera y el cliente establecen una relación para afrontar los estados de salud y adaptarse a los cambios en las actividades de la vida diaria si la situación exige adaptación. Es un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción, donde la enfermera y el cliente comparten información sobre sus percepciones de la situación de enfermería.
Dorotea Orem (1971, 1980, 1985): Teoría del auto cuidado.	Un servicio de ayuda o asistencia a personas que son total o parcialmente dependientes (bebés, niños, adultos) cuando ellos, sus padres, guardianes u otros adultos responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar su cuidado. Un esfuerzo creativo de un ser humano para

	ayudar a otro ser humano. La enfermería es una acción deliberada, una función de inteligencia práctica de las enfermeras, y la acción de brindar condiciones humanamente deseables en la persona y su entorno. Se distingue de los demás servicios humanos y de las demás formas de cuidado por su enfoque en los seres humanos.
Myra Levine (1973): Cuatro principios de conservación	Una interacción humana; una disciplina enraizada en la dependencia orgánica del individuo en relación con otros seres humanos. Una subcultura que refleja las ideas y valores propios de las enfermeras, aun cuando los valores reflejen el modelo social que los creó.
Sor Callista Roy (1976, 1984): Teoría de la adaptación	Un sistema teórico de conocimientos que prescribe un proceso de análisis y su acción relacionado con el cuidado de la persona enferma o potencialmente enferma. Como ciencia, la enfermería es un sistema de conocimientos en desarrollo sobre las personas, usando para observar, clasificar y relacionar los procesos por los cuales las personas afectan positivamente a su estado de salud. Como disciplina práctica, el cuerpo de conocimiento científicos de la enfermería se utiliza para proporcionar un servicio esencial a las personas, esto es, promover la capacidad de afectar positivamente a la salud.
Jean Watson (1979,1985): La ciencia del cuidar	La enfermería se ocupa de la promoción y restablecimiento de la salud y de la prevención de la enfermedad. Cuidar es un término de enfermería que representa todos los factores

	que utiliza la enfermera para proporcionar cuidados sanitarios a su cliente. En cambio, curar es un término médico que se refiere a la eliminación de la enfermedad.
Dorothy E., Johnson(1980): Teoría de sistemas de conducta	Una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración de la conducta del cliente en un nivel óptimo en aquellas condiciones en las que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social o en la que se encuentra la enfermedad.
Rosemaire Rizzo Parse (1981): Hombre - vida- salud	La enfermería es una ciencia humana que se centra en el hombre como unidad viviente y en la participación cualitativa del hombre en la experiencias de salud. La responsabilidad frente a la sociedad relativa al ejercicio de la enfermería es orientar la elección de posibilidades en el proceso cambiante de la salud. El ejercicio de la enfermería se dirige al esclarecimiento y movilización de las interrelaciones de la familia a la luz del significado atribuido a la salud y a sus posibilidades, según la codificación en los modelos de relación co-creados.
Bette Newman(1982): Teoría de sistemas	Una profesión diferenciada, ya que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta de un individuo a los factores de estrés, que son de naturaleza intra, inter y extrapersonales. La ocupación de la enfermería es prevenir la invasión del estrés, o, después de la invasión del estrés, proteger la estructura básica del cliente, mediante las formas de prevención primaria, secundaria y terciaria,

	para adaptarse a los factores de estrés ambientales y mantener la estabilidad del sistema del cliente
Madeleine Leininger (1984): "Teoria de los cuidados transculturales"[20]	Una ciencia y arte humanístico aprendido que se centra en las conductas de cuidados, funciones y procesos personalizados (individuales y de grupo), dirigidos a promover y mantener las conductas de salud o a recuperarse de la enfermedad. Las conductas tienen significado fisico, psicocultural y social o tienen significado para los que son atendidos generalmente por una enfermera profesional o por una enfermera con similares competencias de rol.

La American Nurses Asociatión (ANA), en 1980 publico su definición de enfermería: "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas a problemas de salud reales o potenciales."

En 1987, adoptó una declaración del ámbito del ejercicio de la enfermería: "Hay un ámbito del ejercicio clínico de la enfermería. El núcleo, o esencia, de dicho ejercicio, es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad. La declaración incluye las diferencias entre las enfermeras profesionales y las técnicas: la "profundidad y amplitud con la que la enfermera individual se introduce en el ámbito total del ejercicio clínico de la enfermería se definen por la base de conocimientos de la enfermera, el rol de la enfermera y la naturaleza de la población de los clientes en un ambiente de práctica."

La Canadian Nurses Association (CNA) publica en 1984 una definición sobre la enfermería, y sirve como estándar profesional para las enfermeras del

[20] B. Kolser G. Erb. K Blais, *op. cit.* pp. 5-6.

Canadá. "Enfermería o el ejercicio de la enfermería significa la identificación y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales e incluye la práctica y la supervisión de funciones y servicios que, directa o indirectamente, en colaboración con un cliente o profesionales de la salud distintos de las enfermeras, tienen como objetivos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, el restablecimiento de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud e incluye todos los aspectos del proceso de enfermería."

2.2 TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

Siendo la enfermería una profesión en continua evolución, se encuentra inmersa en la identificación de su propia base de conocimientos. Lo cual requiere el desarrollo y reconocimiento de conceptos y teorías específicos de enfermería. En el pasado nuestra profesión adaptó teorías de otras disciplinas, como los de medicina, sicología, sociología, ciencias físicas, etc. Al definir su propio cuerpo de conocimientos, los define como Modelos y teorías conceptuales.

Donde los modelos y teorías de enfermería expresan información sobre las definiciones de la enfermería y de la práctica de la enfermería, los principios que forman la base para la práctica y las metas y funciones de la enfermería.

De los modelos y teorías de enfermería se derivan los conceptos, donde: "Un Concepto, es una idea de un objeto, propiedad o situación y puede ser empírico o concreto (observable directamente, como una lesión, un edema, etc.), inferencial (observable indirectamente, como el dolor), o abstracto (no observable, como el estrés)"[21]

En el Metaparadigma Enfermero, se basan las teorías y modelos conceptuales. Un METAPARADIGMA es: el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión, ya que describe las relaciones entre

---

[21] Ruby.L. Wesley, *"Teorías y modelos de enfermería"*. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, 2ª Edición, México 1995, p.2.

las ideas y los valores principales y orienta la organización de los modelos y teorías de una profesión.

El metaparadigma de la enfermería, agrupa cuatro conceptos, que son: persona, entorno, salud y enfermería.

- PERSONA: se refiere al receptor de los cuidados de enfermería, y que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y puede aplicarse a un individuo, una familia o una comunidad.

- ENTORNO: se define como todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

- SALUD: se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

- ENFERMERÍA: son las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.

Los modelos y teorías en enfermería, pueden ser clasificados conforme a la relación que tienen con los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero.

1. De desarrollo, resaltan el crecimiento, el progreso y la maduración; cuyo enfoque principal va dirigido al cambio con la dirección concreta. El cambio es ordenado, predecible, tratando de maximizar el crecimiento.

2. De sistemas, considerando a las personas como sistemas abiertos, donde cada sistema puede recibir información del entorno, la procesa y la devuelve, retroalientándose mientras mantiene una tensión dinámica de fuerzas. Donde cada sistema tiende al equilibrio, entendiéndose como equilibrio la igualdad entre las fuerzas internas y externas. La meta es el todo.

3. De interacción, se basa en las relaciones entre las personas. Donde la persona es el elemento activo, y encuentra en su autoconcepto, su comunicación, su percepción para lograr la interacción entre las personas.

Como ya se mencionó, los puntos de acuerdo entre las teorías y modelos de enfermería son, el metaparadigma, cuyo fin es el bienestar del paciente, visto desde un punto de vista holístico, y un conjunto de valores distintos de enfermería.

Todas las teorías y modelos analizados con anterioridad y recientemente, ha implicado que aún no exista acuerdo sobre cuál de los modelos o teorías en particular son útiles para la práctica de la enfermería.

Los MODELOS son: una descripción simbólica de la realidad, nos proporcionan una representación esquemática sobre algunas relaciones entre los fenómenos, utilizan símbolos o diagramas para esquematizar las ideas, conectándolas entre si, para tener un concepto más amplio y general del fenómeno. Puede mostrar las características de una disciplina. Los modelos de enfermería solo incluyen aquellos conceptos que el creador del modelo cree necesarios y que ayuda a los demás a entenderlo. Tienen como características:

- Intentar describir, explicar y predecir las relaciones entre los fenómenos
- Estar compuestos por conceptos empíricos, inferenciales y abstractos
- Proporcionan un marco organizado para la valoración, planificación, intervención y evaluación enfermera.
- Facilitan la comunicación entre las enfermeras y estimulan la acción unificada en la práctica, la educación, la administración y la investigación.

Un MARCO, es una estructura básica que soporta cualquier cosa. Un marco conceptual es un conjunto de conceptos y enunciados que integran los conceptos en una configuración significativa, pero no solo están hechos de

conceptos, sino de proposiciones, y son los que expresan las relaciones entre los conceptos. Cada marco conceptual da una teoría de la enfermería, propone una visión diferente de los conceptos paradigmáticos. El modelo conceptual da una dirección clara y explícita sobre las tres áreas de enfermería: el ejercicio, la educación y la investigación. Todos los modelos conceptuales son marcos de referencia (conceptuales y teóricos), "pero no todos los marcos de referencia son modelos, ya que algunos no son lo bastante específicos para dar directrices claras para el ejercicio, educación e investigación".[22]

Las Teorías, están formadas de conceptos y proposiciones, explican los fenómenos con mucha mayor especificidad. Son en si conceptos relacionados que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, explicativa y predictiva. Verificadas a través de la investigación. El marco conceptual, en cambio proporciona una orientación para el ejercicio de la enfermería, la educación y la investigación.

Características:

- Deben ser lógicas, simples y generalizadas.
- Compuestas por conceptos y proposiciones.
- Relacionan conceptos entre si, para crear una forma específica de observar un fenómeno en particular.
- Proporcionan bases para hipótesis verificables
- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos, pero quedan preguntas abiertas sin respuesta para la investigación.
- Pueden estar constituidas por teorías sobre el mismo fenómeno, que interrelacionen los mismos conceptos, pero los describen y explican de manera diferente.
- Pueden describir un fenómeno particular (teorías descriptivas o de aislamientos de factores); explicar las relaciones entre los fenómenos (Teorías explicativas o de relación entre los factores); predecir los efectos de un fenómeno sobre otro (Teorías predictivas o de relación de

[22] B. Kosier, G. Erb, K. Blais, *op. cit.*, p. 48.

factores); o ser utilizadas para provocar o controlar un fenómeno deseado (Teorías prescriptivas o de provocación de situaciones).

- Contribuyen a favorecer el incremento del cuerpo general de conocimientos en una profesión a través de la investigación realizada para validarlo.
- La diferencia entre los modelos conceptuales, ambos pueden describir, explicar o predecir un fenómeno, pero únicamente las teorías proporcionan una dirección específica para orientar la práctica; los modelos conceptuales son más abstractos y menos específicos que las teorías, pero pueden proporcionar la dirección para la práctica.

- NIVELES DE DESARROLLO DE LA TEORÍA

Las METATEORIAS, centradas en aspectos generales, que incluyen el análisis del propósito y el tipo de teoría necesaria, la propuesta y crítica de fuentes y métodos de desarrollo de la teoría y la propuesta de criterios para la evaluación de la teoría.

Los METAPARADIGMAS, su contenido es abstracto y de ámbito general: intentan explicar una visión global y útil para la comprensión de los conceptos y principios clave.

Las TEORIAS DE MEDIO-RANGO, su objetivo son los fenómenos o conceptos específicos como el dolor y el estrés; su ámbito es limitado, pero suficientemente generales para estimular la investigación.

Las TEORIAS EMPÍRICAS, definidas brevemente; se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización.

Las teorías de enfermería, sirven a varios propósitos esenciales:

- "Facilita la mejora del ejercicio, en base a que genera conocimientos."
- Es organizada la información en sistemas más lógicos

- Descubre lagunas de conocimientos en el campo específico del estudio.
- Proporciona un fundamento racional para recoger datos fiables y válidos sobre el estado de salud de los clientes, lo que es esencial para una toma de decisiones y una ejecución eficaz.
- Proporciona una medida para evaluar la eficacia de los cuidados de enfermería.
- Desarrolla una forma organizada de estudiar enfermería.
- Guía la investigación de enfermería para ampliar los conocimientos".[23]

COMPONENTES DE LOS MODELOS DE ENFERMERÍA.

Tienen tres componentes los modelos conceptuales. Suposiciones, un Sistema de Valores y Unidades Principales.

La Suposiciones, son enunciados de hechos (premisas) o presunciones que las personas aceptan como base teórica subyacente para las conceptualizaciones sobre la enfermería. Las suposiciones se derivan de la teoría científica o la práctica, o ambas, y han sido o pueden ser verificadas. La mayoría de los modelos también extraen las suposiciones de las teorías de adaptación. La mayoría de los modelos también extraen suposiciones de la práctica. Estas suposiciones varían de modelo a modelo, como ejemplo tenemos: las suposiciones sobre los seres humanos varían en forma considerada: Henderson ve al cliente como un ser con 14 necesidades básicas; Roy, como un ser con 8 subsistemas conductuales, y Orem, con 6 requisitos fundamentales de auto cuidado.[24]

Sistema de Valores. Las ideas que subyacen a una profesión son un sistema de valores, en forma general, son similares entre los modelos:

---

[23] Ruby L. Wesley, *op. cit.* p. 5
[24] Ruby L Wesley, *op. cit.* p. 179, pp.4-6.

- Las enfermeras tienen una función propia aún cuando comparten ciertas funciones con otros profesionales sanitarios
- La enfermería es un servicio destinado a satisfacer las necesidades de las personas o grupos sanos o enfermos más que a resolver aspectos específicos de la enfermedad o afección.
- La enfermería usa un proceso sistemático, para hacer funcionar su modelo conceptual.
- La enfermería implica una serie de relaciones interpersonales. La relación enfermera-cliente (relación de ayuda) es de mayor importancia.

2.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El Proceso Atención de Enfermería, es un método sistemático y racional de planificar y ofrecer cuidados de enfermería. Su objetivo es el de identificar el estado de salud de un paciente o cliente y los problemas de salud reales o potenciales, establecen planes para cubrir las necesidades identificadas y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades. El Proceso Atención de Enfermería, es cíclico y sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede implicar más de un componente a la vez.

El PAE, en la profesión de enfermería sirve como base para la identificación de problemas y/o necesidades del paciente, familia y comunidad, facilita la elaboración de un diagnóstico de enfermería para planear sus acciones basadas en el método científico.

El término Proceso Atención de Enfermería es relativamente nuevo, ya que anteriormente se conocía como, cuidados de enfermería, los cuales eran proporcionados en base a la prescripción médica y sintomatología de la enfermedad, sin ver al paciente desde el punto de vista holístico. La transformación se genero con la evolución de la profesión y el término de PAE se acuña en 1955 por Hall, lo que sirvió de punto de partida para que diversas profesionales de enfermería lo abordaran con diferentes puntos de vista.

Así vemos que Jonson (1959), Orlando (1961), y Windenbach (1963), desarrollan un Proceso de Atención de Enfermería integrado por 3 fases que contenían los elementos rudimentarios comparado con el proceso actual, que consta de 5 etapas.

Posteriormente Knowles (1967) sugirió 5 principios que consistían en: descubrir, profundizar, decidir, hacer y discriminar. En los primeros estadios, la enfermera lleva a cabo una recolección de datos sobre el paciente o cliente. En el tercer estadio (decidir) la enfermera determina el plan de acción, en el cuarto estadio (hacer) la enfermera ejecuta el plan, en el quinto estadio (discriminar) la enfermera valora la reacción del paciente a las acciones de enfermería.

En 1967 la WICHE (Wistern Interstate Comissión on Hisber Educatión) identifica el Proceso de Enfermería, con cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. Define al Proceso de Enfermería, como "la interrelación entre un paciente y una enfermera en un centro dado; incorpora las conductas del paciente y la enfermera, y la interacción resultante."

En ese mismo año (1967), el profesorado de enfermería de la Catholic University of America, propone cuatro componentes: Valoración, Planeación, Actuación y Evaluación. Obtiene una legitimidad adicional en 1973 cuando la American Nurses Association (ANA) publica "Estándares del ejercicio de la enfermería" y que describe los cinco pasos del Proceso de Enfermería: Valorar, Diagnosticar, Planificar, Actuar y Evaluar.

A esto se le suman una serie de estados que revisan el ejercicio de la enfermería para reflejar estos aspectos de la enfermería.

La profesión al irse desarrollando toma un reconocimiento en la literatura de enfermería, el término diagnóstico de enfermería al evolucionar en los años 50 y 60 se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente o paciente. El término, no fue aceptado fácilmente, aunque algunos autores consideraban el Diagnóstico de Enfermería, como básico para el ejercicio profesional (Durand y Prince, 1966; Rothberg, 1967).

Bloch (1974) definió los términos que eran cruciales en la enfermería y encontró que el término diagnóstico – en relación con el ejercicio de la enfermería – era aún bastante controvertido Grebbie y Lavin (1975) de la Universidad de St. Louis, ayudaron a elaborar la 1ª Conferencia Nacional sobre clasificación de Diagnósticos de Enfermería. Se definió entre los participantes que el diagnóstico de enfermería era "La conclusión o juicio que se produce como resultado de la valoración de enfermería."

Se han llevado a cabo conferencias cada 2 años. En 1982 el grupo de conferencistas acepto el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) reconociendo así la participación y contribución de enfermeras Canadienses. Este grupo ha establecido 100 categorías diagnósticas (NANDA, 1990).

En 1980, la ANA declaro que "la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales" (ANA, 1980).

En 1982, el National Counell ot State Boards of Nursing definió y describió el Proceso de Enfermería en cinco pasos en términos de conductas de Enfermería: Valorar, Analizar, Planificar , Ejecutar y Evaluar.

A continuación se exponen cuadros de algunas de las enfermeras que contribuyeron al desarrollo del Proceso Atención de Enfermería, así como la descripción, evolución y modificación de cada una de sus etapas.

EVOLUCIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ENFERMERA	CONTRIBUCIONES SELECCIONADAS	ENFERMERA	CONTRUBUCIONES SELECCIONADAS
KNOWLES, L. 1967	Introdujo un modelo de proceso denominado "cinco D": descubrir, ahondar (delve), decidir, hacer (do) y discriminar. Dijo que las enfermeras recogían datos sobre la salud del cliente durante los 2 primeros estadios	Universidad Católica de América 1967	Propuso cuatro componentes del proceso de enfermería: Valoración, Planificación, Actuación y Evaluación.
Estándares del Ejercicio de la Enfermería de la ANA. 1973	Referido a un proceso de cinco fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Actuación y Evaluación	DOROTEA E. OREM 1971	Afirmo que había tres fases en los cuidados de enfermería: a) Determinación inicial y continua de la necesidad de cuidados de enfermería. b) Diseño de las acciones de enfermería para el cliente que contribuirán a lograr los objetivos de salud. c) Iniciación, dirección y control de las acciones de ayuda.

BLOCH, D. 1974	Sugirió un proceso de enfermería en cinco fases, similar al modelo de cuatro fases: Recogida de Datos, Definición del Problema, Planificación de la Actuación, Ejecución de la Actuación y Evaluación de la Actuación.	CALLISTA ROY 1976	Uso un proceso de enfermería en seis fases: Valoración de las Conductas del Cliente, Valoración de los Factores de Influencia, Identificación de Problemas, Identificación del Problema, Establecimiento de Enfoques y Evaluación. Defendió el uso de término Diagnóstico de Enfermería .
GEBBIE, K., Y LAVIN, M.A. 1975	Iniciaron la 1ª Conferencia Nacional sobre clasificación de Diagnóstico de Enfermería en 1973, que orientó al uso de un modelo de Proceso de Enfermería en cinco fases: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Actuación y Evaluación.		

- FILOSOFÍA.

"La filosofía en que se basa tanto el proceso de enfermería, como la mayoría de los modelos de enfermería, es enfocada a la relación de la enfermera y el paciente, ya que se lleva a cabo entre personas del mismo nivel, no entre un padre y su hijo. Se alienta al paciente para que participe totalmente en todas las etapas del proceso y la enfermera identifica junto con él, las necesidades y planea los cuidados pertinentes. Además se exhorta al paciente a participar totalmente en la implementación de su asistencia y a evaluar los cuidados recibidos. Él colabora de manera activa en el proceso de toma de decisiones y en su tratamiento".[25]

Es necesario que la enfermera colabore con el paciente o cliente para poder identificar las necesidades de cada persona, con ello se individualizan las necesidades de cada paciente o cliente. El cliente puede ser un individuo, una familia o una comunidad.

Si el paciente o cliente no puede tomar parte en las decisiones, es necesario solicitar a un familiar que las tome por el paciente.

