



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LA ENFERMERA Y LA TOMA DE DECISIONES
EN EL SERVICIO SOCIAL RURAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

CASTILLO VERA VIRGINIA

DIRECTORA DE TESINA

Lic. MARÍA ARACELI ALDANA ALCALÁ



MÉXICO DF., NOVIEMBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTO

Antes que nada agradezco a Dios por prestarme la vida y permitirme alcanzar esta gran oportunidad en Enfermería.

Agradezco de todo corazón a mi familia por su apoyo incondicional, a todas mis amigas y amigos por su valiosa amistad.

A todos los y las profesoras que participaron en el transcurso de mi formación profesional, por su dedicación y apoyo, por inculcar las bases para alcanzar un nivel profesional.

A mi asesora para este trabajo, que ha participado en mi formación profesional, por su gran apoyo y cariño.

DEDICATORIA

A mi Abuelita por su motivación constante y por las enseñanzas que fortalecen el alma.

A mis Tíos por su gran apoyo y esfuerzo, por su cariño incondicional.

A mi Hermana por su compañía desde toda la vida, por su apoyo y confianza, por nuestra infancia maravillosa.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO I. LA TOMA DE DECISIONES
EN ENFERMERIA1

CAPÍTULO II. SERVICIO SOCIAL RURAL22

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO
DE TEOPISCA, CHIAPAS30

CAPÍTULO IV. LA ENFERMERA Y LA TOMA DE DECISIONES
DURANTE EL SERVICIO SOCIAL RURAL38

ETAPA I. LA ENFERMERA Y LA TOMA DE DECISIONES
DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN CENTRO DE SALUD45

ETAPA II. LA ENFERMERA Y LA TOMA DE DECISIONES
DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN HOSPITAL
BÁSICO COMUNITARIO53

CONCLUSIÓN.....59

BIBLIOGRAFÍA.....61

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se encuentra en sus manos tiene por objeto dar a conocer; cómo es que la Enfermera lleva a cabo la Toma de Decisiones en el Servicio Social Rural, siendo ésta una habilidad que permite al profesional de enfermería, determinar las acciones específicas para cubrir las necesidades de salud del paciente, durante la práctica clínica. Pese a que el abordaje de estas habilidades ha sido poco explorado durante nuestra formación profesional, priorizando el aprendizaje teórico y práctico, sin la actividad reflexiva que debe acompañar la toma de decisiones clínicas.

El trabajo presenta un enfoque cualitativo, por su marco referencial fenomenológico, que se caracteriza por centrarse en la experiencia personal. Basado en la observación y la auto observación.

El contenido se divide en cuatro capítulos; en el primero se describe según Bárbara Kozier, el proceso de Toma de Decisiones en Enfermería, dando un enfoque propio con base a las experiencias obtenidas como pasante en Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Así mismo, se describen conceptos para una mejor perspectiva sobre el tema: tales como “necesidad”, la consistencia del “proceso de atención de enfermería” que

implica el uso de un “juicio clínico” y un breve enfoque por autores de otras ciencias para la toma de decisiones.

Por otro lado, se considera importante mencionar los requisitos, los derechos y obligaciones que se deben cubrir para realizar el Servicio Social en cualquier Institución del Sector Salud, por lo cual se describen en el capítulo dos, así como algunos aspectos específicos de una zona rural.

En el capítulo tres, se hace una breve conceptualización sobre Comunidad Rural y Sociedad Urbana, dando pauta a la descripción del Municipio donde tuve la fortuna de realizar el Servicio Social cumpliendo con la normatividad que las autoridades delegan.

El siguiente paso es señalar como fue que lleve a la práctica el proceso de Toma de Decisiones durante el Servicio Social Rural, dando a conocer porque fue que elegí prestar el Servicio Social en zona Rural. Este capítulo se divide en dos etapas en las que se mencionan las experiencias obtenidas en Centro de Salud y luego en Hospital Básico Comunitario, pues tuve la oportunidad de participar en las dos Instituciones debido a las circunstancias y porque así lo decidieron las autoridades de Jurisdicción Sanitaria Número II de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Por último, se menciona lo más relevante sobre el aprendizaje obtenido en cuanto a la Toma de Decisiones en Comunidad Rural.

JUSTIFICACIÓN

La práctica clínica, en los diversos servicios de salud, demanda que los profesionales de Enfermería constantemente “Tomen Decisiones”, y éstas han sido poco analizadas en los procesos de enseñanza-aprendizaje, en los que deliberadamente se consideran como habilidades a desarrollar.

Durante mi formación profesional, noté y tuve dificultad para “Tomar Decisiones clínicas”, conforme a la práctica fui adquiriendo conocimientos fundamentales de enfermería y desarrollando un juicio clínico que nos permite resolver problemas complejos como es la toma de decisiones que determinan los procedimientos, técnicas y acciones específicas de acuerdo a la necesidad de salud de cada paciente.

No obstante, durante la práctica clínica, era difícil que nosotras como estudiantes nos encontráramos solas con el paciente, nos acostumbramos a ser supervisadas todo el tiempo, pero qué pasa cuando estamos solas ante una situación desconocida, en un lugar desconocido, en la que se debe tomar decisiones con firmeza. Es por esta razón que nace el interés de dar a conocer por qué es importante que la enfermera aprenda y lleve a la práctica la “Toma de Decisiones” ante cualquier situación, así también, se pretende contribuir al avance de la construcción del conocimiento de Enfermería en el

marco de sus procesos educativos, alentando a las instituciones educativas y a docentes a promover el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan resolver problemas complejos, como es la “Toma de Decisiones”.

CAPÍTULO I. LA TOMA DE DECISIONES EN ENFERMERÍA

Es fundamental en Enfermería, el aprender a “Tomar Decisiones” para solucionar problemas en la práctica clínica y de esta forma brindar cuidados de calidad en las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades que lo requieren.

Para inducirse al tema es primordial definir qué es una necesidad de salud. “Henderson deduce que el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y aunque algunos podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todos son requisitos fundamentales independientes para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano”¹.

El modelo de Virginia Henderson se basa fundamentalmente en la satisfacción de las 14 necesidades básicas que, en orden jerárquico son las siguientes:

1- “Necesidad de Oxigenación: Respirar normalmente con un adecuado intercambio gaseoso teniendo en cuenta los aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores.

¹ Bárbara Kozier, et al, *Fundamentos de Enfermería*, pág.72

2- Necesidad de Nutrición e Hidratación: Se refiere a la ingestión adecuada y suficiente de nutrientes y líquidos en el que se deben conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos alimenticios.

3- Necesidad de Eliminación: Acción de tener una buena expulsión o excreción corporal de desechos orgánicos mediante la orina, heces fecales, sudor y otros mecanismos de excreción del cuerpo.

4- Necesidad de Movilidad y Postura: Capacidad del sistema músculo-esquelético y nervioso del ser humano para mantener el equilibrio, la posición y el alineamiento corporal al incorporarse, moverse, y llevar acabo las actividades de la vida diaria.

5- Necesidad de Descanso y Sueño: Capacidad para mantener la mejor calidad de sueño y descanso posible para tener un buen estado de salud y rendir más en las actividades cotidianas.

6- Necesidad de Usar Prendas de Vestir adecuadas: Capacidad de elegir las prendas de vestir que le agraden sin la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7- Necesidad de Termorregulación: Mantener la temperatura dentro de los límites normales que hagan sentir bien al individuo.

8- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel: Capacidad que se tiene para mantener el cuerpo en las mejores condiciones de limpieza para la comodidad, la seguridad y el bienestar del individuo.

9- Necesidad de Evitar Peligros: Definida como permanecer libre de lesiones tanto psicológicas como fisiológicas para la supervivencia y el bienestar del ser humano.

10- Necesidad de Comunicarse: Tener la capacidad de dialogar con los demás expresando emociones, necesidades, temores y opiniones que satisfaga sus actividades diarias.

11- Necesidad de Creencias y Valores: Profesar una religión y vivir según sus estándares de conducta que cada uno prefiera y que haga sentirse bien consigo mismo.

12- Necesidad de Trabajo y Realización: Ocuparse en algo que le agrade y estar a gusto con el rol que se desempeña.

13- Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas: Ocupar su tiempo libre en una labor con sentido de realización personal y haga sentirse mejor en la vida.

14- Necesidad de Aprendizaje: Descubrir o satisfacer su curiosidad para tener un buen desarrollo personal”².