El Proceso Atención de Enfermería establece un marco de responsabilidad de la enfermera al optimizar la responsabilidad por los estándares de cuidado. La enfermera es responsable ante el paciente o cliente, ante la institución en la que presta sus servicios y ante ella misma.

---

[25] Rumabold, *"Ética en enfermería"*. Editorial Mc Graw Hill Interamericna, 3° Edición, México, 2000, p. 7.

- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Es un sistema dinámico, flexible, abierto y cíclico.
- Individualiza las necesidades del paciente o cliente.
- Esta dirigido por objetivos.
- Es planeado.
- Cubre en forma flexible las necesidades del cliente, familia o comunidad.
- Es interpersonal, requiere que la enfermera se comunique directa y coherentemente con el paciente para satisfacer sus necesidades.
- La enfermera crea e idea, las formas de resolver el problema de salud.
- Todas las fases están interrelacionas no hay un principio o un fin absoluto.
- Es universal, aplicable en todos los organismos sanitarios con pacientes de todos los grupos de edades.
- La retroalimentación conduce a la revaloración del problema y/o a la revisión del Plan de Cuidados.

La enfermera debe poseer varias cualidades como son: saber cuidar su salud, tener habilidad técnica, capacidad de relaciones interpersonales, saber escuchar al informante, despertar el interés de los demás por la superación social, académica, cultural y espiritual, condolerse ante el dolor ajeno, ser compasiva con los demás, ganarse la confianza del paciente o cliente, superar y actualizar sus conocimientos, promover la integridad familiar.

Dentro de las cualidades intelectuales va implícito el pensamiento crítico, la solución a problemas y el efectuar juicios, donde la toma de decisiones está implícita en cada fase del proceso.

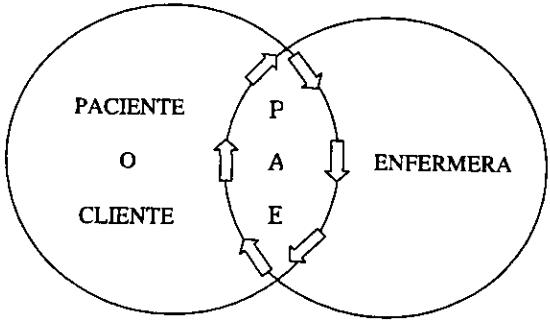
En las cualidades técnicas es manifestado en el saber del uso de material, equipo y en la ejecución de los procedimientos.

- FASES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería consta de 4 o 5 fases. El PAE de 4 fases, está formado por Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. Aquí el Diagnóstico de Enfermería se incluye en la Valoración.

El PAE de 5 fases esta formado por: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación. En este se da una mayor importancia al Diagnóstico de Enfermería, a diferencia del de 4 fases.

Ya sea uno u otro, proporcionan una estructura bien organizada para alcanzar los objetivos del Proceso, teniendo siempre la interacción del cliente con la enfermera.



Las teorías de enfermería pueden usar diferentes términos para describir estas fases, pero son similares en su esencia. Es conveniente que la enfermera este familiarizada con los términos utilizados por diferentes teorías y un ejemplo de esto es lo siguiente: El Diagnóstico de Enfermería puede ser denominado análisis, la ejecución como actuación.

En la fase de Valoración, son seleccionados los datos para determinar los hábitos y necesidades del cliente. Los datos sobre los patrones de salud normales del cliente, permiten a la enfermera proporcionar un plan de cuidado que incorpore sus hábitos anteriores, solo si es posible y pertinente.

Para que la enfermera proporcione datos de calidad, es necesario que tanto la enfermera, como el paciente, comparen los problemas, inquietudes y preocupaciones sobre la salud del paciente o cliente, para así poder retroalimentar en forma continua el plan de cuidados.

De lo anteriormente expuesto depende el éxito en la atención del paciente o cliente . La enfermera es responsable en cada una de las fases del Proceso Atención de Enfermería : al valorar, es responsable de la recolección de datos, al fomentar la participación del paciente o cliente y juzgar la validez de los datos obtenidos, es responsable si existiese omisión de datos, datos incorrectos o prejuzgados. Al efectuar el Diagnóstico de Enfermería, es responsable de los juicios sobre los problemas reales o potenciales del paciente o cliente, donde debe tomar en cuenta el contexto sociocultural de cada persona.

La responsabilidad en la Planificación donde determina las prioridades, establece metas y objetivos del paciente o cliente, prevé los resultados al planificar las acciones de enfermería, elabora por escrito el plan de cuidados de enfermería de tal forma, que es responsable de asegurar que se consideren las prioridades del paciente.

En la Ejecución, la enfermera es responsable de llevar a cabo sus acciones de enfermería sean directas o indirectas, y debe ser capaz de dar respuestas razonables del porqué se delegó alguna acción. Es responsable también, de llevar un registro por escrito.

La enfermera es responsable del éxito o fracaso de la acción de enfermería, y debe ser capaz de efectuar un análisis del porqué no se alcanzó un determinado objetivo.

Resumiendo, la enfermera es responsable en cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería, es responsable de tener o poseer los conocimientos y cualidades para la toma de decisiones requeridas, y de llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería con todas sus fases, como son:

VALORACIÓN.

Primera fase del Proceso que implica la recolección, validación de datos y que debe ser sistemática y continua: sistemática para evitar la omisión de datos significativos y continua para mantener actuales los datos, que reflejen el estado de salud del paciente, lo que es indispensable para poder elaborar el diagnóstico de enfermería. La valoración no debe considerarse únicamente, como la primera fase del PAE, ya que forma parte en cada una de las fases. "La Valoración es parte de cada actividad que realiza la enfermera por y con el paciente".[26]

La Valoración, es utilizada durante la fase de Diagnóstico, en la Planeación, en la Ejecución y en la Evaluación, al obtener información sobre los resultados del cliente a las acciones de enfermería.

En la Valoración se establece una base de datos sobre la respuesta de un cliente a las preocupaciones de salud o enfermedad para determinar las necesidades de cuidados de enfermería proporcionadas al cliente, las

---

[26] Murria Atkinson, *"Proceso Atención de Enfermería"*.(Traducción de Roberto Palacios Martínez). Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 5ª Edición, México, 1996, p. 11.

respuestas del cliente incluyen áreas de la vida diaria, salud, emociones, cultura y aspectos socioeconómicos y religiosos.

En la base de datos tenemos la historia clínica de enfermería y su valoración física, la historia clínica del médico y su exploración física, los resultados de laboratorio, diagnóstico y material aportado por otros profesionales de la salud.

Es importante que como enfermeras nos demos cuenta que la interpretación puede no ser real y objetiva, por lo tanto, para elaborar una base de datos correcta y evitar conclusiones erróneas cuyo resultado es una valoración incorrecta o incompleta, es necesario e importante que la enfermera valide sus suposiciones con respecto a la conducta física o emocional de un cliente, darse cuenta de sus propios prejuicios, valores, creencias y separar los hechos reales del paciente o cliente de sus inferencias.

Para la Recolección de Datos, nos valemos de diferentes métodos como son la Observación, la Entrevista y el Examen.

- LA OBSERVACIÓN.

Florencia Nightingale (1859) escribió "La lección práctica más importante que pueden recibir las enfermeras, es enseñarles que deben observar y como deben hacerlo: cuáles son los síntomas que indican mejoría y cuáles lo contrario; qué tiene importancia y que no la tiene, cuáles son las pruebas de descuido y de qué tipo se trata." La enfermera al observar, debe emplear todos sus sentidos. La vista, el olfato, el oído, el tacto, (si la piel ha perdido elasticidad por ejemplo). Con sus sentidos, valora el grado de deshidratación, al mismo tiempo que observa e interroga, no debe mostrar en sus gestos aversión, ni repulsión hacia las palabras o aspecto del enfermo, su actitud debe ser acrítica.

Durante la fase de Valoración la enfermera está en contacto con el paciente. La observación es una cualidad consciente y deliberativa que se desarrolla esforzándose y con enfoque organizado.

La observación tiene 2 aspectos: a) detectar los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos.

La enfermera necesita centrarse en aquellos estímulos específicos en una situación clínica. Siendo necesario discernir en forma significativa, aquellos que resultan relevantes, en base a la necesidad y/o problema real o potencial.

LA ENTREVISTA.

La entrevista es una comunicación dirigida, planeada con una finalidad. Su propósito, puede ser la recolección de datos, proporcionar información, identificación de problemas, evaluar algún cambio, orientar, proporcionar apoyo o terapia. La historia clínica de enfermería es un ejemplo.

Existen 2 tipos de entrevista: la dirigida y la no dirigida. La dirigida es planeada, estructurada y nos proporciona información específica. Se efectúa con preguntas cerradas y controladas por la enfermera en un tiempo determinado.

El paciente responde a preguntas o comenta la preocupación por su salud. Los objetivos de la entrevista es la recolección de datos y el establecimiento de relaciones armoniosas.

En la no dirigida, la enfermera permite que el paciente o cliente, sea el que controle el ritmo y el propósito del tema. Fomenta la comunicación por medio de preguntas abiertas. La utiliza para la solución de problemas, asesoramiento y evaluación del trabajo realizado. Al progresar la entrevista, la enfermera puede hacer preguntas cerradas para obtener datos necesarios según lo requiera.

Las preguntas pueden ser: abiertas o cerradas, neutrales o conductoras. La elección del tipo de preguntas que se deben realizar, son establecidas por la enfermera, y dependerá de las necesidades del paciente en un momento determinado.

Las preguntas cerradas se inician con frecuencia con las palabras siguientes: cuándo, dónde, qué, hace (hizo), es (son, fue), cómo. Las preguntas abiertas, asociadas a la entrevista no dirigida, conducen a los pacientes o clientes a elaborar, clarificar o ilustrar sus ideas o sentimientos. Proporciona libertad al paciente para divulgar solo lo que está dispuesto a responder o revelar. Su desventaja estriba en que el paciente se puede tardar mucho tiempo en proporcionar la información necesaria.

Para llevar a cabo una entrevista, la enfermera debe primero planearla, tener el tiempo necesario, lugar y espacio, y que el paciente este cómodo y sin dolor al realizarla, contar con un formato o formulario preestablecido. De no ser así, debe revisar las áreas de interés y determinar las preguntas a realizar, incluyendo una lista de temas. Debe contar con un espacio, tener en cuenta la distancia entre ella y el paciente aproximadamente de 1.5 a 2 Mts., esto permite que el paciente no se sienta invadido en su intimidad dentro de su espacio. La enfermera no debe estar de pie y deberá evitar una posición de superioridad.

Las partes de una entrevista son: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

APERTURA.

En la apertura lo que se hace o dice, establece la comunicación del resto de la entrevista. La apretura es un proceso de dos pasos: establece relaciones armoniosas y orientar la entrevista. Para el establecimiento de relaciones armoniosas, se debe iniciar con un saludo, con un preámbulo como plática sobre temas diversos. La orientación explica, qué es el propósito y naturaleza de la entrevista, qué información se necesita, cuánto durará la entrevista. La enfermera, debe mencionar sobre el derecho que tiene el paciente o cliente para no dar o proporcionar datos, y cómo se utilizará la información. Es necesario contar con el consentimiento del paciente o cliente y/o sus familiares más cercanos.

En el CUERPO, el paciente expresa lo que piensa, siente, sabe y percibe de las preguntas realizadas por la enfermera.

Para que una entrevista resulte exitosa es necesario que la enfermera siga los siguientes pasos:

1. Planificar la entrevista para que lleven una secuencia las preguntas, cuente con el tiempo, lugar y espacio necesarios.
2. Efectuar solo una pregunta a la vez.
3. Utilizar un lenguaje claro y coherente con el paciente.
4. Trato con empatía, escuchar atentamente, proyectar en el lenguaje no verbal respeto.
5. Hablar lenta y claramente.

6. No imponer sus valores personales al cliente.
7. No utilizar ejemplos de su persona en la relación con el paciente como por ejemplo, a mí me paso....etc.
8. Aceptar el silencio del paciente o cliente.
9. Utilizar el contacto ocular y estar calmado.

El CIERRE, en forma general, la enfermera es quien concluye la entrevista, cuando ha obtenido la información que necesita. El paciente o cliente termina la entrevista cuando decide no dar más información. Es conveniente señalar que el tiempo a concluido, proporcionar un resumen, este sirve para varios propósitos, ayuda a la entrevista, le asegura al cliente que la enfermera ha escuchado, comprueba la comprensión de las percepciones de la enfermera, aclara el camino para nuevas ideas y ayuda al cliente a observar los progresos.

El EXAMEN, para la obtención de datos objetivos en la fase de valoración, es necesario la exploración física. Puede examinarse según la preferencia del examinado, ya sea por sistema o por inspección cefalocaudal, o bien en lugar de efectuar un examen completo; la enfermera puede centrarse en un área específica, o bien puede considerar necesario resolver la queja o problema del paciente. También la enfermera puede realizar un examen de detección selectiva, una revisión breve del funcionamiento esencial del cuerpo.

HISTORIA DE ENFERMERIA.

Conocida recientemente como, Valoración de Enfermería. Su propósito es la recolección de información o datos del paciente o cliente, con el fin de detectar o identificar los problemas reales o potenciales del paciente, para lograr definir las acciones de enfermería. La enfermera obtiene datos sobre la

salud del paciente, su respuesta a la enfermedad, los factores socioculturales, sus creencias, los patrones de comportamiento y las actividades cotidianas. Estos datos son en gran parte valoración subjetiva.

Existen muchos modelos y teorías de enfermería que guían la recolección de datos, por medio de instrumentos elaborados, como por ejemplo: el instrumento de Neuman, instrumento de Valoración y actuación, con siete categorías: resumen de aporte, factores de estrés, factores interpersonales, factores extrapersonales y formulación del problema (B. Kozier, pag.113) (Abdellah (1961) y Henderson (1966) hicieron los primeros modelos usados. Gordon (1987) estableció un modelo de salud funcional, Roy (1984) reseña y clasifica la conducta observable en cuatro categorías: Fisiología, Auto Concepto, Función del Rol e Interdependencia. Orem (1985) menciona 8 requisitos de auto cuidado de los seres humanos. Otros modelos y otras marcas de otras disciplinas son también útiles, como la Jerarquía de Maslow, la valoración de Piaget del desarrollo cognoscitivo, la teoría del estrés de Sely etc.

AREA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DELIMITADOS
POR DOROTEA OREM Y SOR CALLISTA ROY

OREM (1985) REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO	ROY (1984) MODOS ADAPTATIVOS
1. El mantenimiento del suficiente ingreso de aire. 2. El mantenimiento de la suficiente ingesta de agua. 3. El mantenimiento de la suficiente ingesta de alimento. 4. La provisión de cuidados asociada a los proceso de eliminación y las excretas. 5. Mantenimiento de un equilibrio entre actividad y reposo. 6. El mantenimiento entre el equilibrio entre soledad e interacción social. 7. La prevención de riesgos para la muerte humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano. 8. La promoción del funcionamiento humano y del desarrollo dentro de los grupos sociales según el potencial	1. Necesidades fisiológicas: a) Ejercicio y reposo b) Nutrición c) Eliminación d) Líquidos y electrolitos e) Oxígeno y circulación f) Regulación y temperatura g) Regulación y los sentidos h) Regulación y Sistema endocrino 2. Auto-concepto a) Yo físico b) Yo moral. Ético c) Coherencia del yo d) Auto-estima 3. Función del yo 4. Interdependencia.

humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	

FISIOLOGÍA DE LOS 11 PATRONES DE SALUD FUNCIONALES

1. "Patrón de percepción de la salud-de la salud. Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo se controla la salud.
2. Patrón nutricional metabólico. Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas e indicadores del patrón de suministro local de nutrientes.
3. Patrón de eliminación. Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel).
4. Patrón de actividad ejercicio. Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreo.
5. Patrón Cognoscitivo-Perceptivo. Describe los patrones sensorial-perceptivo y cognoscitivo.
6. Patrón sueño reposo. Describe el patrón de sueño reposo y relajación.
7. Patrón de auto-percepción, auto-concepto. Describe el patrón de auto-concepto y las percepciones del yo.
8. Patrón del rol-relaciones. Describe el patrón de implicaciones en el rol de relaciones.
9. Patrón de sexualidad-reproductor. Describe los patrones de satisfacción e insatisfacción en la sexualidad: describe los patrones reproductores.
10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés. Describe el patrón de afrontamiento general y la eficacia del patrón en cuanto a la tolerancia del estrés.
11. Patrón de valores-creencias. Describe los patrones de valores, creencias (incluyendo los espirituales) o meta que rigen las opciones o decisiones".[27]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

[27] Kozier, *op. cit.* p. 111.

En 1973, en la primera Conferencia Nacional para la clasificación de Diagnóstico de Enfermería, se acepto esta definición: un diagnóstico de enfermería "es el juicio o conclusión al que se llega como resultado de la Valoración de enfermería".

La definición de la NANDA de 1990, donde se refiere al diagnóstico de enfermería dice: "El diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las actuaciones de enfermería, con el fin de corregir los resultados de los que es responsable la enfermera".Novena Conferencia. Sobre clasificación de Diagnóstico de Enfermería, marzo 1921, 1990, Orlando, Florida.

Los diagnósticos de enfermería describen: a) Problemas de salud reales, b) Problemas de salud potenciales, c) Áreas de enriquecimiento del crecimiento personal.

Ejemplos de los problemas de salud real: Limpieza ineficaz de las vias aéreas, Déficit de volumen de líquidos y Déficit de conocimientos. Ejemplos de problemas de salud potencial son: Alto riesgo de infección y alto riesgo de lesión. Ejemplos de áreas de crecimiento personal enriquecido son: Desarrollo del yo, El control y mantenimiento de la salud y La Paternidad.

En los diagnósticos de enfermería solo incluye aquellos estados de salud que las enfermeras son capaces y están autorizadas de saber. Siendo un ejemplo, el hecho de que las enfermeras no están formadas para diagnosticar o tratar enfermedades, como la Diabetes Mellitus, que pertenece al área médica. Pero sí puede la enfermera diagnosticar: Déficit de conocimiento, Afrontamiento individual ineficaz, Alteración de la nutrición y Alto riesgo de lesión que pueden acompañar al paciente con diabetes Mellitus. Por ello la

enfermera es capaz y responsable del tratamiento que se aplica a estos diagnósticos.

Un diagnóstico de enfermería nos dice la respuesta de un paciente a una enfermedad o problema de Salud Potencial, ya que la respuesta es variable de persona a persona.

El diagnóstico de enfermería puede ser complementario a un diagnóstico médico, pero es particular y distinto. El diagnóstico de enfermería se refiere a un diagnóstico físico, sociocultural, psicológico y espiritual, mientras que el diagnóstico médico se refiere solo a la enfermedad.

El diagnóstico de enfermería se relaciona con las funciones independientes de la enfermera, o sea con las áreas de cuidados de salud que son propias de la enfermería y son independientes y distintas de los cuidados incluidos en el tratamiento médico. A pesar de que la enfermera está obligada a llevar a cabo la prescripción médica (funciones dependientes), también está obligada a diagnosticar y prescribir dentro de los límites de las otras del ejercicio de la enfermería.

El proceso de diagnóstico consta de 3 fases:

1. Proceso de datos, interpretar los datos recogidos.
2. Determinar los problemas de salud, riesgos de salud y potencial del paciente.
3. Formulación de los diagnósticos de enfermería.

PROCESO DE DATOS.

Es el primer aspecto del análisis, es la interpretación de los datos recibidos y se debe hacer lo siguiente:

1. Organizar los datos en una estructura razonable donde los marcos teóricos y modelos conceptuales guíen a la elaboración del instrumento para el diagnóstico.

2. Comparar los datos con los estándares. La enfermera compara los datos del cliente con los estándares y normas para identificar las urgencias significativas y pertinentes. Un estándar o norma son reglas, modelos, patrones o medidas generalmente aceptadas y deben ser pertinentes o viables, como son los patrones de salud normales, los signos vitales normales, los valores de laboratorio, las tablas de crecimiento y desarrollo, los grupos de alimentos, etc. Le permiten indicar un cambio en el estado de un paciente y la enfermera debe tomar en cuenta la interpretación del paciente sobre la situación. La enfermera siempre debe tomar en cuenta al paciente, y saber que es lo que considera de su situación actual, ya que es un aspecto importante para la toma de decisiones por parte de las enfermeras.

3. Agrupar los datos. La agrupación o reunión de datos consiste en determinar la relación entre los hechos y los patrones de hallazgos en los hechos. Es el inicio de la síntesis, determinando si los hechos son incidentes aislados o si son significativos. Habrá que examinar si presentan incidentes aislados, si siguen un determinado patrón, si pueden agruparlos inductivamente combinándolos a partir de diferentes áreas de valoración, tanto datos objetivos como subjetivos. Con un enfoque deductivo tomando en cuenta las áreas de responsabilidad de enfermería. Esto implica que la enfermera deba efectuar inferencia según las categorías de diagnóstico de enfermería.

Habrá que tener en cuenta las ausencias de información necesaria para determinar el patrón de datos o los datos incorrectos que lleven a un posible error en el procedimiento. Al efectuar esto, la enfermera puede admitir

omisiones o incoherencias en la información. Todas ellas deben de aclararse entes de establecer el patrón válido.

La enfermera y el paciente – cliente, pueden identificar el potencial y los problemas existentes o posibles, donde el paciente debe de aceptar su existencia y la enfermera determina si el paciente – cliente necesita ayuda para resolver el problema.

También se determina el potencial del paciente, los recursos y su capacidad de afrontamiento. Con ello se favorece la auto-imagen y el auto-concepto del paciente – cliente, ya que en la mayoría de las ocasiones los pacientes son concientes de cuáles son su debilidades más no su fuerza potencial

En el procesado de datos para que los problemas de salud (reales o potenciales) se puedan resolver, es necesario que el paciente o cliente deba aceptar la existencia del problema.

Los datos del paciente recolectados, son organizados interpretados y validados y cuyo resultado es el Diagnóstico de Enfermería y se convierte en el Marco de Referencia para las subsecuentes fases del Proceso Atención de Enfermería. "*El término Diagnóstico de Enfermería, se refiere al proceso de hacer un diagnóstico y al juicio clínico al que se llega y se expresa con un nombre o denominación de categoría*".[28]

Han surgido diferentes formas de definir el Diagnóstico de Enfermería desde la formulada por Abdellah (en 1957), hasta la definición de la NANDA en 1990 en el marco de la norma Conferencia sobre Clasificación de Diagnóstico de Enfermería, marzo 17-21, 1990, Orlando Florida. Donde "El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o

[28] Kozier, *op. cit.* p. 119.

comunidad a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las soluciones de enfermería con el fin de corregir resultados de los que es responsable la enfermera."

Los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA en 1992 incluyen 102 y 13, categorías adicionales. Las designadas hasta ahora como Potenciales, serán denominados de Alto riesgo, para cada diagnóstico son descritos de la siguiente manera: con Definición, Características que lo definen o factores de riesgo y los factores relacionados. (Carpenito, XXIX).

Es necesario mencionar que un diagnóstico de enfermería no es un diagnóstico médico. Este último responde a la respuesta fisiopatológica de un individuo y que es bastante parecida entre un paciente y otro.

A diferencia, el diagnóstico de enfermería responde a la respuesta de un paciente a una enfermedad o a un problema potencial y esta respuesta es diferente de un individuo a otro y están relacionadas con las funciones independientes que puede realizar la enfermera y se incluye la prescripción médica (funciones diferentes que la enfermera esta obligada a realizar).

Siendo la fase de diagnóstico un proceso de análisis y síntesis, la enfermera necesita para ello: la objetividad, el pensamiento crítico, la toma de decisiones, el uso del razonamiento inductivo y deductivo. La enfermera es capaz de efectuarlo dados sus conocimientos, habilidades y pericia adquirida por medio de la praxis.

de tal forma que pueda unificar los criterios para las otras enfermeras, que continúan con el cuidado siendo una guía para las actuaciones de enfermería.

Un diagnóstico de enfermería puede ser Real, de Alto Riesgo, de Bienestar o también un Síndrome.

Los Reales. Describen un juicio clínico que la enfermera ha confirmado a causa de la presencia de características que lo definen, signos o síntomas principales.

Los de Alto Riesgo. Un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, describe un juicio clínico donde un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.

De Bienestar. Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel específico de bienestar (NANDA).

De Síndrome. Un diagnóstico sindrómico consiste en una agrupación de diagnósticos de enfermería, reales o de alto riesgo que se afirma, se presentarán debido a la existencia de una situación o acontecimientos determinados.

El enunciado del diagnóstico nos dice el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado.

Los enunciados de bienestar se escriben como enunciados de una parte. Ejemplo. Potencial para favorecer. En estos no existen factores relacionados.

Los enunciados de dos partes, son los diagnósticos de enfermería de alto riesgo y posibles, su comprobación es la presencia de factores de riesgo, estas forman la segunda parte, ejemplo. Alto riesgo para la afectación de la integridad de la piel en relación con inmovilidad secundaria a una fractura de cadera.

El diagnóstico de enfermería real, consta de tres partes, esta formado por la denominación del diagnóstico más factores concurrentes, más signos y síntomas. Los signos y síntomas principales afirman un diagnóstico real, por ejemplo: Ansiedad en relación con la naturaleza impredecible de episodios asmáticos, como evidencia por afirmaciones de "tengo miedo de no ser capaz de respirar."

PLANIFICACIÓN.

Es el proceso para designar las estrategias o actuaciones de enfermería, requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del paciente-cliente; identificados y validados durante la fase de diagnóstico, siendo la 3 fase del Proceso Atención de enfermería. Si bien la planificación es responsabilidad de la enfermera, son necesarias las aportaciones del paciente-cliente y las personas de apoyo para que un plan sea eficaz. El paciente, debe participar activamente.

La planificación es necesaria para obtener la calidad en los cuidados de enfermería, es parte importante del proceso donde se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución a los problemas. Aquí se utilizan los datos obtenidos durante la valoración y los diagnósticos de enfermería que presentan los problemas de salud en el paciente-cliente.

Sus partes son:

1. Establecer las prioridades.
2. Establecer los objetivos del cliente y los criterios de los resultados.
3. La planificación de las estrategias de enfermería.
4. Escribir el plan de cuidados de las prescripciones de enfermería.
5. La consulta.

En la fijación de prioridades, se establece un orden entre los diagnósticos para agruparse como de alta, mediana y baja prioridad.

Un diagnóstico de alta prioridad puede tratarse en forma parcial, no necesariamente se resuelve antes de considerar algún otro.

Para la fijación de prioridades resulta más fácil si se utiliza algún modelo o teoría de enfermería, es frecuente el uso de la jerarquía de necesidades de Maslow.

Si la enfermera da prioridad a una necesidad más que a otra y si el paciente no esta de acuerdo, es necesario que lo comenten abiertamente y se resuelva el conflicto. Pero si es amenazada la vida del paciente la enfermera debe decidir.

Las prioridades varían según evolucione el estado de salud del individuo y por ende estos deben cambiar.

El establecimiento de objetivos para el paciente es el cambio deseado en dirección a la salud. Los diagnósticos de enfermería nos proporcionan la guía para establecer los objetivos, por ejemplo: "aumentar el ejercicio del cliente" a partir de este se efectúan las actividades específicas de enfermería.

Los objetivos del paciente se establecen con enunciados amplios sobre el cambio esperado o deseado en el estado del cliente, se utilizan verbos en infinitivo como: mantener, mejorar, disminuir, etc., como por ejemplo:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESPUESTA O PROBLEMA DEL PACIENTE	OBJETIVOS DEL PACIENTE
Deterioro de la movilidad física en relación con dolor.	Deterioro de la movilidad física.	El paciente mostrará un aumento de la movilidad física.

Después de considerar las posibles estrategias de enfermería que habrá de realizar con el paciente, debe elegir las más variables y eficaces, tomando en cuenta que se ha basado en conocimientos y experiencias de enfermería o de ciencias afines, debe ser congruente con el resto de tratamientos, acorde con los valores y creencias del paciente, segura y adecuada a la edad y salud del paciente-cliente, que sea dentro de los estándares establecidos del cuidado de enfermería.

Al efectuar las acciones de enfermería que para algunos autores lo llaman prescripciones de enfermería ya que éste último término tiene una connotación de mayor responsabilidad, se debe tomar en cuenta: la fecha en que se anotan; el uso del verbo en infinitivo; la limitación de la acción, el donde y el que; el tiempo; la rúbrica de la enfermera

Las acciones o prescripciones de tratamiento de enfermería, contienen actividades que van dirigidas a mantener, o restablecer el patrón habitual del paciente aliviando los síntomas y evitando problemas adicionales.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

El plan de cuidados de enfermería, nos permite organizar la información, esta centrado en las acciones que la enfermera debe realizar para

abordar los diagnósticos de enfermería, así como cumplir con los objetivos establecidos.

El plan de cuidados proporciona: una directriz para el cuidado individual del paciente; nos da continuidad en los cuidados, nos marca lo que debe documentarse en las notas de evolución del paciente.

El formato es variable según sea la institución o centro asistencial, pero en forma general es organizado en 4 columnas. a) Diagnósticos de enfermería, b) Objetivos, c) Estrategias de enfermería, c) Criterios de resultados o de evaluación. En algunos otros centros asistenciales están constituidas las 5 columnas que incluyen los datos de valoración, siendo la primera columna.

Otras solo utilizan 3 columnas que resumen la columna de evaluación bajo la columna de objetivos.

Pautas para escribir los planes de cuidados de enfermería, además de las ya sugeridas con anterioridad, es pertinente tomar en cuenta:

1. Fechar y firmar el plan.
2. Indicar los objetivos.
3. En orden de prioridad, enumerar las prescripciones de enfermería.
4. Utilizar símbolos estandarizados y palabras claras.
5. Remitirse a los manuales de procedimientos mejor que incluir todos los pasos en un plan.
6. Efectuar el plan dadas las características propias del cliente.
7. Verificar que el plan contenga aspectos preventivos y de mantenimiento de la salud, además de las de restauración.
8. Incluir en el plan actividades interdisciplinarias
9. Incluir planes de alta del paciente.

EJECUCIÓN

La ejecución es poner en acción las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados. Según Marriner (1983) la ejecución implica llevar a cabo las prescripciones de enfermería y las prescripciones médicas, para otros autores no incluyen las prescripciones médicas.

Tenemos 3 etapas de acciones de enfermería que son: la independientes, las dependientes y las interdisciplinarias.

Las acciones independientes son las actividades que la enfermera efectúa como resultado de los conocimientos propios y las técnicas de enfermería.

Las acciones de enfermería interdisciplinarias son las actividades realizadas conjuntamente con otros miembros del equipo de salud.

En el proceso de ejecución se revalora al paciente en forma continua ya que mientras se efectúan los cuidados, la enfermera debe continuar recolectando datos sobre los cambios sufridos por el paciente, así como de reacciones.

El plan de cuidados no es estático, sino que es dinámico ya que el obtener nuevos datos, se comparan en la base de datos que se posee de tal forma que permite valorar continuamente las acciones de enfermería. Si los datos no cambian el plan seguirá siendo el mismo.

En la ejecución de las acciones de enfermería, siempre debe cubrir las cuatro áreas principales del ejercicio de la enfermería que son: la promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, el restablecimiento y el cuidado a los moribundos.

Y tenemos 6 consideraciones importantes para ejecutar las acciones de enfermería que son:

1. La individualidad del paciente.
2. La necesidad de implicación del paciente.
3. La prevención de las complicaciones.
4. Preservación de las defensas del cuerpo.
5. Proporcionar comodidad, seguridad y apoyo al paciente.
6. La ejecución cuidadosa y correcta de todas las actividades de enfermería.

EVALUACIÓN

La evaluación es la quinta fase del Proceso Atención de Enfermería. Evaluación es identificar hasta que punto se han alcanzado los objetivos para con el cliente, es una actividad organizada e intencionada. Las conclusiones a partir de la evaluación determinan si las actuaciones de enfermería pueden darse por finalizadas, deben revisarse o cambiarse.

La evaluación tiene varios componentes que son:

a) Relaciona los criterios de resultados con el logro de los objetivos.
b) Recolección de datos relacionados con el logro de los objetivos
c) Compara los datos recolectados con los criterios identificados y juzga si se alcanzaron los objetivos.
d) Relacionar las acciones de enfermería con los criterios de resultados.
e) Reevaluación del plan de cuidados.
f) Modificar el Plan de cuidados.

Se pueden evaluar 3 aspectos del cuidado: estructura del proceso y resultados. La estructura esta centrada en la organización del sistema de

cuidados del cliente, como por ejemplo los procedimientos administrativos y económicos que dirigen la provisión de los cuidados.

Los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería se evalúan hablando con el cliente, auditando el registro del cliente y observando las actividades de enfermería.

Lo que se evalúa es la capacidad del paciente para realizar la conducta señalada dentro del objetivo establecido, en el plan de atención. El resultado de la atención de enfermería en la forma de modificar la conducta del paciente es el punto principal de la evaluación.

Partes en el enunciado de una evaluación:

(1) Logro del objetivo

(2) Datos de la conducta del paciente.

Alternativas acerca de un objetivo:

a) Logrado

b) Logrado en forma parcial

c) No logrado

Si el paciente es capaz de realizar la conducta en el tiempo establecido a la fecha del enunciado del objetivo, éste se logró. Si el paciente puede demostrar la conducta, pero no tan bien como la enfermera la especificó en el enunciado, el objetivo se logró en forma parcial. Si el paciente es incapaz de realizar la conducta o está renuente, el objetivo no se logró.

De acuerdo con el modelo de Virginia Henderson, nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de sus necesidades, lo más rápido posible. Motivo por el que debemos encaminar nuestra actuación para ayudar al individuo a que logre su independencia de acuerdo con sus capacidades y recursos.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 JUSTIFICACIÓN

Aproximadamente hace 25 años mi compañera Eli, y yo, concluimos la Carrera a nivel Técnico, Titulándonos entre (1973-1975). Ambas sabemos que "Los servicios de Enfermería han sido determinados por las grandes decisiones de la política de salud, tomadas en función de las necesidades del desarrollo económico. Más particularmente"[29]...sobre las tres vertientes de la profesión, que son: la Enfermería hospitalaria con proyección institucional y comunitaria, sin perder de vista el enfoque curativo y la tendencia a la especialización, como por ejemplo la Enfermería Sanitaria y la Enfermería en Obstetricia, cuyo resultado fue, que la partera profesional no se le reconociera como tal, siendo desplazada por médicos Obstétras.

Motivo por el que siempre pensé que hacia lo correcto, como profesional a nivel técnico de enfermería, pero ahora después de haber realizado en forma complementaria la licenciatura, me cuestiono en forma continua, el empleo de mis conocimientos de tantos años. Para mí, la visión global de mi carrera, nuestra carrera, cambió en forma radical. Nuestras acciones de enfermería siempre están enfocadas sobre las bases del modelo médico de atención a nivel institucional, aunque si bien es cierto, nunca se ha dejado de ver al paciente en forma holística por parte de nosotras las enfermeras.

En alguna ocasión en un restaurante me encontré hojeando un libro sobre el Proceso de Atención de Enfermería y tenía a mi lado otro sobre Teoría y Modelos en Enfermería, mientras comía, por casualidad llegó una compañera del hospital donde laboro desde hace más de 20 años, y me pregunto: ¿De que trata tu libro? no lo conozco, ¡con que se come! (palabras textuales). Me pregunte ¿acaso es la única compañera que no conoce sobre el Proceso de Atención de Enfermería y sobre las Teóricas en Enfermería.? ¿La falta de éste conocimiento

---

[29] "Sociología de una profesión" El caso de enfermería, Ma. Matilde Martínez y col. Centro de Estudios Educativos, a.C., 2ª Ed. 1993, pp326, p. 177.

solamente lo tendremos únicamente enfermeras a nivel operativo.? ¿Qué sucede con los cursos monográficos de actualización y diplomados a los que se asiste y que han sido impartidos durante 25 años en diferente instituciones?

La respuesta es que "dada la creciente demanda de personal de Enfermería fue atendida mediante diferentes medidas. Las instituciones desarrollaron varios modelos educativos para preparar en forma acelerada el personal requerido"[30]

Continuando con el razonamiento sobre el conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería: ¿Y si no somos las únicas?. ¡La magnitud de enfermeras con ese desconocimiento, seríamos un gran número!

Con respecto a mi compañera Eli, tiene aproximadamente 7 años de ser docente en la carrera de enfermería a nivel técnico, y como ella me comentó en alguna ocasión, "Yo conocí el Proceso Atención de Enfermería, hasta encontrarme como docente en la escuela," donde ella se situó en forma continua y constante para tener el conocimiento sobre el tema y poder trasmitirlo a los alumnos. Es necesario hacer mención que en ese tiempo, laboraba a nivel operativo en el IMSS, como Enfermera Pediatra.

Como es fácil deducir, ambas visiones se conjuntan y forman la base de nuestra investigación, que corresponde a nuestra realidad, una en el campo laboral y otra en el de la docencia. Si bien nos parece que la investigación científica es algo complicada y difícil, pero no imposible, y sobre todo si se cuenta con el asesoramiento Metodológico necesario para poder realizarla.

De esta forma podremos analizar, ¿cuál es el nivel de conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería y cuál es su nivel de aplicación en la práctica laboral.? Esto nos llevará a conocer la realidad de nuestra profesión.

---

[30] Op. cit p.113.

La vialidad del proyecto, depende única y exclusivamente de nosotras las pasantes de Licenciatura, sujeto al tiempo y a nuestras posibilidades económicas.

Del resultado dependerá la necesidad de una capacitación al personal que labora en la institución para que actualice sus conocimientos acerca del PAE, y los adecue asertivamente a sus necesidades a nivel operativo, así como, de los resultados que se obtengan acerca de la escuela de enfermería de procedencia y sus conocimientos sobre el cuidado de enfermería, y si estos corresponden a su nivel de aplicación en la práctica laboral.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del Desarrollo Social, en el Nº 2, con respecto a la Salud y Seguridad Social, menciona: "Garantizar un nivel óptimo de preparación a quienes prestan servicios de salud, alentar la vocación de médicos y enfermeras y fortalecer las instituciones de enseñanza para mejorar la calidad de los estudios de esas especialidades, aumentando la posibilidad de que médicos y enfermeras mejoren sus condiciones de vida y de trabajo. El desarrollo de los recursos humanos se articulará con la innovación tecnológica y la investigación científica;"[31] así como en el Plan Nacional de Salud, que menciona: dentro del Objetivo Específico VIII, sobre "Fomentar la investigación científica y la innovación tecnológica: Hacer de la investigación científica y la innovación tecnológica las herramientas centrales en la toma de decisiones para implantación y extensión efectiva del paquete de servicios básicos en todos los niveles del sistema Nacional de Salud."[32]

Lo antes expuesto nos da el sustento para que la enfermera tenga un papel diferente al que ha tenido hasta la fecha, dónde se pueda desarrollar con toda la capacidad de un profesional de la salud, y que tome como base la investigación científica.

---

[31] "Plan de Desarrollo, México, Presidencia de la República, 1995, 39pp

[32] Programa Nacional de Salud 1994-200" México, Grupo asesor en salud, S.S., 1944, 26 pp.

3.2 OBJETIVOS

-OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la relación existente entre el nivel de conocimiento y el de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, en la práctica profesional.

-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Valorar la relación entre el concepto del PAE y la Valoración en la práctica profesional.

2. Valorar la relación entre el concepto del PAE y el Diagnóstico de Enfermería en la práctica profesional.

3. Valorar la relación entre el concepto del PAE y la Planeación en la práctica profesional.

4. Valorar la relación entre el concepto del PAE y la Ejecución en la práctica laboral.

5. Valorar la relación entre el concepto del PAE y la Evaluación en la práctica profesional

6. Valorar la relación entre los objetivos del PAE y la Valoración en la práctica profesional.

7. Valorar la relación entre los objetivos del PAE y el Diagnóstico de Enfermería en la práctica profesional.

8. Valorar la relación entre los objetivos del PAE y la Planeación en la práctica profesional

9. Valorar la relación entre los objetivos del PAE y la Ejecución en la práctica profesional

10. Valorar la relación entre los objetivos del PAE y la Evaluación en la práctica profesional.

11. Valorar la relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y la Valoración en la práctica profesional.

12. Valorar la relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y el Diagnóstico en la práctica profesional.

13. Valorar la relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y la Planeación en la práctica profesional.

14. Valorar la relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y la Ejecución en la práctica profesional.

15. Valorar la relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y la Evaluación en la práctica profesional.

3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital 1º de Octubre del ISSSTE, del tercer nivel de atención, hemos observado que existe en el personal de enfermería, diferente nivel de conocimientos acerca del PAE, y su aplicación dirigida al cuidado del paciente.

El personal de enfermería, se guía por una rutina establecida institucionalmente, tácita, por lo que prevalece el cuidado, siguiendo el modelo

médico fragmentado, sin un fundamento y justificación científica, como se plantea en el PAE, donde se contemplan las 5 etapas que son: Valoración Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación del cuidado que se proporciona al paciente.

Por lo antes mencionado, ¿cuál es la relación que existe entre el conocimiento que tiene la enfermera del PAE y su aplicación en la práctica laboral?

3.4 HIPÓTESIS

-H. Primaria:

1. La relación que hay entre el conocimiento que presentan las enfermeras sobre el PAE y su aplicación en el campo laboral, es una relación ausente, porque no hay una aplicación del PAE, aunque hay un conocimiento del mismo.

-H. Secundarias:

1. Existe relación entre el conocimiento del concepto del PAE y la Valoración en la práctica laboral de la enfermera.

2. Existe relación entre el conocimiento del concepto del PAE y el Diagnóstico de enfermería en la práctica laboral de la enfermera.