De acuerdo a las necesidades de salud que presente el paciente se determina el plan de cuidados, lo cual nos lleva a solucionar el problema de acuerdo a las decisiones determinadas en esa circunstancia. “La solución del problema y la toma de decisiones se usan en la aplicación del proceso de enfermería. Aunque estos dos términos son usados de manera intercambiable son dos procesos separados que están relacionados en algunas situaciones. Resolver un problema puede requerir el tomar un número de decisiones, y el tomar una decisión puede incluir solucionar varios problemas. Además, no todas las decisiones incluyen solucionar problemas. En muchas situaciones de enfermería la toma de decisiones es un aspecto de solución del problema”³.

En enfermería aprendemos a realizar un Proceso de Atención de Enfermería, en el que nos basamos para ayudar a solucionar los problemas en las necesidades de salud del paciente, lo cual implica la “toma de decisiones”, por ejemplo; llega un paciente al servicio de urgencias nosotras valoramos rápidamente; Ponemos en práctica la primera etapa del proceso de atención de enfermería; La valoración, haciendo uso del instrumento de Henderson, que, como ya se mencionó, consta de catorce necesidades en las que

². Bárbara Kozier, et al, *Fundamentos de Enfermería*, págs. 745-1319.

³ *Ibíd.*, pág. 81.

recabamos información a través de la anamnesis y la exploración física, de acuerdo a la información obtenida se delimitan los diagnósticos de enfermería y decidimos si se ingresa o no al servicio de hospitalización, claro sin pasar por alto la valoración de nuestros compañeros médicos, pero esta acción nos ayuda a ganar tiempo y a prever que procedimiento se requiere y adelantarse en lo que corresponde a enfermería.

“El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar problemas del individuo, con la finalidad de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería. Este exige al profesional, habilidades y destrezas efectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar y evaluar.

Como instrumento en la práctica de Enfermería puede asegurar la calidad de los cuidados al paciente que se le brinda la atención individualizada y proporciona el medio para sistematizar y realizar investigación en Enfermería”⁴.

El Proceso de Atención de Enfermería consta de 5 etapas que son:

“Valoración. La valoración es la fase del proceso donde se recopilan, verifican y organizan datos acerca del estado de salud de una persona.

⁴ Susana Rosales Barrera y Eva Reyes Gómez, *Fundamentos de Enfermería*, pág. 225.

Etapa en la que se forma una base de datos. Y esta a su vez consta de dos etapas que son la entrevista y la exploración física.

Diagnóstico. El diagnóstico es la etapa que consiste en analizar e interpretar los datos de la valoración para determinar las capacidades y los problemas de salud que podrían ser resueltos con tecnología o cuidados de enfermería.

Planeación. La planeación consiste en el desarrollo de un proyecto de trabajo orientado a reducir o eliminar los problemas encontrados en la etapa de diagnóstico. En esta etapa se establecen prioridades, objetivos y resultados esperados.

También puede ocurrir que los problemas que en un principio fueron prioritarios pasen a un segundo lugar por otros más importantes en ese momento.

Ejecución. La ejecución es la etapa del Proceso de Atención Enfermería en el que se llevan a cabo las intervenciones propuestas en el plan. En esta se deben registrar y comunicar las respuestas del individuo a las intervenciones de enfermería.

El cual consta de los siguientes componentes:

- Recogida y valoración de datos.
- Realización de actividades de enfermería.

- Registro de los cuidados de enfermería.
- Comunicación verbal y escrita de lo ejecutado.
- Mantener el plan actualizado.

Evaluación. La evaluación es la última etapa del Proceso de Atención Enfermería y sin embargo, se evalúa después de realizar cada etapa. En esta se determinan los logros, avances e interferencias del plan de cuidados. Por otra parte se revisan si fueron efectivas las intervenciones que se realizaron para el cuidado del paciente y si se cumplieron los objetivos”⁵.

El proceso de atención de enfermería es una herramienta básica en las funciones de enfermería, conforme al desarrollo de este proceso dependerán nuestras acciones y los cuidados para cubrir las necesidades que el paciente presenta. Para que llevemos correctamente cada etapa tenemos que hacer uso de nuestro juicio clínico y tomar en cuenta todas las opciones y de esta forma decidir la mejor en pro de resolver las necesidades del paciente.

“El desarrollo del juicio clínico es quizás uno de los aspectos más importantes y desafiantes de ser enfermera. Es importante porque es el área clínica donde primero aprendemos a pensar como una enfermera en interacciones reales entre la enfermera y los pacientes. Nos desafía porque

⁵ Kozier, op. cit., .págs. 225-255.

normalmente se tiene poco tiempo para tomar decisiones y con frecuencia está más cargada de ansiedad y riesgo que en otras situaciones.

Para los estudiantes el razonamiento clínico es particularmente desafiante porque requiere una habilidad para recordar hechos, agruparlos en una imagen global que tenga sentido y aplicar la información a nuevas situaciones”⁶.

De acuerdo a la experiencia que se va adquiriendo, vamos ampliando nuestro juicio clínico como enfermeras, lo cual se ve reflejado en nuestras acciones con el paciente. Cuanto más amplio sea nuestro juicio clínico, más certeras serán nuestras decisiones con respecto a las necesidades de salud del paciente.

Kozier menciona algunos métodos para la resolución de problemas que conlleva la “toma de decisiones”, los más usados son;

“Ensayo y error. Consiste en probar un número de planteamientos hasta que se encuentra la solución. Sin embargo, la razón por la cual una solución funciona no se sabe cuándo no se consideran sistemáticamente las alternativas. El método de ensayo y error en los cuidados de enfermería pueden ser peligrosos porque el paciente puede sufrir daño sin un planteamiento es inadecuado.

⁶Rosalinda Alfaro Lefevre, *El Pensamiento Crítico en Enfermería*, págs. 40-66.

Solución intuitiva del problema. La intuición como método de solucionar problemas, no se ha considerado ni como sensato ni como legítimo, más bien, se ha visto como una forma de sospechar y como tal, una base inapropiada para las dediciones de enfermería. La intuición parece ser un aspecto esencial y legítimo del juicio clínico adquirido a través del conocimiento y la experiencia. El juicio intuitivo en enfermería, se desarrolla a través de la experiencia clínica con tipos similares de situaciones.

Experimentación. Se basa en el conocimiento y la investigación y es más valido que las anteriores. Los ejemplos de experimentación son proyectos pilotos o pruebas limitadas en un esfuerzo por solucionar problemas”. Por ejemplo, una enfermera que cuida a un paciente que padece un dolor intratable, puede probar con una actuación específica de enfermería durante tres días para disminuirle el dolor.

Si el dolor no disminuye, la enfermera puede poner en práctica un segundo plan durante otros tres días. Muchos proyectos de investigación diseñados y realizados por enfermeras investigadoras han determinado las actuaciones más efectivas de enfermería y han mejorado los cuidados de enfermería”⁷.

Con respecto a los métodos que Kozier menciona para la resolución de problemas se comenta lo siguiente:

⁷ Kozier, op. cit., pág. 81.

El método de ensayo y error se lleva a cabo por enfermería frecuentemente, sin darse cuenta algunas compañeras practican este método alterando más el problema o necesidad del paciente, por la falta de preparación. Por ejemplo; una ocasión llego al servicio de urgencias un adulto joven que en su taller de carpintería se cortó el dedo índice del miembro superior izquierdo, la compañera que estaba en servicio de urgencias lo recibió y empezó a suturar creyendo que sería suficiente, pero al ver que no se detenía el sangrado se alarmó y decidió pedir ayuda, al valorar la herida me di cuenta que tenía que enviarlo rápidamente al hospital de especialidad de San Cristóbal, pues no era una herida simple, sino que se había lesionado el hueso y para que se formara el muñón necesitaban quitar la parte de hueso que había quedado.

Decidí enviarlo al servicio de traumatología haciendo hemostasia y con una vía permeable de solución Hartmann por la sangre que ya se había perdido. En esta situación me permití “tomar la decisión” por la ausencia del médico general.

Con respecto a la intuición como método para Kozier, es un aspecto que se logra a través de la experiencia, en el transcurso de nuestra formación vamos adquiriendo conocimientos, habilidades y destrezas, que en un futuro nos permiten recordar aspectos similares que van reforzando nuestro juicio clínico. Por ejemplo; en el área de obstetricia, todas las mujeres toleran el dolor de parto de diferente manera pero hay aspectos que se presentan

similares y que nos indican cuando es momento del parto, estos aspectos como; dilatación del cuello cervical, borramiento de pared uterina, contracciones uterinas, son conceptos que aprendemos en obstetricia.

Entonces este conocimiento lo adquirimos tanto en el aula por nuestras docentes como en la práctica clínica y de forma cognitiva lo aplicamos en los casos que requieren “tomar decisiones”.