3. Existe relación entre el conocimiento del concepto del PAE y la Planeación en la práctica laboral de la enfermera.

4. Existe relación entre el conocimiento del concepto del PAE y la Ejecución en la práctica laboral de la enfermera.

5. Existe relación entre el conocimiento del concepto del PAE y la Evaluación en la práctica laboral de la enfermera.

6. Existe relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y la Valoración en la práctica laboral de la enfermera.

7. Existe relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y el Diagnóstico de enfermería en la práctica laboral de enfermería.

8. Existe relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y la Planeación en la práctica laboral de la enfermera.

9. Existe relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y la Ejecución en la práctica laboral de la enfermera.

10. Existe relación entre el conocimiento de las etapas del PAE y la Evaluación en la práctica laboral de la enfermera.

11. Existe relación entre el conocimiento de los objetivos del PAE y la Valoración en la práctica laboral de la enfermera.

12. Existe relación entre el conocimiento de los objetivos del PAE y el Diagnóstico de enfermería en la práctica laboral de la enfermera.

13. Existe relación entre el conocimiento de los objetivos del PAE y la Planeación en la práctica laboral.

14. Existe relación entre el conocimiento de los objetivos del PAE y la Ejecución de enfermería en la práctica laboral.

15. Existe relación entre el conocimiento de los objetivos del PAE y la Evaluación de enfermería en la práctica laboral.

3.5 VARIABLES DE ESTUDIO.

a) Variable Independiente:

- Nivel de conocimientos del Concepto del PAE.
- Nivel de conocimientos de las Etapas del PAE.
- Nivel de conocimientos de los Objetivos del PAE

b) Variable Dependiente:

- Nivel de aplicación en el campo laboral de la Valoración del PAE.
- Nivel de aplicación en el campo laboral del Diagnóstico del PAE.
- Nivel de aplicación en el campo laboral de la Planeación del PAE.
- Nivel de aplicación en el campo laboral de la Ejecución del PAE.
- Nivel de aplicación en el campo laboral de la Evaluación del PAE.

c) Definición Nominal:

Concepto del PAE: es la interpretación subjetiva que cada enfermera posee debido al proceso enseñanza aprendizaje formal, con relación al proceso de cuidados de enfermería.

a) Variable Independiente:

- Conocimiento del Concepto del PAE. Es el ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención

al individuo, familia y comunidad, de acuerdo a las necesidades detectadas, y que es referido en el interrogatorio.

- Conocimiento de las Etapas del PAE: Es la serie de pasos que siguen una secuencia lógica, para poder brindar cuidados de enfermería en forma oportuna, acorde a las necesidades del individuo, y que es referido en el interrogatorio.

- Conocimiento de los Objetivos del PAE. Es lograr la actuación eficiente del profesional de enfermería, identificar las necesidades del individuo, familia y comunidad, mejorar la participación interdisciplinaria, realizar investigaciones clínicas y participar en la problemática de salud, y que es referido en el interrogatorio.

b) Variable Dependiente:

- Nivel de aplicación en el campo laboral de la Valoración. Es lograr la recolección y análisis de datos, para definir el estado de salud del paciente y poder discernir entre sus capacidades y problemas, y que es referido en el interrogatorio.

- Nivel de aplicación en el campo laboral del Diagnóstico. Es determinar las capacidades y problemas reales y potenciales del paciente, para discernir la intervención de enfermería u otro profesional de los cuidados de la salud, calificado para ello, y que es referido en el interrogatorio.

- Nivel de aplicación en el campo laboral de la Planeación del PAE. Es desarrollar un plan de acción o eliminar los problemas del paciente y promover la salud. Determinar prioridades, establecer objetivos, decidir la intervención de enfermería, así como, el registro de las acciones a realizar, y que es referido en el interrogatorio.

- Nivel de aplicación en el campo laboral de la Ejecución del PAE. Es llevar a cabo las acciones contempladas en la planeación, valorando la intervención de enfermería, determinadas por las respuestas que presente el paciente, y que es referido en el interrogatorio.

- Nivel de aplicación en el campo laboral de la Evaluación del PAE. Es medir la eficacia de la instrumentación del plan de atención de enfermería, adecuar cambios en caso de que se presente algún nuevo problema; valorar el logro parcial o total de los objetivos del PAE, y que es referido en el interrogatorio.

DEFINICIÓN OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	ESCALA	CATEGORÍA	OBSERVACIÓN/PREGUNTA	
				A	B
Concepto del PAE	Cualitativo	Nominal	(Si) (No)		Elabore Ud. un concepto del PAE
Conocimiento de los Objetivos del PAE	Cualitativo	Ordinal	Alto Medio Bajo		Lograr la actuación del profesional de enfermería, así como, identificar Necesidades y Problemas en el individuo familia y comunidad es: a) El objetivo del PAE? b) El objetivo de la Gestión en Administración c) El objetivo de la Carera de Enfermería? d) El Objetivo de Trabajo Social?

DEFINICIÓN OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	ESCALA	CATEGORÍA	OBSERVACIÓN/PREGUNTA	
				A	B
Conocimiento de las Etapas del PAE	Cualitativo	Ordinal	Alto Medio Bajo		En base a sus conocimientos, cuántas etapas contempla el PAE a) 3 etapas? b) 4 etapas? c) 5 etapas? d) 6 etapas?
Valoración del PAE	Cuantitativa	Nominal	(Si) (No)	La enfermera Valora los signos y síntomas que presenta el paciente que esta a su cuidado?	La etapa de Valoración la realiza Ud. mediante: a) La Historia Clínica Médica? b) La Historia Clínica de Enfermería? c) La historia Clínica social? d) La Historia Multidisciplinaria

DEFINICIÓN OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	ESCALA	CATEGORÍA	OBSERVACIÓN/PREGUNTA	
				A	B
Diagnóstico del PAE	Cuantitativo	Nominal	(Sí) (No)	La enfermera elabora el Diagnóstico de Enfermería y jerarquiza las necesidades y problemas del paciente que esta a su cuidado?	De los siguientes ejemplos cuál considera ud. que es un Diagnóstico de Enfermería? a) Paciente con Síndrome Hipertensivo b) Paciente femenino con vómito, cefalea y compromiso respiratorio c) Paciente con alteración de la Necesidad de Alimentación, relacionada con falta de adaptación al medio manifestada por anorexia. d) Paciente con Deshidratación e Hipertermia.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DEFINICIÓN OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	ESCALA	CATEGORÍA	OBSERVACIÓN/PREGUNTA	
				A	B
Planeación del PAE	Cuantitativo	Nominal	(Sí) (No)	La enfermera Planea cuidados para dar solución prioritaria a los problemas que presenta el paciente que esta a su cuidado?.	De los siguientes ejemplos cuáles serían las prioridades de atención según su Planeación de cuidados? a) Paciente con mucosas orofaríngeas secas , ojos hundidos y pérdida de la turgencia de la piel b) Paciente con cianosis, polipnea, tos húmeda y abundantes secreciones c) Paciente con escalofrío, hipertermia y rubicundez facial d) Paciente con anorexia y desnutrición del 25% de su peso corporal.

DEFINICIÓN OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	ESCALA	CATEGORÍA	OBSERVACIÓN/PREGUNTA	
				A	B
Ejecución del PAE	Cuantitativo	Nominal	(Si) (No)	La enfermera Ejecuta acciones coherentes a . la planeación y necesidades que presenta el paciente que esta a su cuidado?	..al identificar las necesidades y problemas del paciente, cuál sería la Ejecución de acciones a seguir? a) Fisioterapia respiratoria b) Restitución de líquidos y balance de Líquidos c) Proporcionar dieta balanceada d) Control de temperatura por medios físicos

DEFINICIÓN OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	ESCALA	CATEGORÍA	OBSERVACIÓN/PREGUNTA	
				A	B
Evaluación del PAE	Cuantitativo	Nominal	(Sí) (No)	La enfermera Valora la respuesta de cada uno de los cuidados que proporciona al paciente que esta a su cuidado?	Al proporcionar los cuidados de enfermería al paciente, Evalúa la eficacia de cada uno de ellos en base a: a) La mejoría que presenta en su sintomatología? b) Por medio del reporte Médico? c) Porque se lo manifiesta el paciente? d) Porque se lo manifiesta el familiar?

3.6 Tipo de Estudio:

- Descriptivo, Prospectivo, Transversal.

3.7 Universo de Estudio:

- Hospital 1º de Octubre del ISSSTE, perteneciente al 3er. Nivel de atención a la salud.

3.8 Unidades de Observación:

- Personal de Enfermeria

3.9 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

a) Inclusión:

- Enfermeras a nivel operativo, con estudios reconocidos por Institución Pública.

- Nivel Operativo de los Turnos Matutino y Vespertino.

b) Exclusión:

- Enfermeras a nivel operativo, con estudios reconocidos por Institución Pública.

c) Criterios de Eliminación:

- No se considerarán a los sujetos que fallezcan durante la encuesta o no estén presentes.

3.10 Universo Muestra:

- No estadístico.

- Se tomará en cuenta el 10% del total del universo, pero no menos de 30 sujetos de estudio.

3.11 Instrumentos: Encuesta y Guía de Observación.

Encuesta: documento que en su contenido explica brevemente el motivo de la investigación y justifica el porqué de su aplicación al personal de enfermería. Instrumento que consta: de un instructivo para contestar 5 preguntas de datos generales del encuestado, la pregunta N° 6 indica elaborar el concepto del PAE, la N° 7 cuestiona el conocimiento del objetivo del PAE, la N° 8 pregunta cuántas etapas contempla el PAE, la N° 9 pregunta de que forma la enfermera realiza la Valoración, la N° 10 presenta ejemplos y un Diagnóstico de Enfermería para su elección, la N° 11 presenta ejemplos de Planeación de Cuidados de Enfermería para que el encuestado los jerarquice por orden de importancia, la N° 12 también presenta ejemplos de Ejecución de Acciones para seleccionar por orden de importancia, la N° 13 se refiere a la Valoración y eficacia del cuidado que proporciona la enfermera(o), también consta de un apartado para ser llenado con alternativas y propuestas por el personal encuestado.

Guía de Observación: Con éste documento se pretendió conocer el nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca del PAE y su aplicación en el campo laboral. Consta de un instructivo para ser llenado por el observador, el punto N° I se refiere a datos generales del observado; el N° II a las acciones que la enfermera realizó en cada una de las etapas del PAE; el 2.1 consiste en verificar si la enfermera realizó la Valoración de acuerdo a la sintomatología que presentaba el paciente; el 2.2 consiste en cerciorarse de que forma la enfermera elabora el Diagnóstico de Enfermería y si jerarquiza necesidades y problemas; el 2.3 consiste en verificar si la enfermera realiza la Planeación de Cuidados, para

dar solución a los problemas que presentaba el paciente; el 2.4 si la enfermera Ejecuta Acciones, coherentes a su planeación y necesidades del paciente; el 2.5 si la enfermera Valora la respuesta de los cuidados proporcionados al paciente, también se agrego un apartado para observaciones.

IV. RESULTADOS

4.1 Datos Generales del Personal de Enfermería.

Resultados obtenidos de 58 encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, se encontró:

- Con relación a la edad, el 34.38% del personal encuestado se encuentra entre 26 a 30 años, el 29.31% entre 21 y 25 años, el 10.34% entre 31 y 35 años, con más de 46 años el 10.34%; el 8.62% entre 36 y 40 años; el 6.89% restante entre 41 a 45 años. (VER CUADRO N° 1)

- En relación al sexo de los sujetos encuestados, se encontró que el 87.93% es femenino y 12.06% es masculino. (VER CUADRO N° 2)

- En lo que se refiere a la escolaridad del personal en estudio, el resultado es el siguiente: 79.31% son enfermeras tituladas a nivel técnico, el 6.89% con Licenciatura en trámite de Titulación, 5.17% con Licenciatura en enfermería, 3.44% son pasantes a nivel Licenciatura, 1.72% con Postécnico en enfermería, 1.72% de nivel técnico en trámite de Titulación y 1.72% omisiones. (VER CUADRO N° 3)

- Con respecto a la escuela de donde egresaron los sujetos de estudio se encontró que: 50% son egresadas de la UNAM; 25.86% proceden de escuelas incorporadas a la SEP; 13.79% de escuelas incorporadas a la

UNAM; 5.17% de otras escuelas; 1.72% egresadas de la SS.; 1.72% del IPN y 1.72% omitieron la información. (VER CUADRO N° 4)

- Año de Titulación del personal encuestado: el 31.03% se tituló entre 1996 - 2000, el 25.86% se tituló entre 1991 - 1995; en trámite 8.62%, con porcentajes similares de 5.17% se titularon entre 1970 - 1975; 1981 - 1985; 1986 - 1990; con 3.44% se titularon entre 1976 - 1980; también se encontraron 3.44% de pasantes de Licenciatura y con . Titulación en años anteriores a 1969 1.72%. (VER CUADRO N° 5)

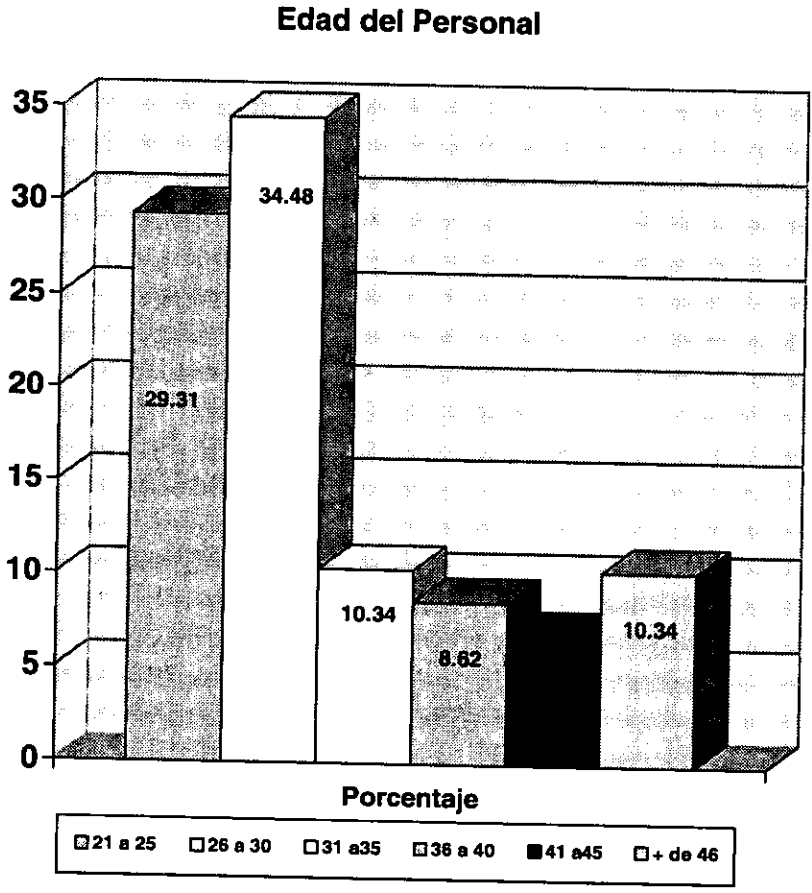
- En relación a la elaboración del Concepto del PAE, el 43.1 %, sí lo realizó en forma correcta y el 39.65 %, no lo elaboró correctamente y 17.24 omitieron su elaboración. (VER CUADRO N°6)

CUADRO N° 1 Edad del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
21 a 25 Años	17	29.31
26 a 30 Años	20	34.48
31 a 35 Años	6	10.34
36 a 40 Años	5	8.62
41 a 45 años	4	6.89
+ de 46 Años	6	10.34
TOTAL	58	99.98

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 1



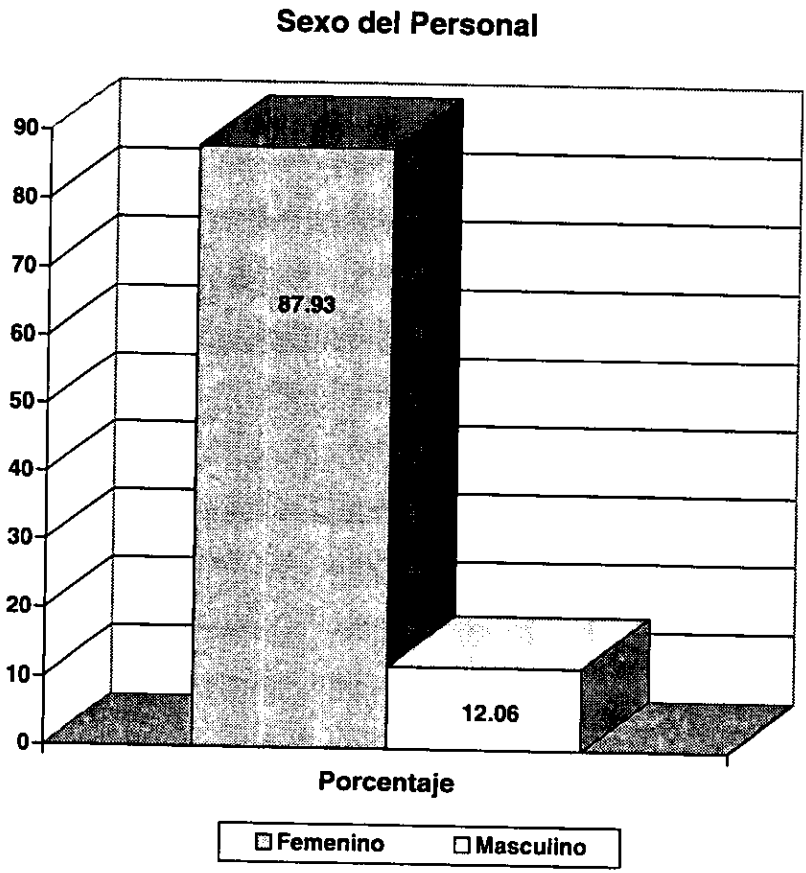
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 1.

CUADRO N° 2 Sexo del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	51	87.93
MASCULINO	7	12.06
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 2



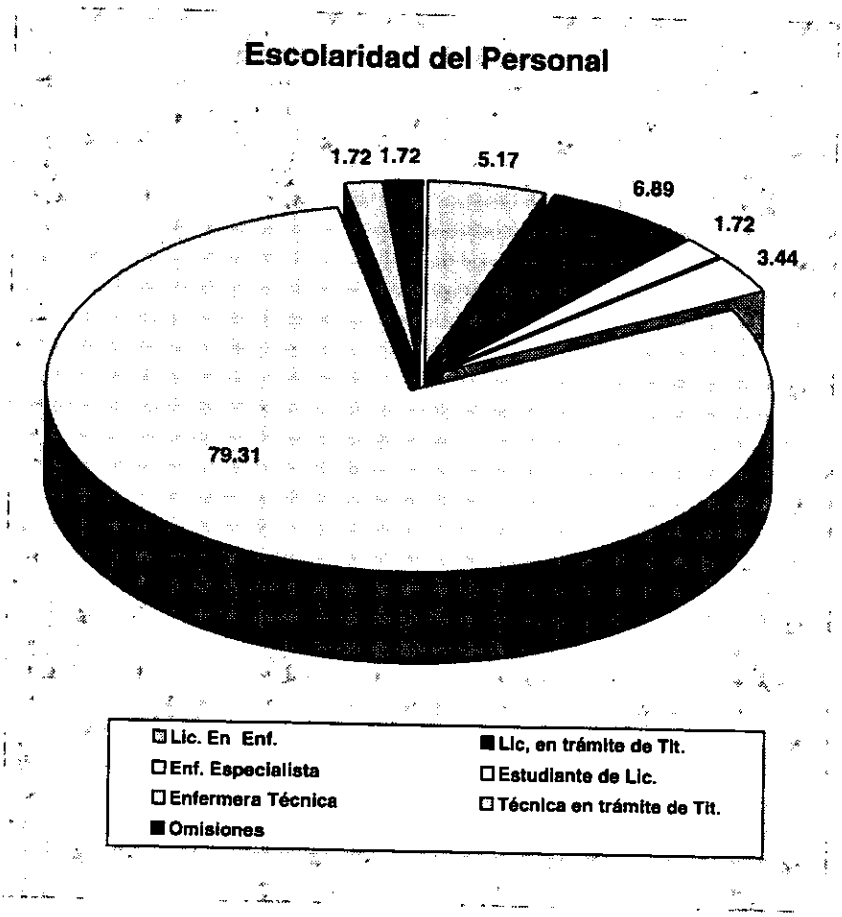
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 2.

CUADRO N° 3 Escolaridad del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
LIC. EN ENFERMERÍA	3	5.17
TITULACIÓN EN TRÁMITE PARA LICENCIATURA	4	6.89
ENFERMERA ESPECIALISTA	1	1.72
ESTUDIANTE DE LICENCIATURA	2	3.44
ENFERMERA NIVEL TÉCNICO	46	79.31
TITULACIÓN EN TRÁMITE PARA ENFERMERA NIVEL TÉCNICO	1	1.72
OMISIONES	1	1.72
TOTAL	58	99.97

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 3



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 3.