Por último, la experimentación, basada en el conocimiento y la investigación. Es el método que se usa constantemente en pacientes con enfermedades crónico degenerativas como diabetes, hipertensión, o pacientes hospitalizados a quienes se mantienen en observación para llevar un control en cuanto a las respuestas fisiológicas con respecto a los cuidados de enfermería, esto permite valorar y si es necesario modificar los cuidados enfermeros o el tratamiento médico para la mejoría del paciente, lo cual implica en algún momento la “toma de decisiones clínicas”.

Cabe mencionar que no siempre está en nuestras manos el resolver problemas o necesidades de salud de los demás, más bien, en la mayoría de las ocasiones solo contribuimos o ayudamos en algunos aspectos, con nuestro trabajo y dedicación y sobre todo con la certeza de estar aplicando correctamente la toma de decisiones lo cual consiste en lo siguiente:

*“La toma de decisiones es un proceso de elegir la mejor acción particular para alcanzar la meta deseada. Deben prevalecer tres condiciones: libertad, racionalidad y voluntariedad. Libertad significa que el individuo toma la decisión sin presión de otros y tiene la autoridad de tomar la decisión. Racionalidad, en el contexto de toma de decisiones, significa que la decisión mejor o la óptima, se toma y es consistente con los valores y preferencias del que toma la decisión. La racionalidad incluye reflexión y juicio. Voluntariedad es hacer una elección voluntariamente”*⁸.

En enfermería no siempre se tiene la libertad de elegir sin la presión de otros, por lo regular siempre se deciden las acciones bajo presión, por ejemplo; llega un paciente al servicio de urgencias poli traumatizado, con hemorragia, se valora con base al modelo de Henderson e inmediatamente se decide el procedimiento a realizar. Para hacer la valoración es complicado; se analiza y reflexiona para hacer juicios con respecto a las lesiones y al estado de conciencia del paciente, sabemos con qué material contamos para canalizar, para suturar, para curación de heridas, lo cual implica un razonamiento clínico.

“La toma de decisiones incluye dos tipos de razonamientos: inductivo y deductivo. Un razonamiento inductivo, hace generalidades desde un conjunto de hechos y observaciones. Cuando se ven juntos, algunos detalles de la

⁸ Kozier, op. cit., pág. 82.

información sugieren una interpretación particular. Por ejemplo, la enfermera que observa una piel seca en un paciente, escasa turgencia, ojos hundidos, y orina amarillenta oscura, puede hacer la generalización de que el paciente está deshidratado.

El razonamiento deductivo, por contra, es un razonamiento que parte de lo general para llegar a lo específico. La enfermera parte de un marco conceptual por ejemplo; la jerarquía de necesidades de Henderson o un marco de autocuidados, y hace interpretaciones descriptivas de la condición del cliente en relación a ese marco. Por ejemplo, la enfermera que utiliza el marco de las necesidades puede catalogar los datos y definir los problemas del cliente en términos de necesidades de eliminación, de nutrición, o de proyección”⁹.

Cada vez que valoramos las necesidades de los pacientes ponemos en práctica los dos tipos de razonamiento, pues necesariamente tenemos que hacer un razonamiento deductivo que parte de lo general para llegar a lo específico, es el caso de la puesta en práctica del instrumento de valoración de Henderson que permite hacer la valoración de tipo holística y el razonamiento inductivo que hace generalidades desde un conjunto de hechos y observaciones, en este caso la observación es una herramienta

⁹ Kozier, op. cit., págs. 82-83.

que nos permite verificar la relación entre las respuestas de la anamnesis y el estado físico en el que se encuentra el paciente.

Varios autores han descrito el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, se ha elegido el proceso de “toma de decisiones” de tres fases: deliberación, examen y discriminación.

“Deliberación. Durante esta fase inicial, la enfermera considera todos los datos disponibles. Los datos son catalogados y se identifica cualquier inconsistencia o conflicto. En este momento, se consideran las soluciones, incluyendo todas las acciones alternativas y sus consecuencias.

Examen. Durante la fase de examen del proceso de *toma de decisiones*, cada acción es analizada en términos de: a) efectividad relacionada con la meta de la acción, y b) eficacia de la acción. Los riesgos de los factores incluidos son estudiados en el análisis.

Discriminación (elección). La tercera fase del proceso de *toma de decisiones* está eligiendo una acción alternativa y las consecuencias. La deliberación y un examen insuficientes pueden conducir a una elección pobre y una inadecuada consideración de las consecuencias, también puede llevar a una pobre elección. Además, una esmerada deliberación y examen puede conducir a una elección efectiva de la acción.

La toma de decisiones, como el proceso de enfermería, es cíclica. La valoración, la recogida de datos de un cliente, es similar a la fase de deliberación del proceso de toma de decisiones. La etapa de análisis del proceso de enfermería es paralela a la fase de examen de la toma de decisiones. La planificación, en el proceso de enfermería, es como la fase de discriminación (elección). La intervención incluye la recogida continua de datos, el análisis de los datos, y el examen de ellos por la enfermería, buscando la efectividad de la actuación.

Cualquier cambio en los datos puede cambiar el plan y la actuación. Las tres fases de la toma de decisiones se refieren a esta etapa del proceso de enfermería. Durante la evaluación, la enfermera continúa la recogida de datos, revisa la efectividad de la actuación, y toma las decisiones sobre ello. La enfermera evalúa, también, la efectividad del proceso de *toma de decisiones* como tal¹⁰.

De acuerdo con el párrafo anterior es preciso señalar que la toma de decisiones se lleva a cabo siempre que se aplique el proceso de atención de enfermería. Para hacer un buen proceso de enfermería y llevar a cabo correctamente el proceso de “toma de decisiones” es fundamental haber obtenido los conocimientos básicos durante la formación profesional, ya que

¹⁰ Kozier, op. cit., pág. 83.

esto permite desarrollar un buen juicio clínico basado en el análisis y reflexión para tomar decisiones clínicas ante cualquier circunstancia.

“Potter y Griffin (2000) han planteado que el proceso de la *toma de decisiones* lleva a una conclusión informada y que está apoyada por la evidencia y las razones, además, es considerado como un punto final del pensamiento crítico que conduce a la solución de problemas”¹¹. Por ejemplo; llega al servicio de urgencias una paciente, adolescente, en trabajo de parto que se observa cansada, deshidratada, y que además había sido manipulada por partera. Por la sintomatología y los signos vitales que presentaba, no nos podíamos arriesgar a atender su parto, por la gravedad en que se presentaba, por lo cual se toma la decisión de enviarla al hospital de especialidad inmediatamente, para no poner en riesgo su vida y la del producto. La evidencia y las razones en este caso serían la sintomatología, los signos vitales y el estado en el que se presenta la paciente, de esta manera se contribuye a resolver la problemática en ese momento.

Otra habilidad indispensable para la “Toma de Decisiones” es el uso de la percepción por la enfermera. “La percepción es el mayor medio por el cual la gente obtiene información sobre ellos mismos, sus necesidades y el entorno. La percepción es el proceso de selección, organización interpretación de los estímulos sensoriales dentro del cuadro intencionado y coherente del mundo.

¹¹ Potter, .*Fundamentos de Enfermería*.

La percepción es el conocimiento personal consciente de la realidad y, está basado en un conocimiento individual y en experiencias pasadas.

El campo perceptual de la gente está influido por tres importantes factores: a) las necesidades de las personal, b) sus valores o creencias, c) y su propio concepto.

Para compartir información correctamente con el paciente, la enfermera tiene que percibir lo que el usuario intenta que sea percibido. Para que la enfermera logre acrecentar la habilidad y exactitud de recoger datos y conclusiones hechas sobre el paciente, las enfermeras tienen que esforzarse en aumentar su campo perceptual y de observación. Esto puede alcanzarse con lo siguiente:

- a) usando todos los sentidos (la vista, el olfato, el oído, el tacto y el gusto) mientras recogen los datos.
- b) No solo enfocando su atención en sucesos particulares o aspectos de un estímulo.
- c) Resistiendo la esperanza de que ciertas clases de estímulos o respuestas ocurrirán.
- d) Compartiendo y comparando percepciones, y alcanzando una comprensión común con el paciente.

e) Teniendo conciencia de sus propios valores, creencias y prejuicios, los cuales pueden afectar la interpretación por parte de las enfermeras de lo que ellas ven u oyen. Las enfermeras necesitan sobrellevar la tendencia a ocuparse de los atributos positivos de una persona o atender demasiado a los atributos negativos”¹².

La enfermera debe valerse de sus conocimientos, habilidades, y destrezas para brindar cuidados de calidad a la persona, familia y comunidad que lo requiera.

Una vez adentrados a lo que es la “Toma de Decisiones” en enfermería, cabe hacer mención de este proceso con otro enfoque, para los autores Charles Morris y Albert Maisto; “*La Toma de Decisiones* es un tipo especial de solución del problema en el cual ya conocemos todas las opciones o soluciones posibles. La tarea no consiste en encontrar nuevas soluciones, sino escoger la mejor aplicando un conjunto de criterios previamente establecidos. Esto puede parecer un proceso demasiado simple, pero a veces debemos manipular una serie tensa y compleja de criterios, lo mismo que un gran número de alternativas. A medida que aumentan los criterios y las opciones, también crece la dificultad para tomar una decisión sensata”¹³.

¹² Kozier, op cit. Págs. 83 – 84.

¹³ Morris Charles G. y Albert A. Maisto, *Introducción a la Psicología*, pág. 245.

Con respecto a lo que citan los autores Morris y Maisto; Considero que aplicamos este contexto en la planeación de los cuidados que es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería, puesto que en ella elegimos los procedimiento, técnicas y acciones específicas para ayudar en la necesidad del paciente. También se aplica en la primera etapa del proceso de atención de enfermería: La valoración, en esta se tiene el primer contacto con el paciente y se deciden las acciones que se llevarán a cabo.

En cualquier momento de nuestra vida tomamos decisiones, en situaciones tanto críticas como regulares pero siempre decidimos entre una y otra situación.

“Una decisión es la conclusión de un proceso de análisis por parte de la persona que decide. Antes de que una persona tome una decisión, efectúa un análisis racional de la situación de interés, que puede ser intensivo o no según las características particulares de la situación considerada”¹⁴.

Por ejemplo, cuando una persona aparentemente sana se encuentran en tratamiento, ella decide si llevar a cabo o no las indicaciones médicas y los cuidados de enfermería que se le recomiendan a pesar de las consecuencias. Otro ejemplo puede ser, cuando nos hacen una invitación al cine, uno decide de acuerdo a la situación si aceptar o no la invitación. Lo

¹⁴ Rheault Jean Paul., *Introducción a la Teoría de las Decisiones con Aplicaciones a la Administración*, pág. 30

mismo sucede cuando nos encontramos laborando en cualquier institución del Sector Salud.

No obstante, en enfermería la prioridad siempre será el paciente por lo que nuestra formación enfatiza a defender y respetar sus derechos así como a brindar los cuidados a la salud de forma holística. Aunque muchas veces se vea obligada a Tomar Decisiones en beneficio de la necesidad del paciente, lo cual se precisa en el desarrollo del plan para los cuidados a la salud del usuario.

Cabe mencionar que el proceso de cuidado es un instrumento lógico que ayuda a la enfermera a definir lo que puede hacer con respecto a la persona cuidada. Este proceso dirige las acciones autónomas que son aquellas que legalmente la enfermera puede planificar a partir de su propia identificación del problema y de sus propios conocimientos, sin preinscripción médica. Es un medio de precisar su rol en relación con otros miembros del equipo.

Existen varias definiciones sobre el rol autónomo de la enfermera, algunas de ellas son las que dicen Rosemar y Crow:

“El rol autónomo de la enfermera está más bien relacionado con el comportamiento de la enfermera en el ejercicio de sus funciones.

La autonomía de la enfermera no está solamente relacionada con la posibilidad de planificar acciones no prescritas, sino en la capacidad de gobernarse, es decir:

- Elegir por sí misma.
- Tomar sus propias decisiones.
- Actuar tranquilamente en consecuencia, para asegurar el mayor bienestar de la persona cuidada”¹⁵.

Cualquiera que sea el tipo de cuidados que la enfermera prodigue, siempre goce de su autonomía puesto que siempre puede estar a la escucha de la persona cuidada y realizar los actos que le ayuden a satisfacer las necesidades de estas.

¹⁵ Kozier, pág. 9.

CAPÍTULO II. SERVICIO SOCIAL RURAL

Los conocimientos adquiridos se ven reforzados por las prácticas clínicas durante nuestra formación, la experiencia que se obtiene requiere del compromiso que se adquiere al aceptar realizar las actividades que conciernen a enfermería, no obstante, como parte de nuestra formación profesional se tiene que realizar el Servicio Social, que ayuda a reafirmar lo aprendido con respecto a las funciones de enfermería.

El Servicio Social Rural tiene muchas diferencias con respecto al Servicio Social en Zonas Urbanas, en las Zonas Urbanas sabemos que se cuenta con lo indispensable para atender las necesidades de salud de la población que lo requiere, otra ventaja es que la población conoce sus derechos y obligaciones, se cuenta con personal debidamente formado de acuerdo a su área de trabajo en una Institución de Salud, se cuenta con una mejor preparación, mejor tecnología, aunque también tiene sus desventajas, por ejemplo; la sobrepoblación que conlleva a la sobre carga de trabajo para el personal de salud, algunas veces se comete negligencia, falta de compromiso, entre otras.

En las Comunidades Rurales, haciendo referencia al Municipio en el que realice el Servicio Social, se presentan desventajas tales como: La

ignorancia ante cómo cuidarse, la pobreza extrema en la que viven, la falta de comunicación, la falta de educación, discriminación hacia el sexo femenino. Con respecto a las Instituciones de Salud; no se tiene una infraestructura adecuada, algunas veces los medicamentos y el material de insumo es insuficiente además de la formación profesional inadecuada del personal; respecto a este punto, al observar esta situación, es cuando más apreciamos y valoramos nuestra formación en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por su singular manera de formación profesional.

El Servicio Social implica un gran apoyo al culminar nuestra formación por lo cual considero importante mencionar algunos objetivos así como la normatividad para llevarlo a cabo. “Se entiende por Servicio Social Universitario la realización obligatoria de actividades temporales que ejecuten los estudiantes de carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad, como requisito previo para la obtención del título profesional.

Este tiene por objeto:

- Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad.
- Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del Servicio Social.

- Fomentar en el prestador una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece”¹⁶.

NORMATIVIDAD

“ARTÍCULO 5.- En la ENEO, la planeación, operatividad, control y evaluación del Servicio Social es responsabilidad del Jefe de la División de Estudios Profesionales quién se apoyará para este fin en los funcionarios que colaboran en la División, así como en la Secretaría de Asuntos Escolares para los procedimientos administrativos oficiales que estos asuntos requieran. La Secretaría General y la División de Estudios Profesionales serán responsables de promover los programas de Servicio Social que correspondan con el perfil de egreso.

ARTÍCULO 6.- Los pasantes de la ENEO, podrán prestar Servicio Social en forma interdisciplinaria y multidisciplinaria en instituciones de salud o educativas, en los programas internos (dependencias de la UNAM) o externos (dependencias del sector público y de asistencia social), ya sea en el área metropolitana o en el interior del país. Estos programas deben ser del conocimiento con oportunidad por el H. Consejo Técnico, una vez aprobados por el Comité Académico de la carrera y por la Subdirección de Servicio

¹⁶ http://www.eneo.unam.mx/Servicios_escolares/serviciosocial.php.

Social de la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos (DGOSE) de la UNAM.

ARTÍCULO 7.- El tiempo mínimo para realizar el Servicio Social en los programas internos y externos será de un año.

ARTÍCULO 8.- Las fechas de inicio y término del Servicio Social para los programas internos y externos serán las que se registren ante la DGOSE, las cuales serán difundidas por la División de Estudios Profesionales con 30 días de anticipación”¹⁷.

OBJETIVO Y PROCESO DE REGISTRO:

Durante el Servicio Social, el pasante:

- “Retribuye a la sociedad, parte de los beneficios recibidos durante su formación académica, a través de la prestación de servicios profesionales.
- Fortalece los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante su formación profesional, en beneficio de la sociedad.

¹⁷ http://www.eneo.unam.mx/Servicios_escolares/serviciosocial.php.

- Aplica el proceso de Enfermería así como diagnostica las necesidades y problemas de salud del individuo, familia y comunidad a fin de fomentar la salud, prevenir y tratar las enfermedades, rehabilita cuando así se requiere, ayuda a satisfacer las necesidades humanas, favorece estilos de vida saludables; planea, implementa y evalúa sus intervenciones e identifica factores de riesgo a fin de establecer medidas anticipatorias al daño.

Los pasantes para realizar Servicio Social, cumplirán con los siguientes requisitos:

- Comprobar mediante historia académica el cumplimiento del 100% de créditos y de manera excepcional la acreditación del 70% de los créditos del Plan de Estudios.
- Los pasantes del sistema escolarizado deberán asistir en fecha y horario señalados a la orientación relativa a Servicio Social organizada por la División de Estudios Profesionales para conocer los programas aprobados.
- Llenar solicitud de registro al Programa de Servicio Social de su preferencia, la asignación será considerando el cupo del programa y el promedio escolar.