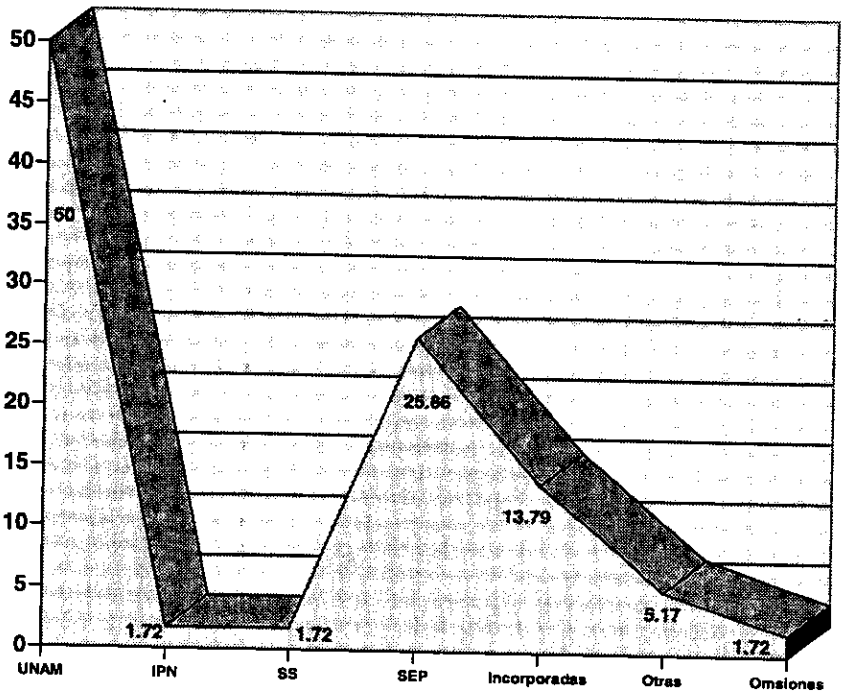
CUADRO N° 4 Escuela de Egreso del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

ESCUELA DE EGRESO	NÚMERO	PORCENTAJE
UNAM	29	50
IPN	1	1.72
SS	1	1.72
SEP	15	25.86
INCORPORADAS A LA UNAM	8	13.79
OTRAS	3	5.17
OMISIONES	1	1.72
TOTAL	58	99.98

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 4

Escuela de Egreso



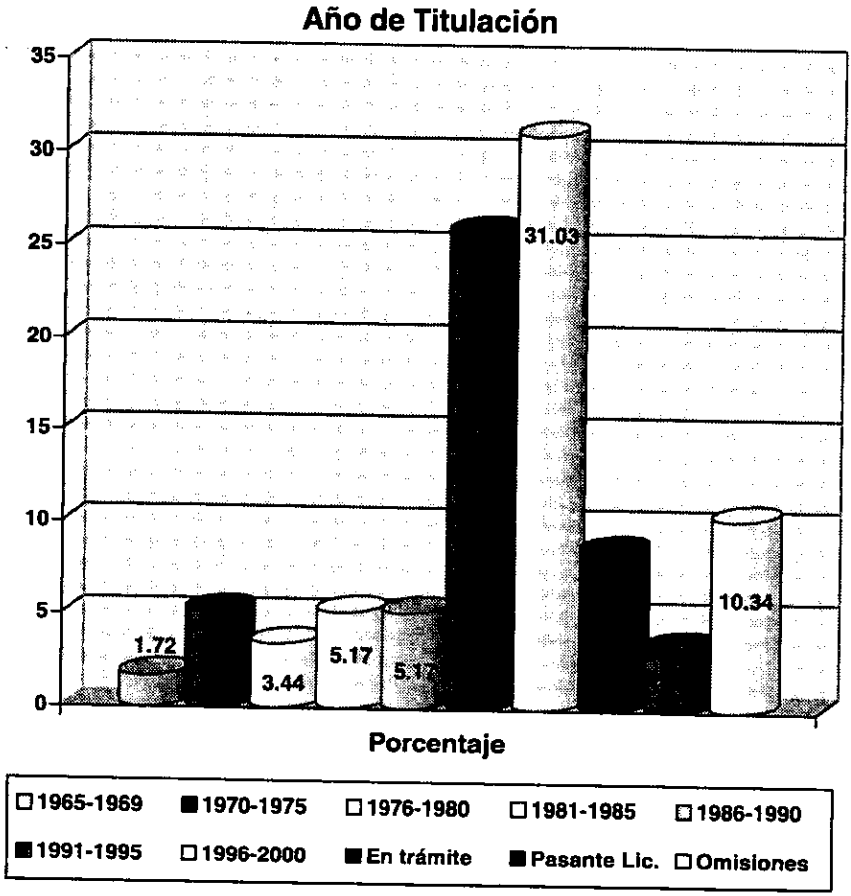
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 4.

CUADRO Nº 5 Año de Titulación, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

AÑO DE TITULACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
1965 - 1969	1	1.72
1970 - 1975	3	5.17
1976 - 1980	2	3.44
1981 - 1985	3	5.17
1986 - 1990	3	5.17
1991 - 1995	15	25.86
1996 - 2000	18	31.03
EN TRÁMITE	5	8.62
PASANTE DE LICENCIATURA	2	3.44
OMISIONES	6	10.34
TOTAL	58	99.96

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 5



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 5.

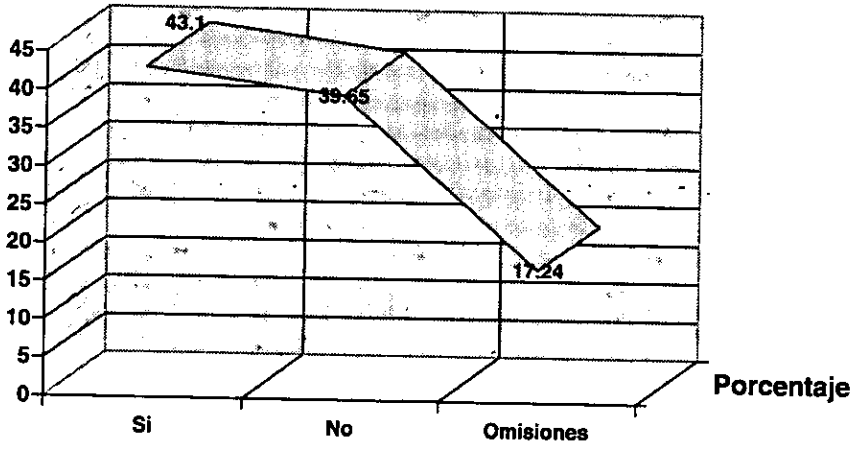
CUADRO N° 6 Elaboración del Concepto del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

ELABORACIÓN CORRECTA DEL CONCEPTO	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	25	43.10
NO	23	39.65
OMISIONES	10	17.24
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

G R Á F I C A N° 6

Elaboración del Concepto del P. A. E.



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 6.

- Conocimiento de los Objetivos del PAE., del personal en estudio, el 53.44%, sí conoce los objetivos del PAE y el 46.55% lo desconoce (VER CUADRO N° 7)

- Conocimiento de las Etapas del PAE., del personal en estudio, el 27.58% conoce de cuantas etapas se integra el PAE, mientras que el 10.34 % contestó que es de 3 etapas; 44.82 % respondió que es de 4 etapas; 12.06 % dice conocer que es de 6 etapas y 5.17 % omitió la contestación.(VER CUADRO N° 8)

- Valoración del PAE., del personal en estudio, el 56.89.% contestó acertadamente la pregunta; el 43.10% no contestó acertadamente, (VER CUADRO N° 9)

- Conocimiento del Diagnóstico de Enfermería del PAE., del personal en estudio, el 55.17% contestó acertadamente y 41.37% no fue acertada su contestación, y 3.44% omitió su contestación. (VER CUADRO N° 10)

- Planeación de Cuidados de Enfermería en base al PAE., del personal en estudio, el 37.93% contestó acertadamente y 62.06% no fue acertada su respuesta. (VER CUADRO N° 11)

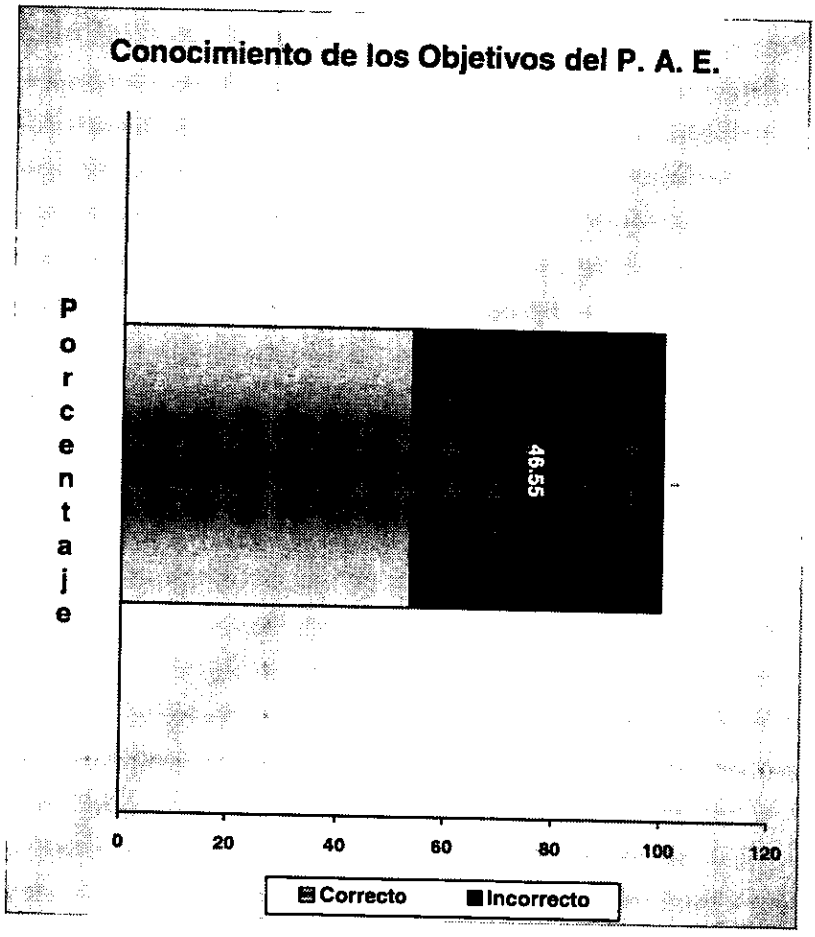
- Ejecución de Acciones del PAE., del personal en estudio, el 29.31% contestó acertadamente y 70.68% no fue acertada su respuesta. (VER CUADRO N° 12)

CUADRO Nº 7 Conocimiento de los Objetivos del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

CONOCIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
CORRECTO	31	53.44
INCORRECTO	27	46.55
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1º de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 7



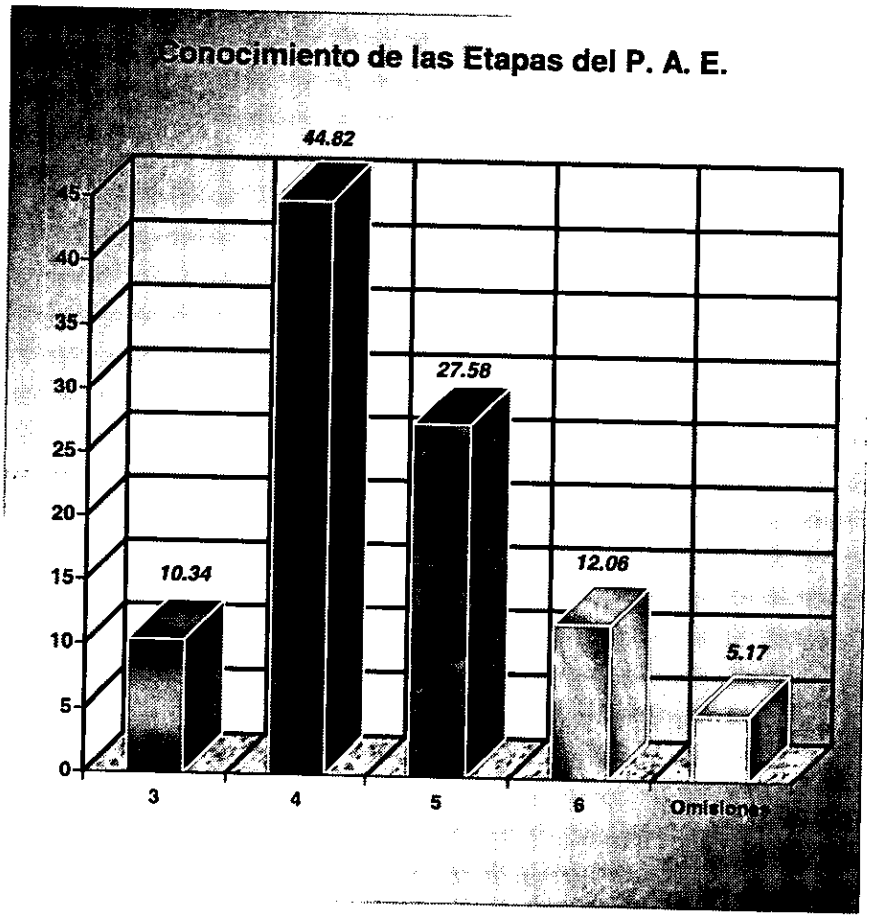
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 7.

CUADRO N° 8 Conocimiento de las Etapas del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

N° DE ETAPAS	NÚMERO	PORCENTAJE
3	6	10.34
4	26	44.82
5	16	27.58
6	7	12.06
OMISIONES	3	5.17
TOTAL	58	99.97

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 8



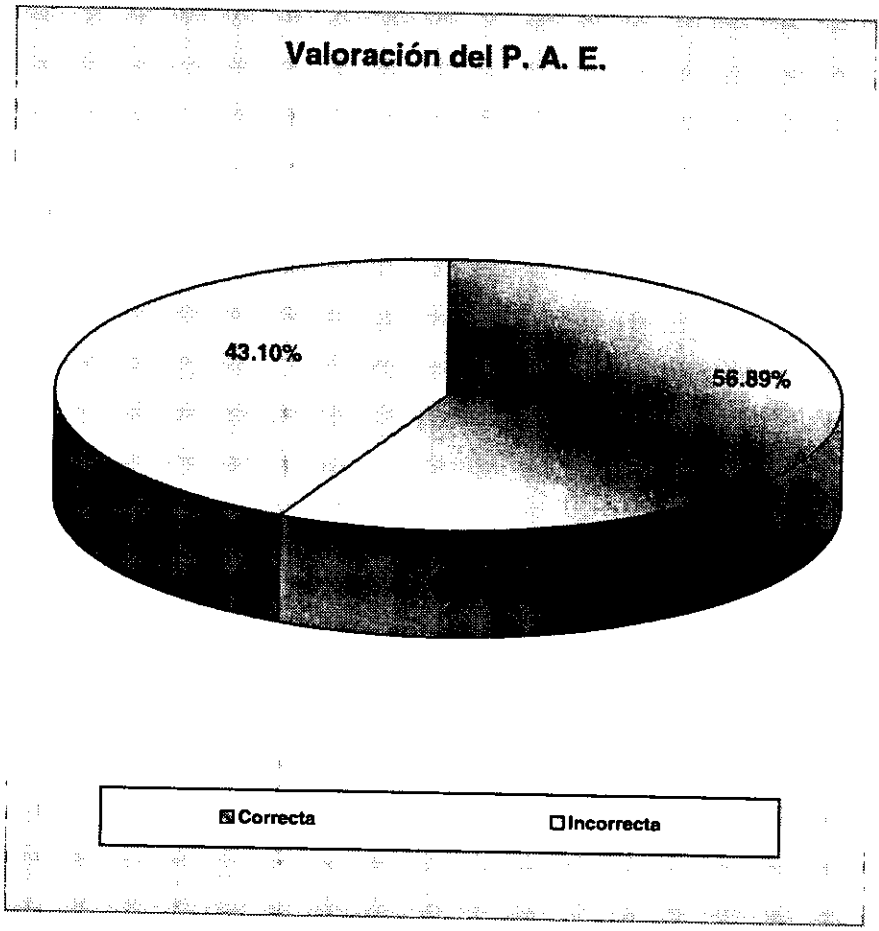
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 8.

CUADRO Nº 9 Valoración del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

VALORACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
CORRECTA	33	56.89
INCORRECTA	25	43.10
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 9



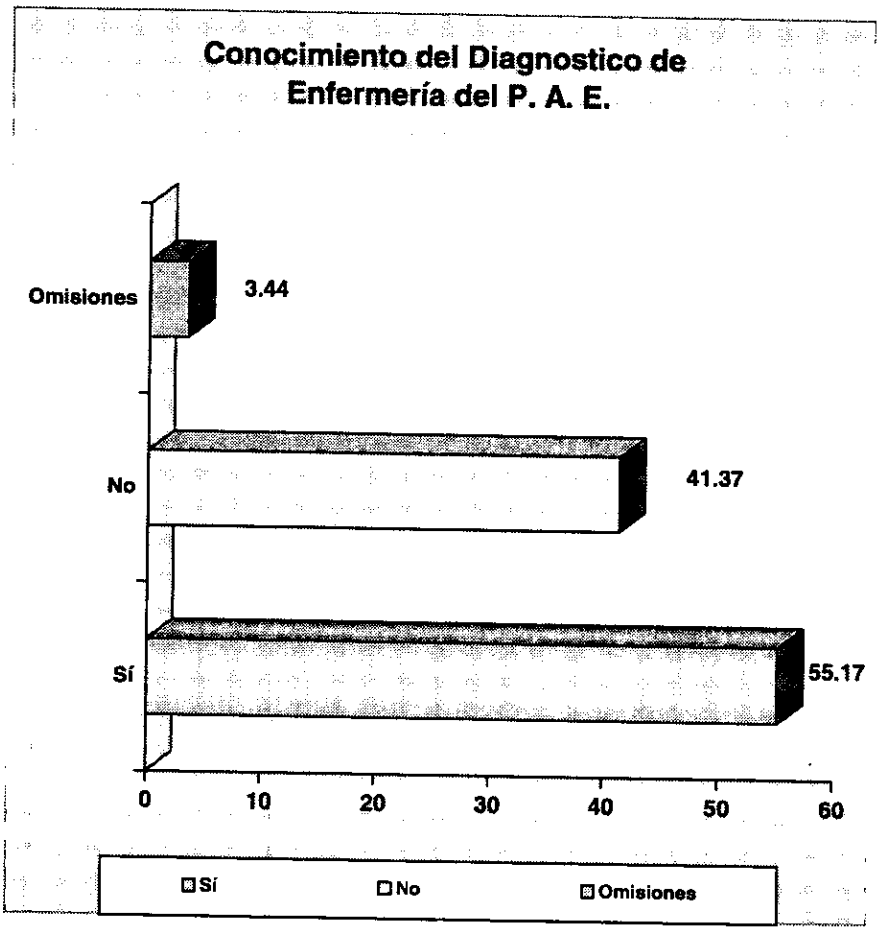
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 9.

CUADRO Nº 10 Conocimiento del Diagnóstico de Enfermería del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	32	55.17
NO	24	41.37
OMISIONES	2	3.44
TOTAL	58	99.98

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1º de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 10



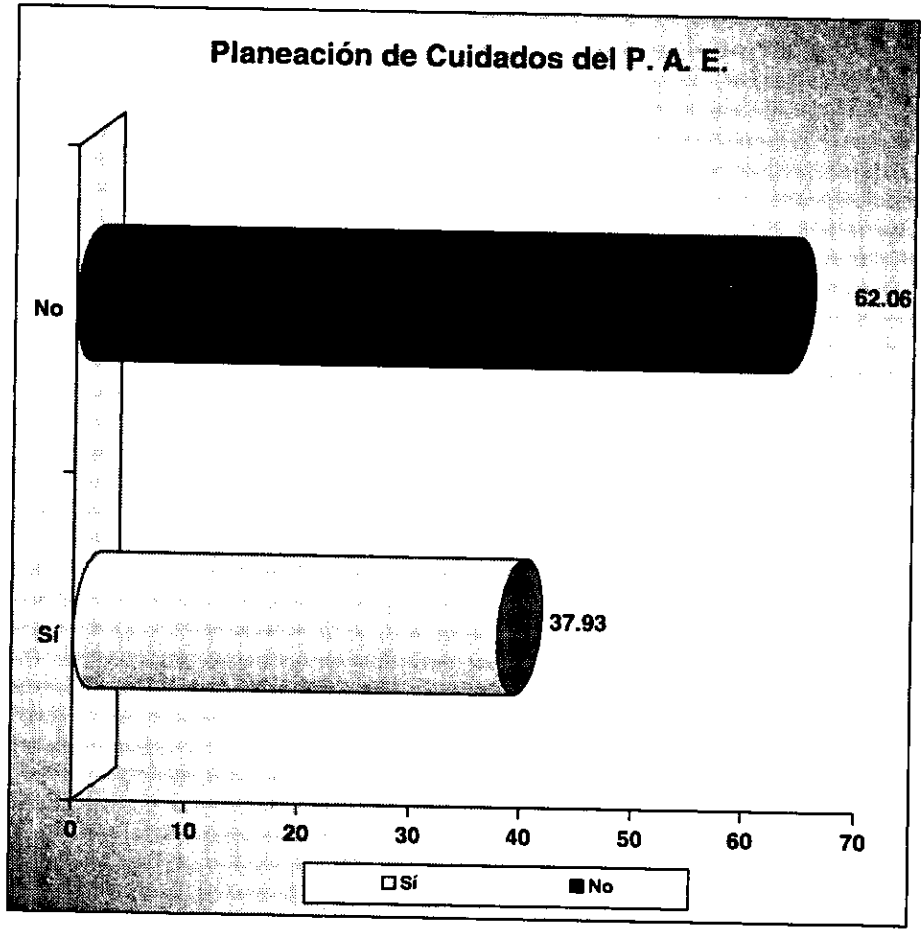
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 10.