- Llenar la cartilla de registro de Servicio Social conforme al instructivo correspondiente y entregarla en la Secretaría de Asuntos Escolares donde se integrará el expediente correspondiente para su registro en la DGOSE¹⁸.

Gracias a la diversidad de programas que la ENEO oferta tenemos la increíble oportunidad de elegir el que más se acople a nuestras necesidades y podemos prestar el Servicio Social en forma interdisciplinaria y multidisciplinaria en Instituciones de Salud o Educativas, en los programas internos o externos, ya sea en el área metropolitana o en el interior del país.

Durante mi formación universitaria siempre quise tener la experiencia en Zonas Rurales fuera del Distrito Federal para visualizar el enfoque enfermero en Zona Rural, por lo cual elegí prestar el Servicio Social en el estado de Chiapas, que permitió obtener experiencias muy valiosas y además permitió reafirmar mi formación como Licenciada en Enfermería y Obstetricia, así también, permitió conocer el estilo de vida de la comunidad, sus costumbres y algunas diferencias entre Comunidad Rural y Sociedad Urbana.

¹⁸Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia*.

Para especificar algunas diferencias entre las Comunidades Rurales y las Sociedades Urbanas consideraremos la siguiente comparación que hace Francisco A. Gomezjara: “Ni la comunidad rural ni la sociedad urbana son polos aislados o desconectados; en realidad como afirma Stavenhagen, el progreso de las áreas modernas urbanas e industriales de América latina se hace a costa de las zonas atrasadas, arcaicas y tradicionales.

En otras palabras, la canalización del capital, materias primas, géneros alimenticios y mano de obra proviene de las zonas atrasadas permite el rápido desarrollo de los polos de crecimiento, urbano, condena a las zonas proveedoras al mayor estancamiento y al subdesarrollo.

Cuando coexisten dos zonas una rural y otra urbana la primera se empobrece mientras la segunda se enriquece; el mecanismo es simple, los hombres más jóvenes, audaces, capacitados y con recursos económicos emigran a las ciudades a quienes hacen prosperar, dejando atrás, en la comunidad rural a la fuerza de trabajo más cansada, menos audaz, sin recursos y sin capacitación técnica. Si a esto agregamos las relaciones de explotación ciudad- campo a través de venderle productos industriales caros y comprarle cada vez más sus productos agrícolas a precios reducidos, se comprenderá su mutua interrelación”¹⁹.

¹⁹Francisco A. Gomezjara, *Sociología*, pág. 270.

Las políticas en educación, economía y salud en Sociedad Urbana siempre repercutirán en el desarrollo de las Zonas Rurales. Aparte de la mala distribución de la riqueza y las injusticias sociales y problemas que derivan, las Zonas Rurales padecen también los efectos de las deficiencias políticas y económicas en salud, que se reflejan en las instituciones que atienden la salud de los grupos mayoritarios de la población con severas restricciones presupuestarias. Otros aspectos importantes que afectan la salud en los pobladores de las comunidades rurales tienen que ver con el gran peso que tienen los usos y costumbres de la gente según su cultura, que determinan su forma de vivir, enfermar y atender su salud; así como la práctica dogmática de supuestos principios religiosos que se combina con un limitado acceso a educación formal.

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO DE TEOPISCA

CHIAPAS

Chiapas es uno de los estados que ha logrado conservar sus tradiciones y costumbres, existen todavía grupos étnicos que conservan sus orígenes a pesar del constante bombardeo de la sociedad capitalista que ha ido incrementando sus ideas de cambio o renovación así como la insistencia en el consumo de productos industriales caros, los cuales son provenientes de otros países, lo cual hace certero el contexto anterior, a pesar de eso aún existen comunidades rurales que conservan sus orígenes, creencias y valores.

También es preciso señalar que éste es uno de los estados más pobres y marginados de nuestro país. En él aún existe el analfabetismo, la discriminación étnica, el machismo, la corrupción extrema, la trata de personas, la violencia intrafamiliar, entre otras.

Por otra parte, la información que se proporcionará en el siguiente párrafo se obtuvo de un estudio de comunidad realizado por médicos generales, enfermeras generales y enfermeras pasantes de servicio social en curso. El Estudio de Comunidad se realiza cada año con el propósito de sondeo con respecto a la mejoría en los servicios de salud en Centro de Salud, los datos

se inscriben en la Cédula de Microdiagnóstico que se utilizó como instrumento de obtención de información. Contiene la siguiente información; datos completos de los integrantes de la familia, características de la vivienda, escolaridad, alimentación, hábitos higiénicos, estado civil, mascotas, idioma, cuantas veces acude al centro de salud, higiene bucal, programa oportunidades, situación laboral, entre otras. El estudio se llevó a cabo a final del año 2010, las entrevistas se realizaron de octubre a noviembre del mismo año y en diciembre se hizo el vaciado de información al concentrado final de Cédula de Microdiagnóstico Familiar para reportarlo a la Jurisdicción sanitaria Número II. Para llevar a cabo esta actividad nos organizamos de acuerdo al núcleo básico que nos correspondía en el centro de salud. A continuación se describen algunos datos que se obtuvieron del municipio.

Teopisca es una de las comunidades que pertenecen a San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Se encuentra a sesenta minutos de la cabecera municipal. “Los españoles le bautizan con el nombre de Villa de Teopisca, interpretado de manera distinta. Teo: Dios en lengua hebrea y Pisca: en idioma tzeltal, cosecha de productos agrícolas “Dios de la Cosecha” o la “Cosecha de Dios”. Oficialmente, el título de Villa de Teopisca fue concedido el 17 de noviembre de 1987.

El lugar es de grandes tradiciones, principalmente en el centro de la comunidad con su tradicional feria de San Agustín, donde se nombra un encargado para realizar el anuncio de la feria el día 15 de agosto. Inicia con la coronación de la reina y el paseo por las calles y avenidas principales por donde pasarán los carros alegóricos, encabezados por el santo patrono San Agustín, la reina, princesa y otros más. Le anteceden los anunciantes y el tronar de cohetes, los moros lucen vistosos trajes y entregan coloridas papeletas, la contingencia es acompañada de notas musicales de la marimba.

Teopisca se ubica en un valle rodeado de cerros, en la región económica "Il Altos", sobre la vertiente que da a la Depresión Central. En la parte central hay un lomerío bajo, longitudinalmente de norte a sur, y en los extremos oriente y poniente desciende el nivel por donde se encauzan los escurrimientos de agua en tiempo pluvial, que se sumergen en una serie de sumideros situados en la parte sur.

Su temperatura regularmente es de 21°C durante ocho meses, en el invierno desciende hasta 5°C y en Cuaresma 28°C como máximo”²⁰.

²⁰ Archivo, Municipio de Teopisca. *Historia de la Comunidad*.
Zúñiga Zúñiga, Isidro, *Teopisca, Ciudad con Historia*.

“En las zonas llanas es donde los hombres trabajan la agricultura de temporal sembrando maíz, frijol y calabaza. Una de las ventajas de estos terrenos es que brota el agua permanentemente en las cordilleras, que en su mayor parte se utiliza para el riego de la agricultura, hortalizas y huertos.

El agua que brota del subsuelo es alcalina, ya que 80% del terreno tiene roca caliza y 20% del tipo arcilloso-silicato.

La flora del municipio la comprenden distintas especies que los representan como el Ciprés, Naranjillo, Ocote, Roble rojo y blanco, Pino, Romerillo, Sabino, Manzanilla, Cepillo, Guaje, Huisache, Mesquite, Nanche, Chiquinisque, se distingue por sus Montes Bajos y Maleza.

La población total del municipio en el 2009 de acuerdo al INEGI fue de 32,368 habitantes, representando el 0.7% de la demografía del Estado. En la cabecera municipal, la población es de 16,035 habitantes, mostrando un incremento del 1.41% en un año.

El 48.08 % fueron hombres y 51.92% mujeres. Su estructura es predominantemente jóvenes y adultos, 70% de sus habitantes son menores de 30 años y la edad mediana es de 17 años. En el año 2010, el municipio presentó un índice de analfabetismo en mayores de 12 años del 31.8%,

indicador que en 2000 fue de 41.22%, esto refleja la disminución del analfabetismo hasta de 9.42% por año”²¹.