CUADRO Nº 11 Planeación de Cuidados del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

PLANEACIÓN DE CUIDADOS	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	22	37.93
NO	36	62.06
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1º de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 11



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 11.

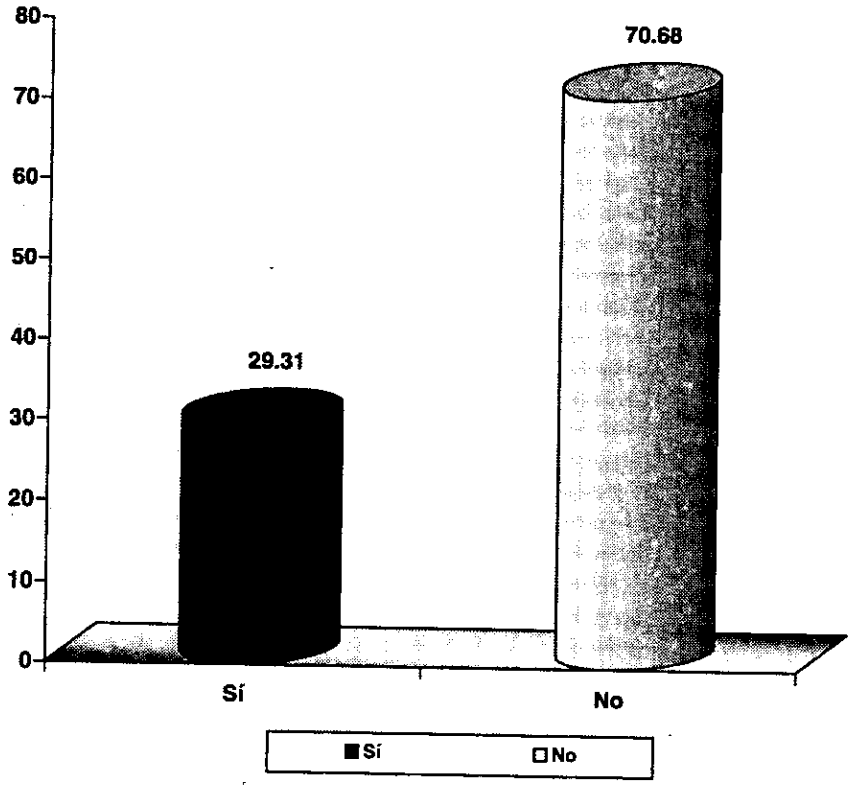
CUADRO N° 12 Ejecución de Acciones del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

EJECUCIÓN DE ACCIONES	NUMERO	PORCENTAJE
SÍ	17	29.31
NO	41	70.68
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 12

Ejecución de Acciones del P. A. E.



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 12.

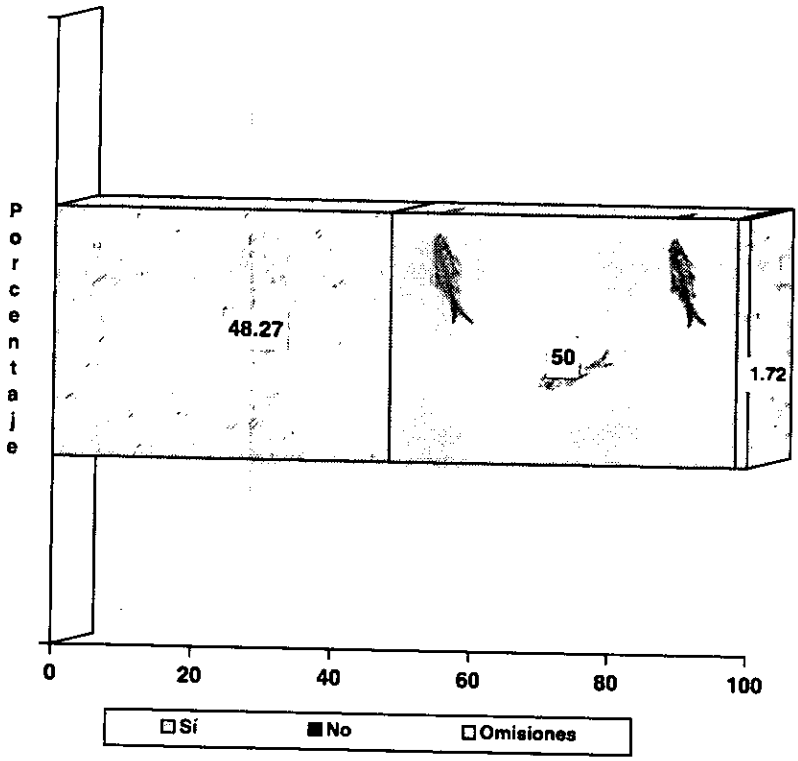
CUADRO N° 13 Evaluación del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

EVALUACIÓN DEL PAE	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	28	48.27
NO	29	50
OMISIONES	1	1.72
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

G R Á F I C A N° 13

Evaluación del P. A. E.



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 13.

4.2 Datos Observados en el Personal de Enfermería.

Resultados obtenidos de 58 Guías de Observación, aplicadas al personal de enfermería del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, que se llevo a cabo como se expone a continuación:

- La Hora de aplicación al personal en estudio fue: de 11 a 15 hrs., obteniéndose el 31.03% del personal observado, y de 15 a 21 hrs. 68.96%. (VER CUADRO N° 14)

- La Fecha de aplicación al personal en estudio fue: el día 11 de Noviembre, obteniendo el 15.51%; el día 12 de Noviembre 41.37%; y el 15 de Noviembre el 43.1%. (VER CUADRO N°15)

- La Categoría del Personal en estudio que se encontró fue: Lic. en Enfermería 5.17%; Pasanate de Licenciatura 10.34%; Enfermera Especialista 1.72%; Enfermera Nivel Técnico 79.31%, Pasante de enfermería 3.44%. (VER CUADRO N° 16)

- Sexo del personal de Enfermería en estudio, se encontró que 87.93% es femenino y el 12.06% es masculino. (VER CUADRO N°17)

- Servicios donde se llevó a cabo la observación para el estudio fue: Cirugía General 25.86%; Especialidades 13.79%; Medicina Interna 32.75%; Pediatría 10.34%; Gineco Obstetricia17.24%. (VER CUADRO N°18)

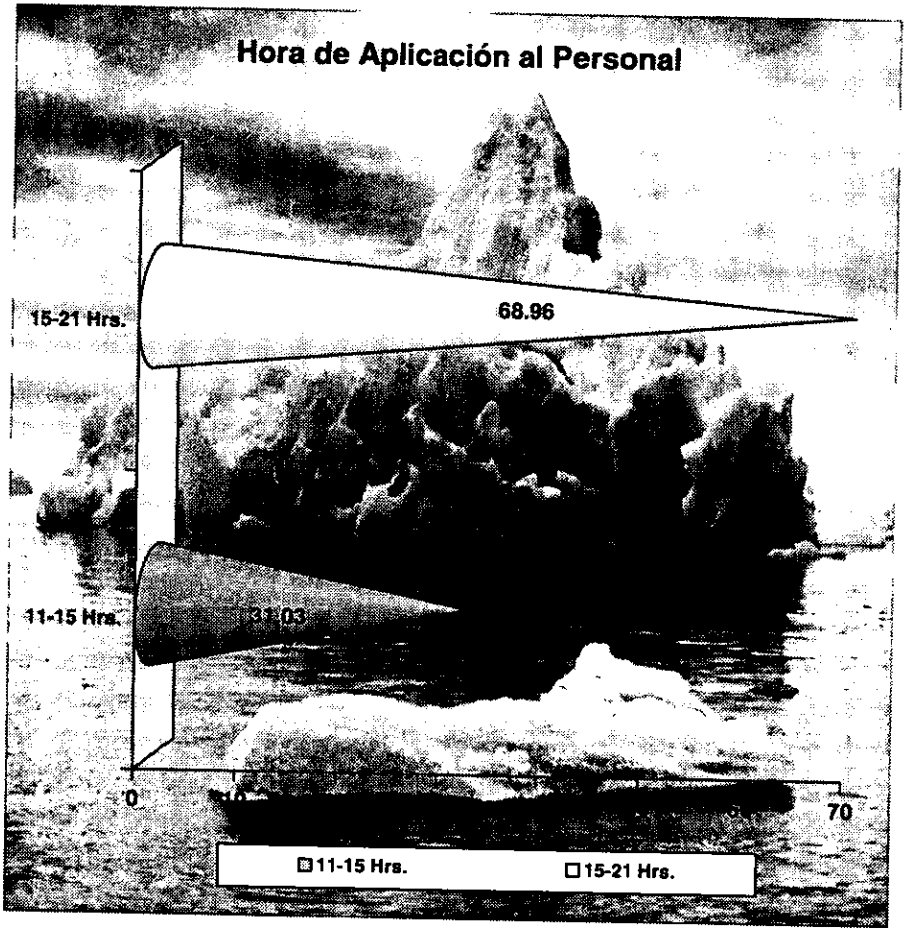
- Turno del personal en que se aplicó la Guía de Observación fue: Turno Matutino 27.58% y Turno Vespertino 74.41 %. (VER CUADRO N°19)

CUADRO Nº 14 Hora de aplicación al personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

HORA	NÚMERO	PORCENTAJE
11 - 15 Hrs.	18	31.03
15.- 21 Hrs.	40	68.96
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 14



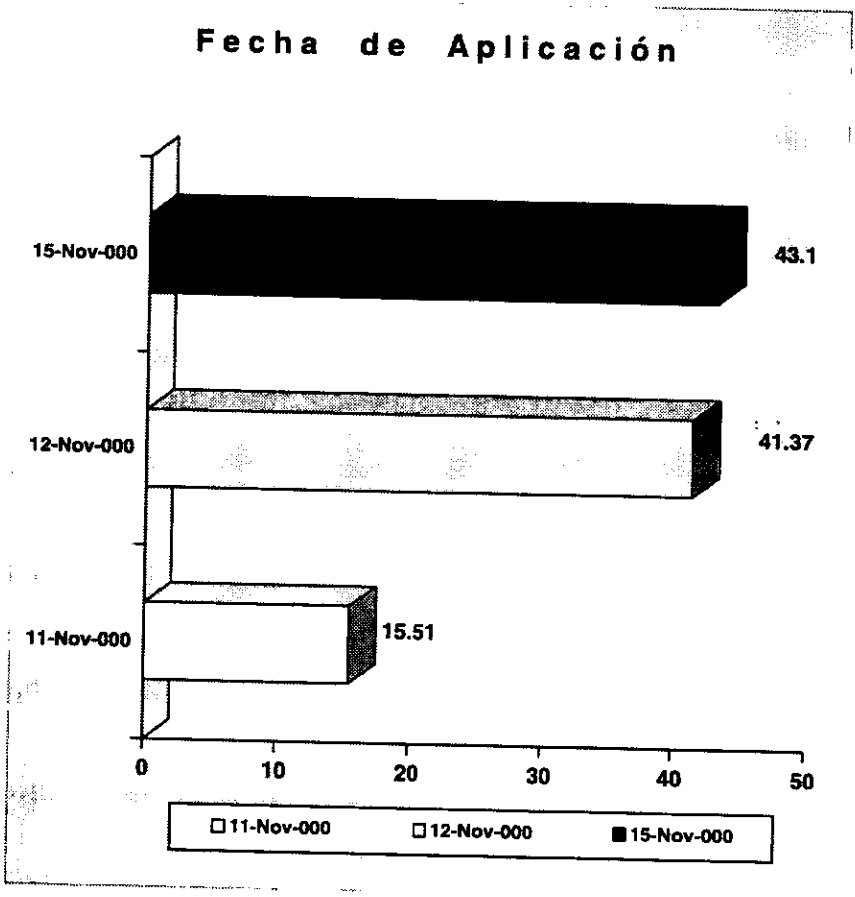
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 14.

CUADRO N° 15 Fecha de aplicación al personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

FECHA	NÚMERO	PORCENTAJE
11 - Nov. - 000	9	15.51
12 - Nov. - 000	24	41.37
15. - Nov. - 000	25	43.10
TOTAL	58	99.98

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 15



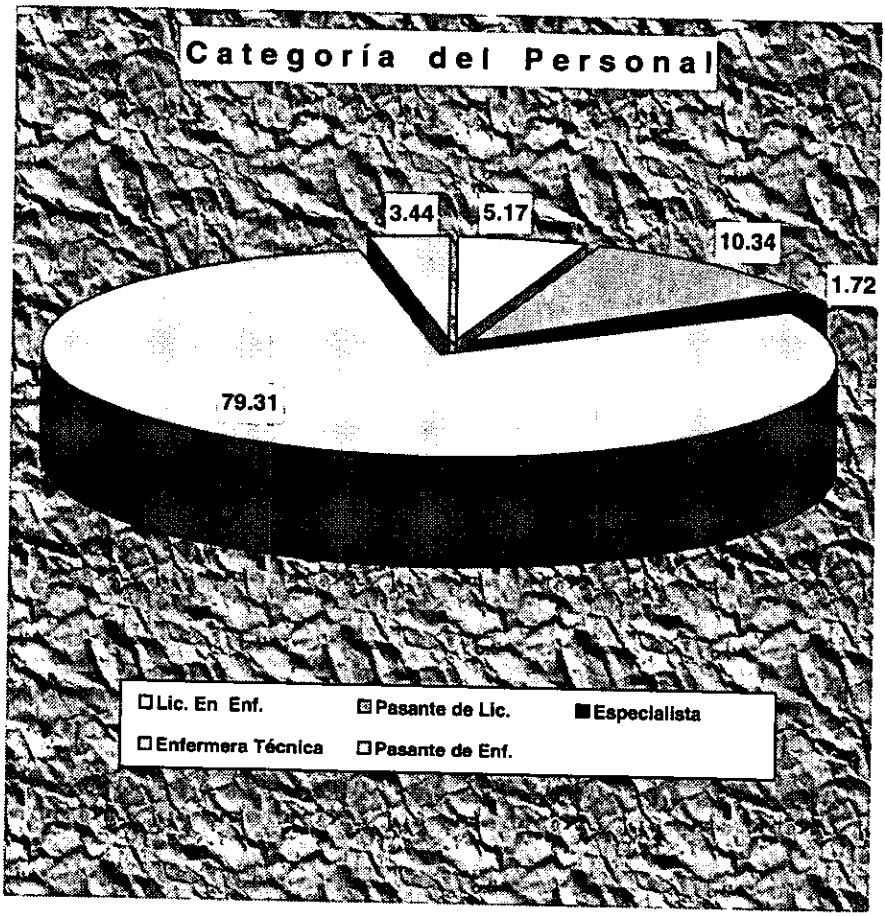
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 15.

CUADRO N° 16 Categoría del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
LIC. EN ENFERMERÍA	3	5.17
PASANTE DE LICENCIATURA	6	10.34
ESPECIALISTA	1	1.72
ENFERMERA NIVEL TÉCNICO	46	79.31
PASANTE DE ENFERMERÍA	2	3.44
TOTAL	58	99.98

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de aplicación al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 16



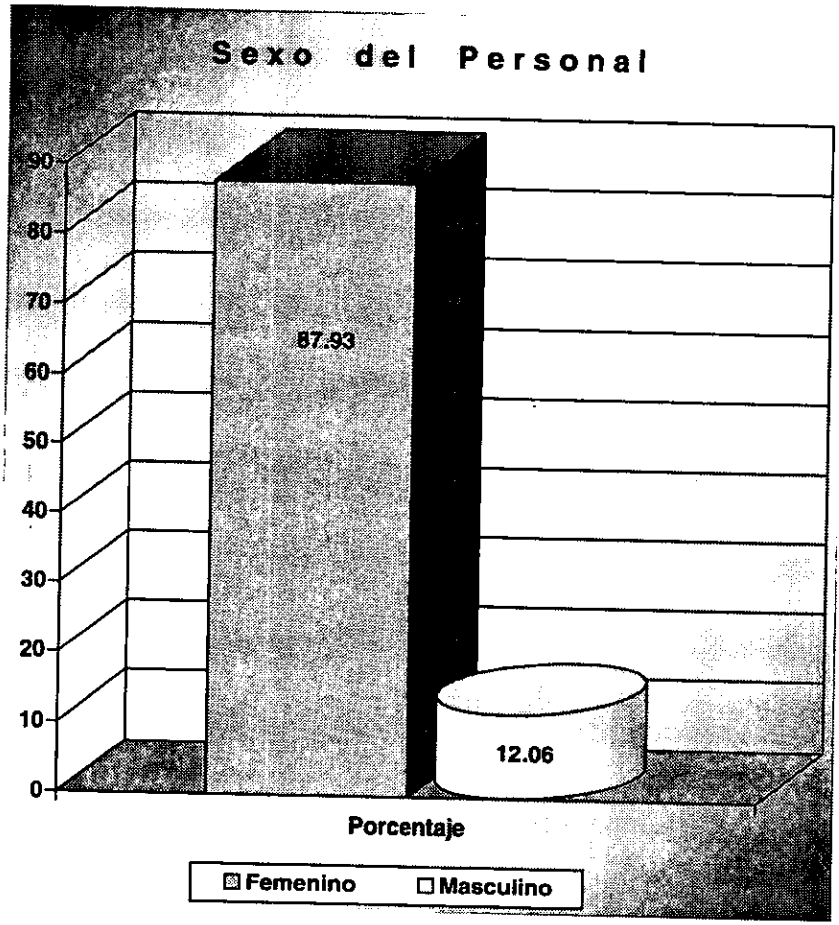
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 16.

CUADRO N° 17 Sexo del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	51	87.93
MASCULINO	7	12.06
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

G R Á F I C A N° 17



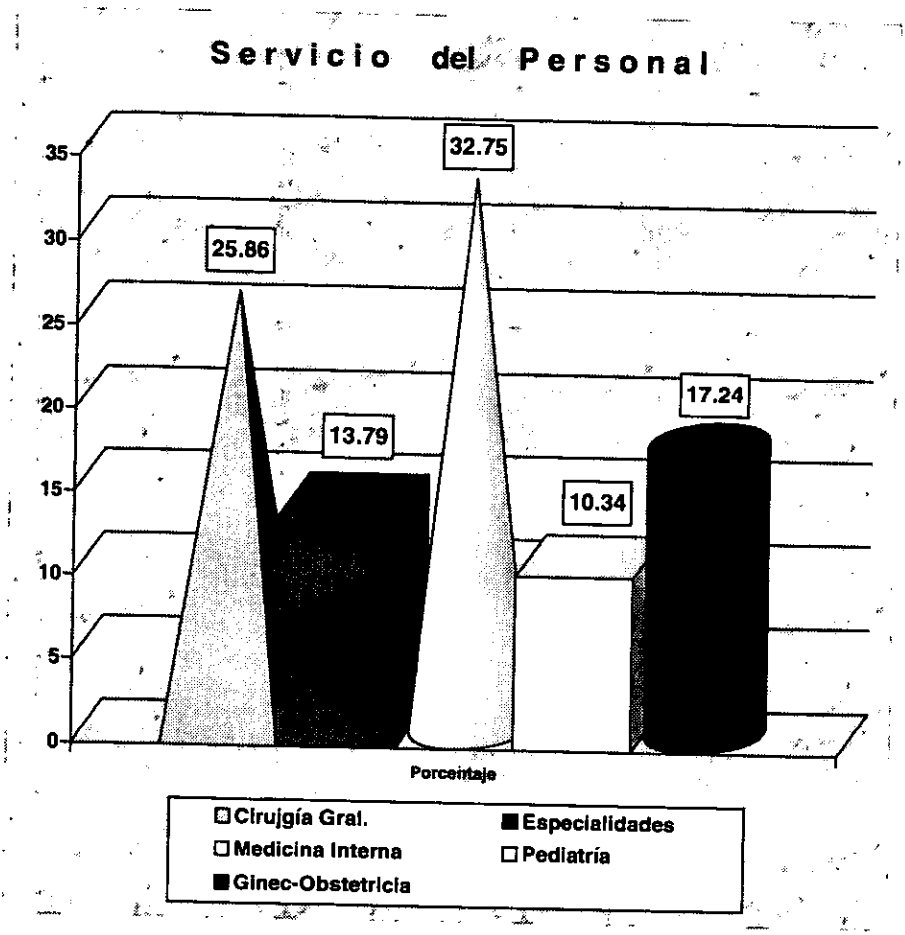
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 17.