“El municipio cuenta con diversos medios de transporte: Microbuses, Combis, Taxis, Suburbano, Autobús de primera y segunda clase, Camiones de carga de alto y bajo tonelaje con servicio local y foráneo.

Las rutas de estos mismos van a San Cristóbal de Las Casas, Comitán de Domínguez y Las Rosas; las corridas en promedio son cada 15 minutos. El costo del pasaje varía desde \$15.00 a \$ 20.00.

Para atender la demanda del servicio de comunicación, este municipio dispone de una oficina postal. La cabecera municipal cuenta con una oficina de telégrafos, así como con una red telefónica con servicio estatal, nacional e internacional.

El ayuntamiento se encuentra conformado por; Un Presidente Municipal. Un Síndico Municipal. 6 Regidores de Mayoría Relativa. 4 Regidores de Representación Proporcional. En este 2010 se llevaron a cabo elecciones municipales y se designó al C. Abel Tovilla Carpio como nuevo presidente municipal para el año 2011-2012. Los partidos oficiales son 8 (PRI, PAN, PRD, PT, PVE, PSD, Nueva Alianza, Convergencia). En cuanto a religión: El

²¹SSA, Cedula de Microdiagnóstico Familiar.
Zúñiga Zúñiga, Isidro, *Teopisca, Ciudad con Historia*.

58% de la población profesa la religión católica, 35% protestante, 5% bíblica no evangélica y 2% no profesa credo.

Los alimentos típicos que prevalecen son: Cecina de res, carne salada de res, barbacoa típica de borrego, res y aves, tamales de chipilín, hierba santa, cambray de hoja de plátano, de hoja de maíz, palmito y embutidor. Bebidas: ponche de piña, atole de maíz, pozol. Dulces: caramelos de miel, turrone y melcocha”²².

Por otro lado en cuanto a Instituciones de Salud, “actualmente se encuentra funcionando el Hospital Básico Comunitario con servicios de Quirófano, Urgencias y Consulta Externa, se inauguró en junio del 2010; aparentemente se está trabajando en turno matutino y vespertino, con especialistas en Pediatría y Gineco-Obstetricia. Cuenta con los siguientes recursos humanos; una médica en Ginecología, una médica Pediatra, diez Médicos Generales, un Odontólogo, veintidós Enfermeras, cuatro personas en Intendencia, nueve Administrativos, dos personas en Trabajo Social, seis Pasantes de Enfermería en Servicio Social.

Dicha unidad médica se encuentra ubicada en las afueras de la localidad de Teopisca, cerca del Colegio de Bachilleres.

²² SSA, Cedula de Microdiagnóstico Familiar.
Zúñiga Zúñiga, Isidro, *Teopisca, Ciudad con Historia*.

El Centro de Salud de Teopisca se repartió en 6 núcleos básicos por orden de la Jurisdicción Sanitaria No II. Cuenta con los siguientes equipos y servicios: cinco consultorios médicos, un consultorio dental, un cuarto de curación, un almacén, una sala de espera, una cocineta, y dos ambulancias.

Recursos humanos del centro de salud: nueve Médicos Generales, dos Médicos Generales Pasantes en Servicio Social, un Odontólogo, dos Odontólogos en Servicio Social, nueve Enfermeras Generales, siete Enfermeras en Servicio Social, cinco Administrativos, una persona de Trabajo Social, dos Vigilantes, cuatro Conductores de Ambulancia, dos Paramédicos, dos personas en Intendencia, sumando un total de 46 personas para todos los servicios y turnos de trabajo en la unidad de centro de salud”²³.

Es por todos bien conocido que “Chiapas es uno de los estados con las tasas más altas de muerte materna, y siendo más específicos, la Jurisdicción Sanitaria No II, ocupa el primer lugar en mortalidad materno-infantil; el siguiente comentario se refiere precisamente a este hecho, que implica a los Servicios de Salud de todas las comunidades, entre ellas al municipio de Teopisca.

²³Cedula de Microdiagnóstico Familiar.

En 1998-1999, 65.51 por ciento de las fallecidas por muerte materna no contaron con atención médica antes de morir. En términos absolutos, en el sexenio 2000-2006 cada día murieron entre tres y cuatro mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. En el año 2000, 1,543 mujeres fallecieron por esta causa, mientras que en 2005 fueron 1,242.

Las causas principales de mortalidad en el embarazo, parto o puerperio son los estados hipertensivos del embarazo y las hemorragias maternas”²⁴.

²⁴SSA, *Salud: México. Información para la Rendición de Cuentas*. Razón de Mortalidad Materna por 100 000 nacidos vivos estimados.

CAPÍTULO IV. LA ENFERMERA Y LA TOMA DECISIONES DURANTE EL SERVICIO SOCIAL RURAL

Como ya se mencionó, la práctica clínica, en los diversos escenarios, demanda que la enfermera esté en contacto tanto con lo que sabe que debe hacer para resolver las necesidades del paciente, como con los recursos a su alcance en una situación específica. En las grandes instituciones de salud, se dan las condiciones para que un pasante de servicio social cumpla sus objetivos profesionales con apego a lo aprendido en las aulas, sin embargo, en instituciones rurales, esto podría no ser así a causa de diversas situaciones que tienen que ver directamente con su funcionamiento determinado por su antigüedad, la consolidación de sus servicios, el desarrollo de planes y programas de trabajo, la experiencia de sus directivos. También influye la formación, experiencia y cohesión del equipo de trabajo que se manifiesta en su eficiencia y hasta en sus relaciones interpersonales.

En cuanto a los pacientes, se pueden observar que sus formas de pensar y actuar respecto a su salud están muy apegadas a una visión tradicional, que tienen una racionalidad diferente a la de un profesional de la salud que proviene de un contexto urbano, lo que no es fácil de manejar; como si esto no fuera poco, en el servicio social rural también se pueden vivenciar

problemas derivados de cambios climáticos extremos con repercusiones en el ambiente como son las inundaciones, y otros ocasionados por condiciones políticas y socioeconómicas propias de la zona sureste de nuestro país.

A continuación se describen algunos aspectos que influyen en las demandas de atención a la salud específicas de zona rural. Los clasifiqué en los siguientes rubros:

De la Institución del Sector Salud: Entendida como aquel establecimiento en el cual se imparten servicios a la salud. En la localidad como ya se mencionó, existen un Centro de Salud y un Hospital; la infraestructura de éste es inadecuada, con la lluvia se infiltra, lo cual ocasiona problemas diversos, los equipos y muebles que eran destinados al mismo no llegaban por razones desconocidas, en el Centro de salud algunas veces se retiraban muebles y equipos por órdenes superiores. Al no haber un sistema rígido de trabajo es muy difícil que el personal trabaje con integridad, es por eso que decidí relatar como primer punto a la institución, ya que esta es la base de un buen sistema de trabajo. Es importante señalar que la problemática radica desde la organización y administración institucional.

De la coexistencia de médicos, enfermeras y parteras: En lugar de ser una relación favorecedora, que establezca un ambiente de servicio eficiente y de calidad para el paciente, se torna una situación de obstáculos, donde no existe apoyo mutuo; el tema se torna complicado, ya que a pesar de que se

están capacitando a las parteras para el adecuado manejo de las pacientes embarazadas en trabajo de parto, ésta labor no ha sido llevada en su totalidad. Las parteras (aunque no todas), siguen viendo con renuencia y desconfianza al médico y a la enfermera; no consideran necesario el uso de medicamentos, posiciones estrictas a las pacientes en expulsión y mucho menos, la ausencia de familiares que den apoyo, seguridad y confianza a la mujer en el parto, aún más porque por varias generaciones el parto se ha logrado: con, sin y a pesar del personal de salud, del estado de la mujer y del producto.

Hay veces que los mismos pacientes prefieren acudir con una persona experimentada, que hable su dialecto y tenga una explicación adecuada a sus creencias, alguien que le de confianza y le ofrezca tratamientos al alcance de sus posibilidades y de manera más natural, y no con un médico o enfermera que ni se explica de manera adecuada ni tiene el tiempo suficiente para brindarle una buena atención al paciente, debido a la saturación en los horarios de los servicios de salud y la demanda de consulta en los mismos, por la mala organización existente.

Este hecho, lamentablemente, retrasa la detección de pacientes embarazadas con riesgo, el manejo de las mismas y las complicaciones posteriores; y el aumento de la cifra de mortalidad materna...

De los y las pacientes: A lo largo del tiempo transcurrido en el Servicio Social Rural, no es muy difícil notar la falta de interés por parte de los y las pacientes en el cuidado de su salud; supongo que existen varias causas que justifican el comentario; esto puede ser por nivel sociocultural y económico bajo, por ejemplo, en el Estado, aún se encuentra muy presente el machismo y los patriarcados; a la mujer no se le brinda la oportunidad de superarse, o se le brinda pero sin darle la importancia que amerita, esto limita su conocimiento acerca de las enfermedades o el entendimiento en las mismas a pesar de una buena orientación, y de esta manera, en ocasiones, solo acuden a las citas para que no se les ponga falta en el carnet.

Otra de las causas en la falta de preocupación por parte de las pacientes en estado grávido, es la inmadurez en edad cronológica (y por lo tanto psicológica, morfológica y en sí de todos los tipos) con la que se embarazan; muchas jóvenes, tienen embarazos a edades tan cortas como la adolescencia, incluso niñez; y por ese hecho, no le dan el valor adecuado a gestar un hijo; o por miedo a los padres, la deshonra, los rumores y el ser señalado por la sociedad, no informan el embarazo a tiempo y éste no tiene un seguimiento adecuado, complicando las situaciones y la intervención médica oportuna.

No se puede dejar de lado la multiparidad, como factor de riesgo en la mortalidad materna. Las mujeres, la mayoría de las veces, y aun siendo

jóvenes, son multigestas, con períodos intergenésicos cortos, con falta de conocimiento de su cuerpo, aun brindando lactancia materna, entre otros; ante esto, el cuerpo, indudablemente reacciona de manera poco favorable, llevando mayor riesgo en cada gestación. Por otro lado, encontramos mujeres que son multigestas, pero añosas, esto conlleva el mismo riesgo que una joven, o tal vez más.

La falta de interés en los síntomas del cuerpo, es otro punto importante que no se debe dejar de lado, las embarazadas aunque tengan molestias, no acuden al médico porque prefieren esperar sus fechas de próxima cita, por los rígidos horarios en la prestación de atención médica, por la falta de transporte, comunicaciones y recursos, por la mala atención médica o de enfermería brindada o simplemente porque “piensan que pasará solo”.

La renuencia a la exploración física es parte fundamental en la ausencia al control prenatal por parte de las pacientes; en nuestra sociedad no se ha fomentado estar en pro de la salud antes que la pena; no se ve al personal de salud como profesional, sino como hombre o mujer; se desconoce entre los pacientes el secreto profesional y ven la exploración física, como agresión a su cuerpo o violación de la intimidad.

Es conocido, que en todos los grupos sociales, existen jerarquías; en el Estado se encuentra esto, más que establecido. La mujer embarazada, en parto o puerperio, no es libre de tomar una decisión, si antes no se ha

consultado a su madre, a su suegra, al marido y a los familiares directos o indirectos del resto de la familia, que tienen y ejercen un poder de mando sobre el resto; esto provoca retrasos en los cuidados a la salud.

Del personal (médicos, enfermeras) y los servicios de salud: Todos los involucrados en la salud de las poblaciones tienen la obligación de orientar adecuadamente a los pacientes en sus dudas y padecimientos, aunque algunas veces, esto lamentablemente, no pasa. Existen médicos que se encuentran sumamente presionados por el exceso en la demanda de consultas, otros, que simplemente perdieron ya la vocación de servir a los demás, y algunos otros que cometen errores, discriminan y maltratan a los pacientes con los que no hacen empatía o los indígenas que en ocasiones no entienden las explicaciones o no saben informar de manera correcta los padecimientos. Ocasionalmente me he encontrado con pacientes que acuden quejándose de mal trato, de diagnósticos obtenidos únicamente por interrogatorio, sin exploraciones físicas, de tratamientos no dosificados, entre otros.

No solo en los Centro de Salud se tiene mala orientación y mala atención a los pacientes; es por todos bien conocido el desagrado que tienen los pacientes a ser trasladados desde una unidad médica de atención primaria, a un segundo nivel; el motivo probablemente sea todas las dificultades que se presentan en dichas instituciones de especialidades básicas; empezando

desde el recibimiento al paciente, los pretextos: son falta de camas, falta de material, no correspondencia a dicha institución, falta de seguro popular, las interrogantes de por qué lo mandan si no es una urgencia, porque no se atendió en el centro de salud y hasta por que el médico encargado no sabe “cachar” un neonato; por consiguiente, el trato ya dentro de la institución, es hostil, con falta de información para el paciente y para los familiares de éste; trámites tardados y ausencia de sensibilidad para la atención a los síntomas y preocupaciones de los pacientes.

La falta de material en las unidades de primer nivel para la atención del parto no es ajena como factor contribuyente al análisis de este tema; para empezar, no se cuenta con unidades adecuadas de atención del parto, no se cuenta con una zona aséptica, no hay tomas de oxígeno ni de succión, el material está sucio o en mal estado, la cama de parto no es la adecuada o se encuentra mal aseada, no hay campos estériles y en ocasiones no hay ni guantes; y evidentemente, el personal de salud no se encuentra capacitado para la atención adecuada al binomio.

ETAPA I. LA ENFERMERA Y LA TOMA DE DECISIONES EN CENTRO DE SALUD

En Junio de 2010 nos dieron a elegir diversos Programas y Hospitales para realizar el Servicio Social, elegí el programa Multidisciplinario en Zonas Rurales por querer obtener una visión de enfermería fuera de Zonas Urbanas.

Al llegar a Tuxtla Gutiérrez a las oficinas de Secretaria de Salud y después de un largo viaje, el responsable de Servicio Social nos recibe y nos asigna entre varios municipios de acuerdo al número de pasantes que solicitaban y explicando algunos derechos y obligaciones que tendríamos como Pasantes de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

EL mismo día nos trasladaron a San Cristóbal de la Casas para hospedarnos en un Albergue llamado la Albarrada en este lugar permanecimos una semana mientras recibíamos el curso de inducción al programa, después cada grupo se independizó y se fueron distribuyendo en su respectivo Municipio, fue toda una aventura, muchas compañeras dudosas de querer quedarse, se veían en problemas al decidir si quedarse o regresar inmediatamente al Distrito Federal, estaban asustadas puesto que habían estado explorando las comunidades y muchas de ellas no eran lo que

esperaban, sin embargo, decidieron continuar, la comunidad que me designaron se notaba tranquila con muchas carencias pero tranquila, después de terminar el curso de inducción en el cual solo nos informaron sobre el esquema de vacunación, nos fuimos a rentar, dos compañeras, un compañero y yo, fue complicado decidir entre los cuatro pues cada quien con ideas diferentes y sobre todo con recursos distintos.

Fue complicado encontrar un lugar para vivir, por ser desconocidos nos daban precios altos y el Municipio no podía ayudarnos porque se encontraban en campaña política pero al fin encontramos un lugar para vivir y poco a poco nos fuimos acoplando, así fue como iniciamos nuestra gran travesía por el Servicio Social.

El Hospital Básico Comunitario como ya se mencionó, se inauguró un mes antes de nuestra llegada y es en este en donde llevaríamos a cabo nuestras funciones. Nos presentamos con el director y nos explicó que la Institución aun no funcionaba como tal, la población aun desconocía su existencia y funcionamiento, además de que faltaba mucho personal y material básico.

Así que la primera semana realizamos funciones que no correspondían a enfermería, estas funciones consistían en clasificar, cuantificar medicamento en existencia, codificar mobiliario de trabajo, lo que permitió conocer al personal, la siguiente semana tuvimos la fortuna de que el Coordinador de Salud Preventiva nos pidiera de apoyo para la campaña de Papanicolaou

(PAPS) y Prevención de Cáncer Cervicouterino que se llevaría a cabo en el Hospital de las Culturas de San Cristóbal de las Casas, para lo cual la Jefa Zonal estaba de acuerdo, para esto tomaron en cuenta nuestra decisión y claro que decidimos participar y colaboramos dos semanas.

El resultado fue de cien tomas de muestra y fue el primer contacto con población de distintas culturas, mientras esto pasaba el director del Hospital Básico de Teopisca nos propuso llevarnos a otra localidad mientras funcionaba debidamente el Hospital, su propuesta no fue muy convincente y además ya habíamos gastado mucho para instalarnos ahí y no podíamos hacer más gastos de los ya realizados, así que decidimos permanecer en este lugar hasta que las autoridades de Jurisdicción Sanitaria de San Cristóbal de las Casas lo indicara, esta decisión no fue grata para el director, así que menos nos apoyó pero a pesar de eso continuamos y la Jefa Zonal decidió enviarnos temporalmente al Centro de Salud del mismo Municipio en el cual estuvimos seis meses.