CUADRO N° 18 Servicio del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
CIRUGÍA GENERAL	15	25.86
ESPECIALIDADES	8	13.79
MEDICINA INTERNA	19	32.75
PEDIATRÍA	6	10.34
GIECO-OBSTETRICIA	10	17.24
TOTAL	58	99.98

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 18



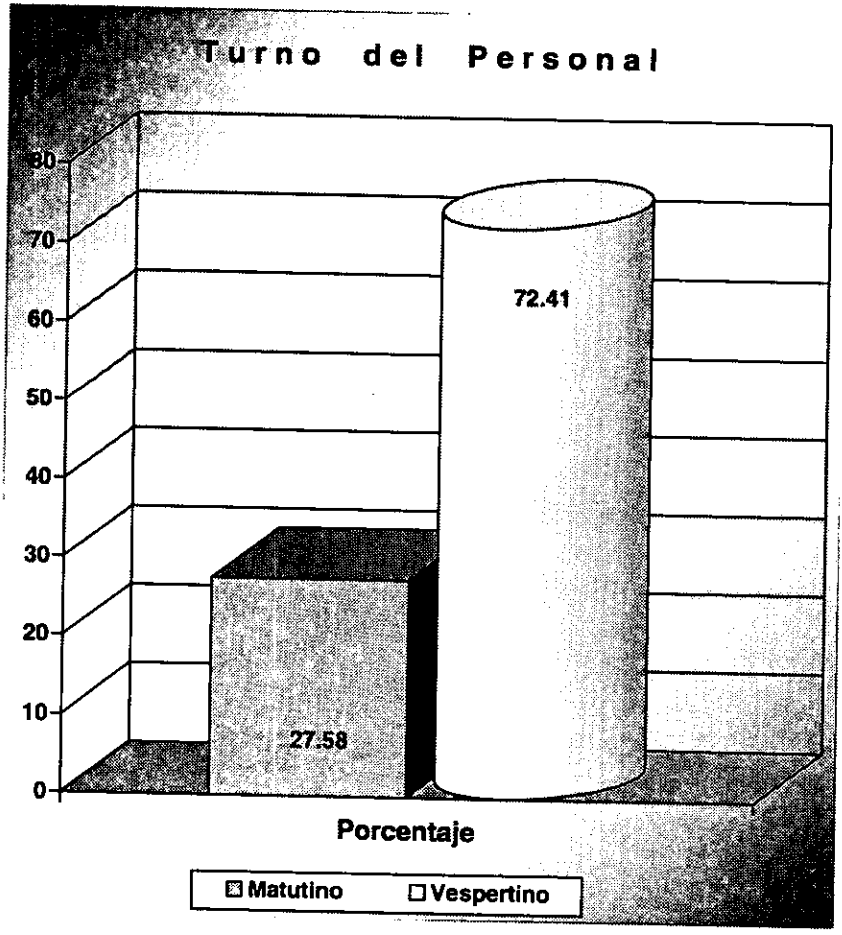
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 18.

CUADRO Nº 19 Turno del personal, "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

TURNO	NÚMERO	PORCENTAJE
MATUTINO	16	27.58
VESPERTINO	42	72.41
TOTAL	58	72.41

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 19



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 19.

- Valoración del PAE., que la enfermera debe realizar al paciente o cliente a su cuidado. Se encontró que sí lo realiza el 79.31%, y no lo realiza el 20.68%. (VER CUADRO N° 20)

- Diagnóstico de Enfermería, que el personal debe realizar al paciente a su cuidado: sí lo realiza el 58.62%, y no lo realiza el 41.37%. (VER CUADRO N° 21)

- Planeación de Cuidados de Enfermería, que el personal debe realizar al paciente a su cuidado: sí lo realiza el 44.82%, y no lo realiza el 55.17. (VER CUADRO N°22)

- Ejecución de Cuidados del PAE., que el personal debe realizar al paciente a su cuidado: sí los realiza en relación a lo planeado el 46.55%, y no los realiza previa planeación el 53.44%. (VER CUADRO N° 23)

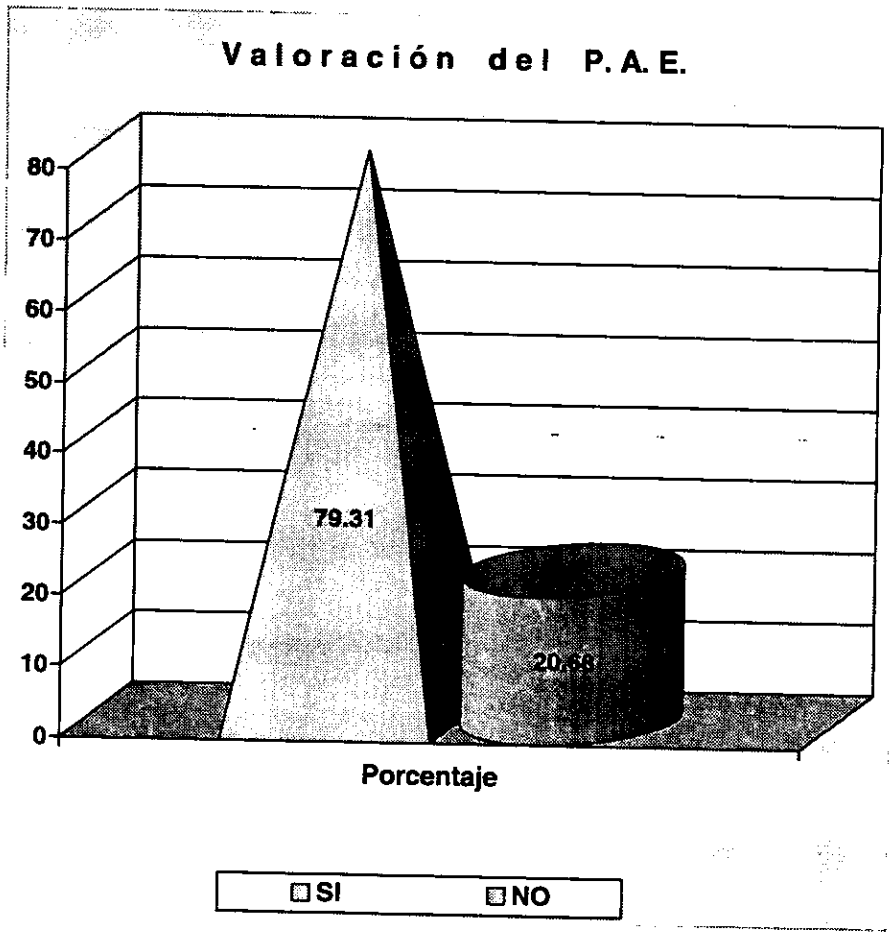
- Evaluación del PAE., que el personal debe realizar al paciente a su cuidado: sí lo realiza el 70.68%, y no lo realiza el 29.31%.(VER CUADRO N° 24)

CUADRO N° 20 Valoración del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

VALORACIÓN DEL PAE	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	46	79.31
NO	12	20.68
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 20



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 20.

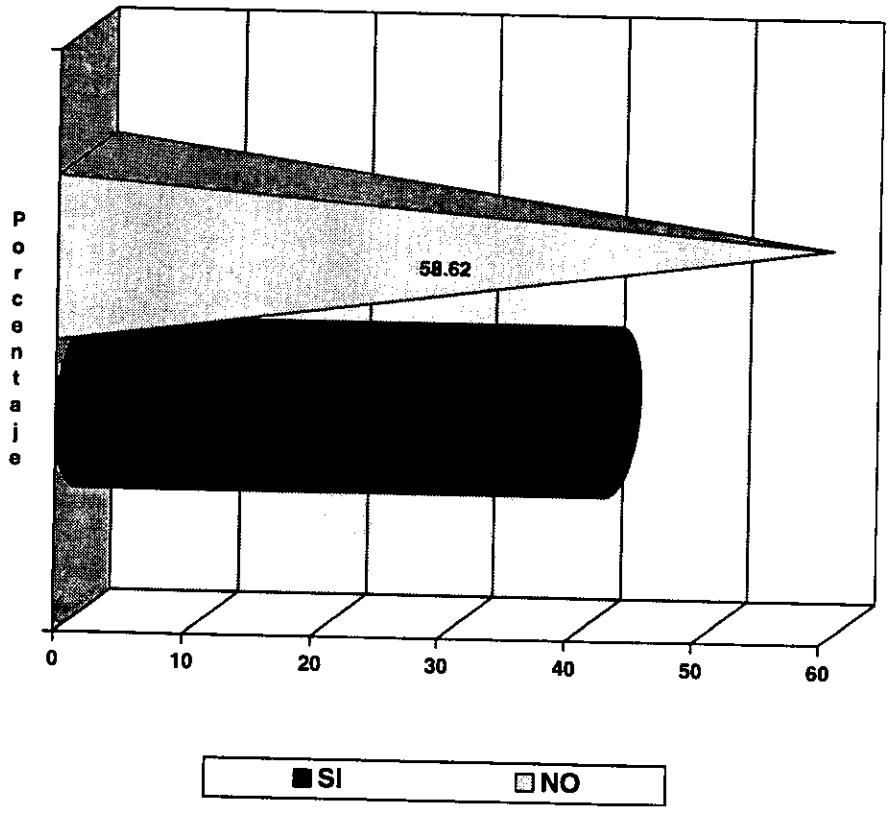
CUADRO N° 21 Diagnóstico del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

DIAGNÓSTICO DEL PAE	NÚMERO	PORCENTAJE
NO	34	58.62
SI	24	41.37
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

GRÁFICA N° 21

Diagnóstico del P.A.E.



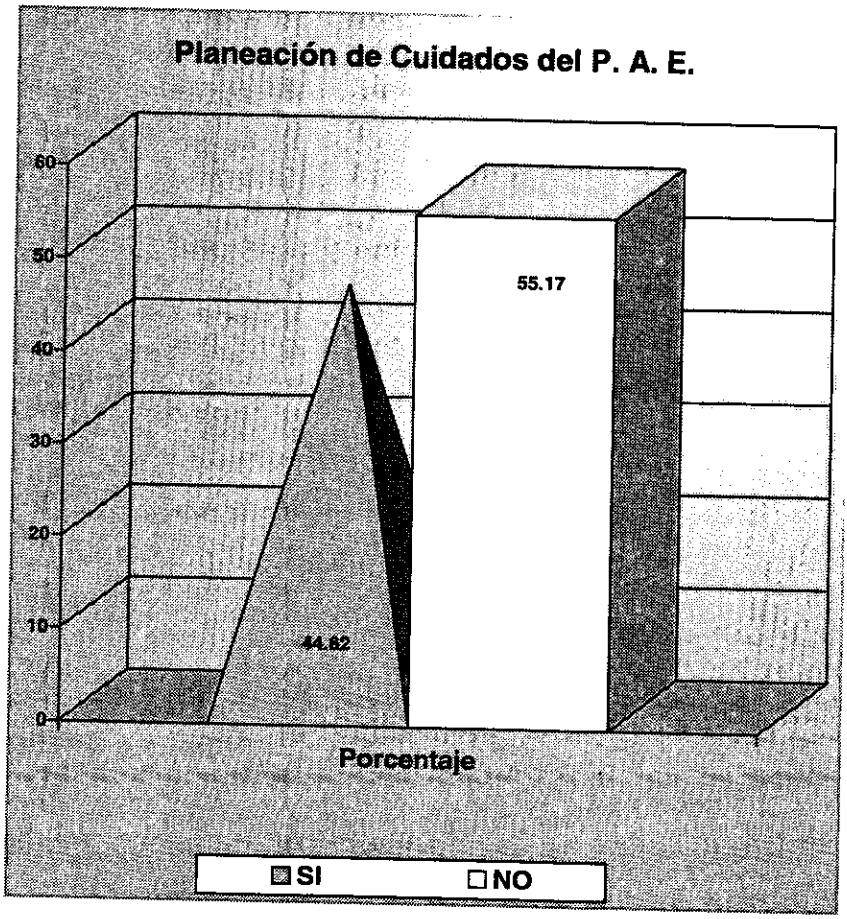
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 21.

CUADRO N° 22 Planeación de cuidados del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

PLANEACIÓN DE CUIDADOS	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	26	44.82
NO	32	55.17
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

G R Á F I C A N° 22



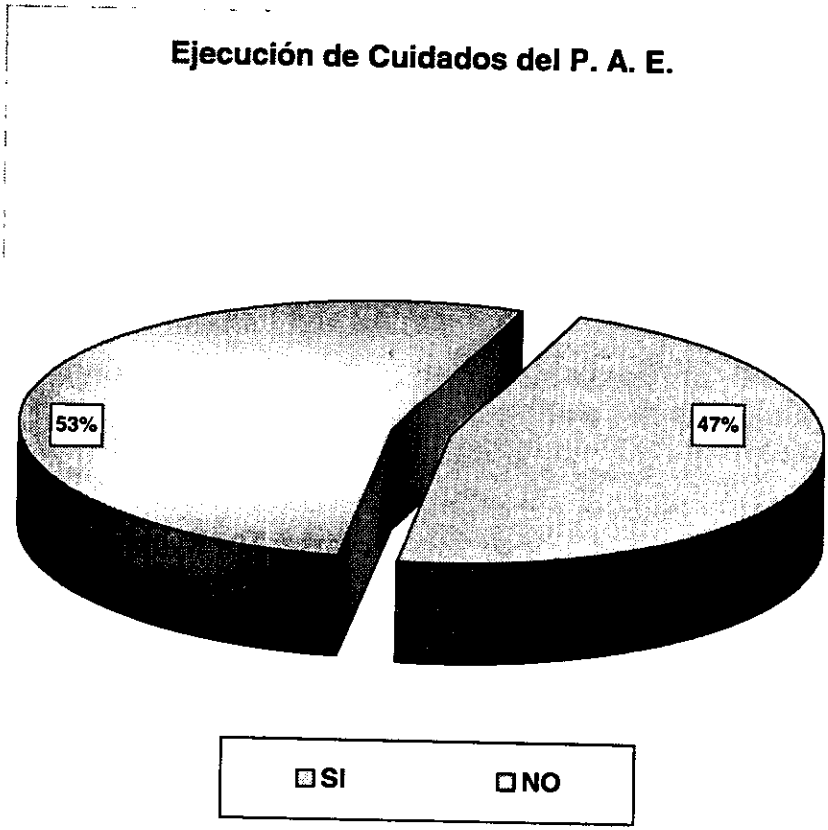
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 22.

CUADRO N° 23 Ejecución de cuidados del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

EJECUCIÓN DE ACCIONES	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	27	46.55
NO	31	53.44
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

G R Á F I C A N° 23



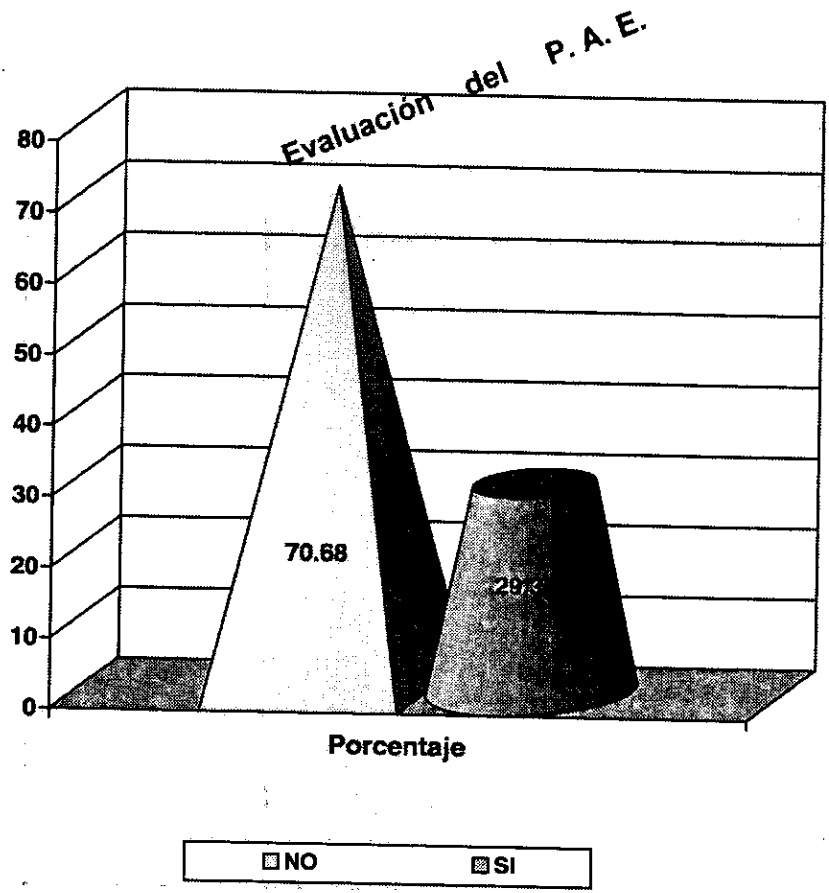
FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 23.

CUADRO Nº 24 Evaluación del P.A.E., "Estudio de la relación del conocimiento del Proceso y su aplicación en el campo laboral".

EVALUACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
NO	41	70.68
SI	17	29.31
TOTAL	58	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada al personal de enfermería del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, turno matutino y vespertino-2000.

G R Á F I C A N° 24



FUENTE: Datos obtenidos del Cuadro N° 24.

4.3 Discusión y Análisis.

Conforme a los datos obtenidos en la Encuesta y Guía de Observación que se aplicó al Personal de Enfermería, en los turnos Matutino y Vespertino del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE, podemos decir con respecto a su edad que se encuentra entre 21 y 30 años, con predominio del sexo femenino en el 83.23%; con estudios a Nivel Técnico 79.31%; en su mayoría egresados de la UNAM o de escuelas incorporadas; el periodo de titulación fue entre 1991-2000, con el 56.89%.

Lo antes mencionado, contribuye a fundamentar los resultados obtenidos acerca del conocimiento tan variado que tiene el personal de enfermería respecto del PAE en forma general, y la utilización del mismo, ya que éste lo aplican de forma parcial y fragmentado, por lo que se pudo observar. Consideramos, que existe discrepancia entre el conocimiento adquirido durante su formación y la praxis profesional, y que hace falta una vinculación real o tangible para que este conocimiento no se pierda.

Sabemos que el Proceso Atención de Enfermería, es un todo, formado por etapas que pueden ser divididas para su elaboración, pero no pueden ser fragmentadas en la aplicación donde el inicio es la Valoración del estado del paciente, sin un fin absoluto en la Evaluación, ya que esta es interactiva en cada una de sus etapas que se relacionan entre sí. Y es aquí donde la enfermera debe buscar alternativas de solución a los problemas de salud del cliente, cuyo objetivo principal sea mejorar la calidad de atención que se le brinde, hasta que éste, logre su auto-cuidado o le ayude a bien morir .

En la Observación que se llevo a cabo, pudimos valorar que no se vincula la teoría adquirida durante la formación profesional con la práctica laboral, lo que

se pudo constatar debido a que no existe un formato en donde la enfermera pueda adecuar las etapas del PAE, ya que solo existe una hoja de enfermería, la cual no ha sido modificada durante 25 años.

El médico prescribe el tratamiento y los cuidados que la enfermera debe proporcionar al paciente. Estos cuidados únicamente los menciona como, Cuidados Generales de Enfermería (CGE), Control de Líquidos, Control de Temperatura, etc.

En la hoja de enfermería, solo se anotan los cuidados e indicaciones del médico, las observaciones que se anotan son repetitivas, rutinarias y distan mucho de ser observaciones que orienten hacia la elaboración de un Diagnóstico de Enfermería.

Con respecto a los comentarios recopilados del personal encuestado para conocer ¿el porqué no instrumentan el PAE adecuadamente?, la contestación se basa en el exceso de trabajo y austeridad existente de personal.

También se pudo detectar que existe falta de liderazgo e iniciativa en el personal de enfermería para llevar a cabo modificaciones en el sistema de trabajo, tanto a nivel operativo como administrativo, lo cual es prioritario para estar acorde con la evolución de la carrera, y no quedar al margen, tanto a nivel nacional, como Internacional; además debemos tener en cuenta que, éste tipo de observaciones son similares a las que fueron hechas por Virginia Henderson en los años 50's, lo que nos estaría llevando al plano Internacional con un rezago de 50 años aproximadamente.

Otro punto relevante, es que no están reconocidas las acciones de enfermería independientes, de las dependientes e interdependientes, estas solo se limitan a las indicadas por el médico, por lo que aún nos encontramos inmersas en el modelo médico de atención, constrictor y limitante de las acciones de enfermería independientes.

En lo que concierne al personal, como ya se mencionó antes, su nivel de escolaridad es técnico, lo que impediría legalmente que se le presionara para realizar las acciones de enfermería independientes.

En lo que se refiere a la Guía de Observación, consideramos que hizo falta prever algunos datos adicionales como: a) saber si la hoja de enfermería que actualmente esta utilizando el personal de enfermería se puede adecuar a la instrumentación del PAE., b) N° real de enfermeras que se distribuyen por servicio, c) índice de atención enfermera paciente en cada uno de los servicios, entre otros.

4.4 Propuestas.

- Promover a nivel institucional, la modificación y adecuación de una nueva hoja de enfermería, estructurada para poder implementar el PAE, previa recopilación de sugerencias del mismo personal de la institución.

- Promover a nivel institucional, la instrumentación del Proceso Atención de Enfermería, lo que contribuiría a mejorar la calidad de atención que se proporcione al paciente.

- Elaboración de un programa de educación continua por servicio que incluya los siguientes puntos:

- Cursos monográficos, cuya meta sea el 80% de asistencia del personal de enfermería y evaluación a nivel operativo de la instrumentación del PAE.

- Jornadas de Enfermería en el Hospital, cuyo foro principal sea la exposición de trabajos sobre Proceso Atención de Enfermería y su aplicación en la práctica laboral.

- Que en el programa de actualización, se involucre a todo el personal de enfermería, Supervisoras, Jefes de Servicio, Lic. en Enfermería, Especialistas, así como, Enfermeras recién egresadas de la carrera de enfermería.

- A nivel de Enseñanza y Docencia, unificación de criterios acerca de la instrumentación del modelo de atención de enfermería.

- Emplear estrategias de enseñanza-aprendizaje para el alumno, para que asimile, y se apropie del conocimiento. Y de esta forma le facilite la instrumentación del PAE., en el campo laboral donde se inserte como profesional de la salud.

- Incluir en los programas de evaluación de la calidad de atención de enfermería, la revisión del Proceso de Atención de Enfermería aplicado a la salud individual y colectiva, así como en el ejercicio de las actividades independientes e interdependientes del propio profesional de enfermería.

4.5 Conclusiones.

Por lo antes expuesto, consideramos que a través de la investigación realizada, logramos alcanzar los objetivos planteados y saber el porcentaje del

personal de enfermería que tiene el conocimiento, y de que forma instrumenta el PAE., durante su práctica profesional. Además, contribuyó para conocer cuál es la realidad en varios aspectos, como son: la acertividad, que como docentes tenemos al impartir la enseñanza acerca del PAE., la cual debe ser actualizada y estar acorde a la realidad del sector salud, independiente del campo laboral al que se inserte el alumno como un profesional de la salud.

Además, debemos tomar en cuenta que existen diferentes teóricas de enfermería que dan sentido a la ejecución de las acciones que se proporcionan al cliente, y que no existe dentro de la carrera de enfermería a nivel nacional, una-Enfermera que pueda explicar el modelo de atención que se utiliza en nuestro Sector Salud, o que promueva alguno que este acorde a la realidad y necesidades existentes en nuestro pais. Solo existen adecuaciones de modelos extranjeros sobre nuestra realidad.

Hemos tratado de incluirnos dentro de la modernidad, saltando de la época anterior a la actual, refiriéndonos a la instrumentación del Proceso Atención de Enfermería, y hemos restado interés a la evolución acerca de la aplicación de sus interfases o etapas. Y tratamos de insertarnos en la aplicación de modelos y teorías que no se adaptan a la idiosincrasia del mexicano, que difieren del modelo de atención a la salud actual de un país a otro, si analizamos su uso, tal vez no este acorde a nuestro momento histórico, político y económico, con lo que se pierde lo valioso y utilizable que pueda tener la aplicación del Proceso Atención de Enfermería o de alguna teoría en particular. Creemos que se puede ir avanzando en forma lenta pero continua, si tomamos como punto de partida el PAE., para el reconocimiento de las acciones de enfermería Independientes, y contribuir en esta forma a elevar la calidad de atención al paciente que coloque a la profesión de enfermería en la categoría por la que siempre a luchado y muy poco se le ha reconocido, consideramos que es el momento de que esté a la altura de las demás profesiones.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	FECHAS									
	24-08-00	31-08-00	7-09-00	14-06-00	21-09.00	28-09-00	5-10-00	12-10-00	19-10-00	26-10-00
• INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN.										
• ESTRUCTURA CONCEPTUAL DEL PROYECTO.										
• ELABORACIÓN DE SECCIÓN PRELIMINAR Y OBJETIVOS.										
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E HIPÓTESIS.										
• DEFINICIÓN DE VARIABLES Y METODOLOGÍA.										
• PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y, ANÁLISIS, ELABORAR INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.										
• ELABORACIÓN DE LA JUSTIFICACIÓN Y PRUEBA DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.										
• AVANCES DEL PROYECTO, RESULTADO DE LA PRUEBA DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.										
• ELABORACIÓN DE LA INTRODUCCIÓN, BIBLIOGRAFÍA, GLOSARIO Y CRONOGRAMA.										
• ESTRUCTURACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.										
ASESOR: MTRO. JULIO HERNÁNDEZ FALCÓN	TODOS LOS JUEVES DE CADA SEMANA UNAM-ENEO DE 16 A 21 Hrs, DEL 17 DE AGOSTO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2000.									

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Nº PROGRESIVO _____

ENCUESTA SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PAE

La presente encuesta forma parte de una investigación para conocer el nivel de conocimientos y forma en que aplica el personal de enfermería el PAE en el campo laboral, del Hospital "1° de Octubre del ISSSTE.," escuela de egreso de la carrera de enfermería, generación a que pertenece y tiempo de laborar en la institución. Los resultados obtenidos servirán para conocer la necesidad de proponer estrategias de solución para mejorar el desempeño laboral así como, modificar métodos de enseñanza utilizados con los estudiantes de la carrera de enfermería.

INSTRUCTIVO. Conteste usted las primeras 5 preguntas que se refieren a datos generales, las 8 restantes, marque con una "X" la aseveración que considere correcta.

I. DATOS GENERALES

1.-Edad: _____ 2.-Sexo: F ( ) M ( ) 3.-Escolaridad _____

4.-Escuela de Egreso_____ 5.-Año de Titulación_____

6.-Elabore Ud. un concepto de PAE: _____
_____

7.-Lograr la actuación del profesional de enfermería, así como, identificar Necesidades y Problemas en el individuo familia y comunidad es:

a) El objetivo del PAE? Sí ( ) No ( )

b) El objetivo de la gestión en Administración? Sí ( ) No ( )

c) El objetivo de la Carrera en Enfermería? Sí ( ) No ( )

d).El objetivo de Trabajo Social? Sí ( ) No ( )

8.- En base a sus conocimientos, ¿cuántas etapas contempla el PAE.?

a) 3 etapas ( )

b) 4 etapas ( )

c) 5 etapas ( )

d) 6etapas ( )

9.- La Etapa de Valoración la realiza usted. mediante:

a) La Historia Clínica Médica Sí ( ) No ( )

b) La Historia Clínica de Enfermería Sí ( ) No ( )

c) La Historia Clínica Social Sí ( ) No ( )

d) La Historia Multidisciplinaria Sí ( ) No ( )

10.- De los siguientes ejemplos ¿cuál considera usted. que es un Diagnóstico de Enfermería:?

a) Paciente con Síndrome Hipertensivo Sí ( ) No ( )

b) Paciente femenino con vómito, cefalea y compromiso respiratorio Sí ( ) No ( )

c) Paciente con alteración de la Necesidad de Alimentación, relacionada con falta de adaptación al medio manifestada por Anorexia Sí ( ) No ( )

d) Paciente con Deshidratación e Hipertermia Sí ( ) No ( )

11.- De los siguientes ejemplos ¿ cuál considera, prioridad de atención, según su Planeación de cuidados? (por orden de importancia marque del 1 al 4 en el paréntesis)

a) Paciente con mucosas orofaríngeas secas, ojos hundidos y pérdida de la turgencia de la piel ( )

b) Paciente con cianosis, polipnea, tos húmeda y abundantes secreciones ( )

c) Paciente con escalofrío, hipertermia, y rubicundez facial ( )

d) Paciente con anorexia y desnutrición del 25% de su peso corporal ( )

12.- ...al identificar las necesidades y problemas del paciente, ¿cuál sería la Ejecución de acciones de enfermería a seguir? (por orden de importancia marque del 1 al 4 en el paréntesis)

a) Fisioterapia Respiratoria ( )

b) Restitución de líquidos y Balance de líquidos ( )

c) Proporcionar dieta balanceada ( )

d) Control de temperatura por medios físicos ( )

13.- Al proporcionar cuidados de enfermería al paciente, Valora la eficacia de cada uno de ellos en base a:

a) La mejoría que presenta en su sintomatología Sí ( ) No ( )

b) Por medio del reporte Médico Sí ( ) No ( )

c) Porque se lo manifiesta el paciente Sí ( ) No ( )

d) Porque se lo manifiesta el familiar Sí ( ) No ( )

Qué alternativas propone ud. para facilitar y optimizar la utilidad del PAE en el campo laboral?

_____

_____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

GUÍA DE OBSERVACIÓN **Nº PROGRESIVO** _____

La presente guía de observación forma parte de una investigación que pretende conocer el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería acerca del PAE y su aplicación en el campo laboral, del Hospital "1º de Octubre del ISSSTE." Los resultados obtenidos servirán para conocer la necesidad de proponer estrategias para mejorar el desempeño laboral, así como, modificar métodos de enseñanza utilizados con los alumnos de la carrera de enfermería.

INSTRUCTIVO. La guía esta integrada por 11 puntos, los primeros 7 se refieren a datos generales, los 5 restantes a datos específicos relativos a la variable estudio, se marcará con una "X" el paréntesis que corresponda a la observación, cuando la enfermera realice la acción correspondiente.

I. DATOS GENERALES

1.-Lugar:_____ 2.-Hora:_____ 3.-Fecha:_____

4.-Categoría:_____ 5. Sexo: F( ) M ( ) 6.-Servicio:_____ 7.-Turno:_____

II ETAPAS DEL PAE

2.1 VALORACIÓN DEL PAE:

La enfermera valora los signos y síntomas que presenta el paciente que esta a su cuidado? Sí ( ) No ( )

2.1 DIAGNÓSTICO DEL PAE:

La enfermera elabora el diagnóstico y jerarquiza las necesidades y problemas del paciente que esta a su cuidado? Sí ( ) No ( )

2.3. PLANEACIÓN DE CUIDADOS DEL PAE:

La enfermera planea cuidados para dar solución prioritaria a los problemas que presenta el paciente que esta a su cuidado? Sí ( ) No ( )

2.4 EJECUCIÓN DE CUIDADOS DEL PAE:

La enfermera ejecuta acciones coherentes a la planeación y necesidades que presenta el paciente que esta a su cuidado? Sí ( ) No ( )

2.5. EVALUACIÓN DEL PAE:

La enfermera valora la respuesta de cada uno de los cuidados que proporciona al paciente que esta a su cuidado? Sí ( ) No ( )

OBSERVACIONES: _____

BIBLIOGRAFIA

ATKINOSN, - MURRAY Proceso de atención de Enfermería, Editorial Mc-Graw Hill, Interamericana, Traductor Roberto Palacios Martínez 5ª Ed. México, 1996.

BAENA ,Guillermina Redacción Práctica Editorial Mexicanos unidos 7ª IR México, 1994.

BAENA, Guillermina. Manual para elaborar Tesis de Investigación. Editores Unidos Mexicanos IR 11ª México 1994.

BRAVO, Peña Federico, Nociones de la Historia de la Enfermería, Editorial Tipografía comercial 3ª Ed. México, 1969.

BRUNNER y Sudarth Enfermería Médico Quirúrgica, Vol. I Editorial Mc-Graw Hill Interamericana, 8ª Ed México 1998.

CARPENITO L.J., Manual de Diagnósticos de Enfermería Editorial Mc-Graw Hill Interamericana 5ª Ed México 1997.

COLLIÈRE, Marie francoise. Promover la vida, Editorial Mc-Graw Hill, Interamericana, España, 1993.

Editorial Mc-Graw Hill Interamericana 3ª Ed México 1997.

Editorial Plaza y Valdez, 1ª Ed México, 1998.

ELIZONDO, Frank. Desarrollo Histórico de la Enfermería, Editorial La prensa Médica Mexicana, 3ª IR, México, 1981

ENGELS, Federico. El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre, Obras Escogidas. C. Marx y Federico Engels.

Grupo Asesor en salud, S.S., Programa Nacional de Salud 1994-2000 México 1994.

GYLLY, Adolfo. La revolución interrumpida, Editorial El caballito, México, 1997.

HERNÁNDEZ Sampieri Roberto, FERNÁNDEZ Collado Carlos, BAPTISTA Lucio pilar. Metodología de la Investigación, Editorial Mc-Graw Hill Interamericana 2ª Ed México, 1991.

HERSKOVITS J, Marville. El hombre y sus obras, Editorial F.C.E., México, 3ª IR.

KOZIER, B, G. Erb, K. Blais, Conceptos y Temas en la Práctica de Enfermería Editorial Mc- Hill Interamericana 2ª Ed México 1995.

KOZIER, B. ERB, G. K. Blais, Conceptos y temas en la práctica de Enfermería, Editorial Mc-Graw Hill Interamericana, 2ª Ed México, 1995.

L Wesley Ruby, Teorías y modelos de enfermería Editorial Mc-Graw Hill, Interamericana, 2ª Ed 1995.

LART, Teresa. FERNÁNDEZ Victoria, Enfermería una profesión de alto Riesgo,

LEON, Portilla Miguel. Antología de Teotihuacán a los Aztecas, Fuentes e Interpretaciones Históricas , UNAM, Lecturas Universitarias 2ª Ed México, 1983.

MARRINER, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, Editorial Rol, 1ª Ed España 1989

MARTÍNEZ Y COL, Ma. Matilde, Sociología de una Profesión El caso de Enfermería, Editorial Centro de Estudios Educativos, A. C., 2ª Ed. México, 1993.

MENDOZA Jiménez Araceli Investigación Clínica en Enfermería, Antología UNAM, ENEO-SUA 1996.

POLIT, B. HUNGLER, Investigación Científica en Ciencias de la Salud Editorial Mc-Graw Hill, Interamericana, 4ª Ed. México 1994.

Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo, México, 1995.

PW. Iy ER, B. J Tatich D. Bernocchi- Foey Proceso Diagnóstico de Enfermería

TURBEVILLE, A. S. La Inquisición Española, Brevarios F.C.E., 5ª Edición México, 1995.

VES, Sustle Jaq. La vida de los Aztecas en Vísperas de la Conquista, F C E.1ª IR México, 1994.

VIVALDI, Gonzálo Martín. Curso de Redacción, Editorial Paroninfo, 11ª Ed España, 1982.

W. N., Roper,. W. Logan, A. J. Tiernery Proceso Atención de Enfermería, 1ª Ed México 1983.

GLOSARIO

APESTADOS: Despedir mal olor.

CATAPLASMA: f.(del gr. *Kataplasma,* aplicación). Pasta medicinal que se aplica sobre cualquier parte del cuerpo, los cataplasmas aligeran la resolución de los abscesos.

CONCEPTO: Juicio, Opinión, Título, Motivo.

CUIDAR: Atención y esmero en una cosa. Asistir. Darse buena vida, mirar por su salud. Cuidarse de una cosa, preocuparse por ella (cuidarse del que dirán).

DESCRIPTIVO: Que tiene por objeto describir o representar.

EMPÍRICO: Sin. Experimental, práctico, materialista, real, positivo. Ant. Teórico.

ENTORNO: Ambiente, medio.

ETAPA: Avance parcial en el desarrollo de una acción o una obra.

FASE. Periodo, grado, escalón, etapa, estadío, aspecto.

FUNDAMENTO: Principio, base de una cosa.

GÉNESIS: Primer libro del Pentatenco de Moisés y de toda la Biblia, en el cual se refieren los principios del mundo. Conjunto de hechos que ocurren en la formación de una cosa.

HIPÓTESIS: A. Gr. Hipothesis. Suposición de una cosa posible, de la que se saca una consecuencia. Se define como explicaciones tentativas del fenómeno investigado formuladas a manera de proposiciones y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados.

HORRURA: Basura, escoria.

INCURA: Que no puede curar, mal incurable.

JERARQUIZAR: Establecer conforme a jerarquía, con arreglo a un orden determinado.

MATRONA: Madre de familia respetable y de alguna edad. Comadre, comadrona, mujer, señora, partera.

MAZATECO: adj. y s. de Mazatlán (México). De Mazatenango (Guatemala).

MODELO: Objeto que se reproduce imitándolo. Representación en pequeña escala. Adj. Perfecto en su género.

NEOLIBERALISMO: Forma moderna del liberalismo que permite una intervención limitada del Estado en los terrenos jurídicos y económicos.

PERSPECTIVA: Arte de representar los objetos según las diferencias que producen en ellos la posición y la distancia. Aspecto que representan desde un punto determinado diversos objetos lejanos.

PRAXIS: Conjunto de actividades que pueden transformar el mundo, como el conocimiento o los fenómenos de la producción sobre los que se basan las estructuras sociales.

PREMISAS: Puesta o colocada delante.

PRINCIPIO: base o fundamento sobre el cual se apoya una cosa.

PROCESO: Serie de fases de un fenómeno, tratamiento de la información.

SECULAR: Sacerdote que sirve en el siglo y no en clausura.

SÍNDROME. Conjunto de síntomas de una enfermedad.

TEORÍA: Conocimiento especulativo puramente racional.

RESUMEN

Durante el 2° semestre del año 2000, se realizó la presente investigación en el Hospital 1° de Octubre del ISSSTE. El propósito fue verificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería acerca del PAE., así como la implementación del mismo en el campo laboral. El estudio fue de carácter: Descriptivo, Prospectivo, Transversal y no Experimental, donde la unidad de observación fue el personal de enfermería adscrito a la unidad hospitalaria, se excluyó a las auxiliares de enfermería y no se consideró al personal ausente durante el estudio.

La muestra se constituyo de manera no estadística, siendo estudiado el 10% del total del personal operativo de diferentes servicios en los turnos matutino y vespertino. Para la recolección de datos, se utilizó una guía de observación, y conocer, cómo realiza el personal la implementación y ejecución de las etapas del PAE., enfocadas al paciente durante su estancia hospitalaria, la cual fue llenada por nosotras las investigadoras, también se aplico una encuesta por medio de cédulas, para saber el nivel de conocimientos que tiene el personal acerca del PAE., y su integración, misma que fue llenada por el trabajador.

Los resultados obtenidos muestran en orden de importancia, que el personal se encuentra entre 26 a 30 años de edad, con predominio en el sexo femenino, con estudios a nivel técnico, egresado en su mayoría de la U. N. A. M., y titulado entre 1996-2000.

En lo que se refiere al conocimiento que tiene el personal acerca de la elaboración del concepto del PAE., el porcentaje que contestó acertadamente no llegó al 50% del total encuestado, en su mayoría desconocen de cuántas etapas se integra actualmente el PAE., respecto a la VALORACIÓN, el 56.89%, contestó acertadamente y se observó que sí la realiza el 79.31%; en lo que se refiere al DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, 55.17% contestó acertadamente, pero se observo que solo 41.37%, lo realiza; respecto a la PLANEACIÓN DE CUIDADOS, 37.93% contestó acertadamente y se observó que 44.82% del personal sí lo realiza, en la EJECUCIÓN DE ACCIONES, 29.31% contesto acertadamente, pero se observó que 46.55%, sí lo realiza en base a lo planeado, respecto a la EVALUACIÓN, 48.27% del personal contestó acertadamente, pero se observó que sólo el 29.31% lo realiza.

Lo antes mencionado, sirvió como base para el planteamiento de las propuestas, acerca de la necesidad de promover la actualización del personal de enfermería de la institución que motivo la investigación, y poder contribuir a reforzar el conocimiento actual del PAE, así como la adecuación de una hoja de enfermería que facilite la instrumentación del mismo durante el tiempo que se brinde el cuidado al cliente en el campo laboral.

A nivel docencia, creemos que es necesario, la creación de nuevas estrategias para impartir la enseñanza-aprendizaje del PAE, que facilite al estudiante la apropiación del conocimiento, así como la instrumentación y adecuación en diferentes campos laborales donde se inserte, como profesional de la salud.

CONCLUSIÓN: Por lo antes expuesto concluimos que fue posible identificar en el personal estudiado, el nivel de conocimiento que tiene del PAE., así como su instrumentación en el campo laboral, con lo que se pudo

confirmar que la Hipótesis planteada, fue verdadera donde se menciona: La relación que hay entre el conocimiento que presentan las enfermeras sobre el PAE y su aplicación en el campo laboral, es una relación ausente, porque no hay una aplicación del PAE., aunque hay un conocimiento del mismo.

También se pudo observar, que existe disponibilidad e interés por parte del personal de enfermería, para actualizar sus conocimientos y unificar criterios acerca de la instrumentación del PAE, que facilite su quehacer con el cliente o paciente a su cargo.