Por orden de la Jefa en Enfermería, me tocó el turno vespertino de 14 a 22 horas, solo funcionaba un consultorio, el servicio de urgencias y farmacia, había una gran demanda de pacientes, en urgencias sobre todo, la médico pasante no se daba abasto para atender todo y fue esto que nos permitió intervenir en los servicios a la salud de la población. Fue en este servicio que aprendí a ser más firme al “Tomar Decisiones” de acuerdo a la problemática

que se presentara; el Centro de Salud solo contaba con una médico pasante y una enfermera de base en este turno, no obstante no había un buen liderazgo, estaba el director Frausto y en Enero lo suplantó la directora Araceli quien fue removida en Julio del mismo año, en enfermería sigue la misma jefa desde que llegamos; los primeros meses funcionamos bien como equipo de trabajo, nos acoplamos rápidamente al ritmo de trabajo.

En noviembre hubo complicaciones por el clima, mi compañera se enfermaba mucho y no asistía, la pasante de medicina llegaba muy tarde o no llegaba pues era complicado que se trasladara de San Cristóbal de las Casas al Municipio de Teopisca por la lluvia y por los constantes bloqueos en la vía pública por movimiento zapatista.

Otro problema que se presentó por estas circunstancias, fueron los accidentes en la vía pública, por el descuido del peatón y por negligencia de las autoridades municipales, pues Teopisca es un lugar por el cual cruza la carretera federal y no hay señalamiento vial, además de que el reglamento vial no se respeta, muchos menores de edad manejan en estado de ebriedad, no usan luces, muchas personas se trasladan a caballo, en bicicleta, motonetas, trasladan ganado vacuno a pie, el peatón no sabe leer el señalamiento, lo cual provoca continuos accidentes, lo peor es que nadie piensa en las consecuencias. Cuando llegan al servicio de urgencias no se cubre en su totalidad los cuidados necesarios del paciente, por la falta de

material y ante cualquier complicación se envía al Hospital las Culturas o al Hospital de la Mujer en San Cristóbal de las Casas, pues son los únicos que cuentan con todos los servicios y que están bien equipados.

Aunque en esto también había problema, por ser los únicos Hospitales bien preparados, la demanda era demasiada sobre todo en temporada navideña, que aumento la demanda en atención de partos de alto riesgo y en el servicio de traumatología por los constantes accidentes, esto hacia que todos sufrieran un gran estrés por la angustia, desesperación, desesperanza, miedo, cansancio, hambre, frío, etc., por la falta de espacios a donde recurrir, fue muy difícil en enfermería pues todos los días llegaba la gente a discutir, a exigir que se les atendiera y con justa razón pues todos tienen el mismo derecho, pero como resolver los problemas de salud si a veces no se cuenta ni siquiera con tanques de oxígeno, las condiciones para atender partos eran precoces, no contaba con ropa estéril, el equipo no estaba esterilizado, el lugar estaba sucio.

Sin embargo, cuando la paciente embarazada llegaba en periodo expulsivo pues se atendía de una forma improvisada, tenía que “tomar la decisión” entre recibir a la paciente o no cuando el médico no se encontraba, esto genera un gran estrés, por un lado las condiciones en las que llega la paciente, por otro la agresión de los familiares y la misma presión de saber que no se cuenta con el material apropiado para atender la necesidad de la

paciente y sobre todo que no se cuenta con el apoyo de personal experimentado con conocimientos básicos en atención de parto.

Pese a las circunstancias se hacía lo posible por atender las necesidades de los pacientes. En cierta ocasión, llegó al servicio de urgencias una paciente multigestas, caminando y con mucho dolor, se veía cansada, ese día se encontraba la pasante de medicina pero nunca había atendido partos entonces colaboré en la valoración obstétrica y concluimos en que el parto estaba próximo, inmediatamente nos preparamos para atender el parto, la doctora recibió al recién nacido y yo atendí el parto. Fue algo muy angustioso y era la primera vez que me encontraba en contacto directo con la población de este municipio, la paciente no habla español así que su mamá era la que traducía las indicaciones, el temor más grande fue que la paciente se desmayara o algo así pues estaba muy cansada y había sido manipulada por partera, gracias a Dios el neonato nació sin ninguna dificultad.

Al principio fue difícil llevar a la práctica la “Toma de Decisiones”, además de que no estaba acostumbrada. Durante nuestras prácticas clínicas en los Hospitales siempre estaba rodeada de muchas enfermeras generales, especialistas, etc., médicos en diversas especialidades y que en circunstancias críticas ellos tomaban las decisiones. Tenía la necesidad de que alguien me supervisara, que alguien más se hiciera responsable de lo que podía pasar pero no era así, con todo el miedo, la angustia, y la

impotencia en algunos casos, tenía que elegir firmemente y actuar para cubrir las necesidades de salud de la gente que lo requería.

En la época navideña, que fue cuando más saturado se encontraba el servicio de urgencias, me quedé sola durante quince días porque el personal estaba de vacaciones y aunque no había consulta general, me mantuve ocupada vaciando información para el Estudio de Comunidad y atendiendo el Servicio de Urgencias; realizando algunas funciones como; curación de heridas, retiro de puntos, atención de parto solo en casos extremos, etc.

Al terminar la temporada, todos regresaron a sus actividades y en Enero hubo cambio de Director y algunos otros cambios; se suspendió el Servicio de Urgencias porque se pasó al Hospital Básico Comunitario con las dos ambulancias, puesto que en Centro de Salud solo quedaría consulta general, de esta forma se suspendió el servicio vespertino y se reubicó al matutino, me asignaron a otro consultorio en el que estuve quince días porque a partir de Febrero nos reasignaron al Hospital Básico Comunitario por demanda del director y porque ya se abriría el Servicio de Urgencias, la actual directora de la Unidad de Centro de Salud nos llevó de regreso al Hospital Básico Comunitario y en este me asignaron el turno matutino.

Tuvimos la oportunidad de decidir si quedarnos en la Unidad de Centro de Salud o seguir las indicaciones de los directores, consideramos sería bueno tener la experiencia en las dos Instituciones y así fue como iniciamos

nuestras actividades en Hospital. Pensé que el cambio sería mucho mejor, que el personal sería apto, pero no fue así, las compañeras no tenían experiencia en Hospital, solo habían estado en Unidades de Centro de Salud, la mayoría no tienen la habilidad para canalizar, no hacen valoración, no siguen un protocolo de trabajo (PAE), no saben asistir en un parto. Hay muchas diferencias en cuanto a la formación académica en todas las áreas; en Enfermería, en Medicina, en Intendencia, en Farmacia y Administración, el Director desconoce las funciones de un Hospital, los administrativos realizan funciones que no les corresponden, todo el personal es renuente, no aceptan mejoras, no les interesa el paciente, sino el qué dirán, todos están contra todos, no hay un buen líder, en Intendencia no hacen sus funciones como se debe hacer, no se protegen, todo se contamina, los servicios nunca cuentan con el material necesario, casi no hay medicamento, la infraestructura del Hospital no es apta, es casi como la Unidad de Centro de Salud solo que ampliado.

ETAPA II. LA ENFERMERA Y LA TOMA DE DECISIONES EN HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO

En el Hospital Básico Comunitario sólo se atendían urgencias. Sin embargo, mucha gente acudía a solicitar consulta general porque aún desconocían que en el Hospital sólo se atendía urgencias reales y que en el Centro de Salud se atendían las consultas generales, así como a pacientes en control nutricional, pacientes con enfermedades crónico degenerativas y control prenatal, fue difícil dar a conocer el sistema de trabajo del Hospital.

En primera instancia, la Jefa de Enfermería me ubicó en el turno matutino, como sólo éramos cuatro pasantes de enfermería, dos quedamos en el turno matutino y dos en el turno vespertino, en el turno matutino todo el personal se encuentra en un rango de edad entre diecinueve y veintiséis años de edad. Había una gran problemática en cuanto a liderazgo, no había una buena organización en cuanto a las funciones de enfermería, ni en ningún otro departamento, no había una buena administración, el director del hospital desconocía las funciones de este, puesto que siempre había trabajado en centro de salud, siempre hubo muchos roces entre todo el personal por la falta de experiencia.

En cierta ocasión, un paciente adulto joven, indigente, fue llevado por la Policía Municipal al Servicio de Urgencias, debido a que esta persona andaba sola por las calles en silla de ruedas y necesitaba que le hicieran curación pues presentaba úlceras por presión en los glúteos además de la parálisis. Al llegar comentó que había acudido al DIF Municipal, a pedir ayuda porque hacía varios días que no le hacían curación, además de que estaba siendo invadido por la orina y el excremento pues nadie había querido ayudarlo para asearse. Sin embargo, como en este departamento no pudieron ayudarlo pidieron apoyo a la presidencia municipal y de esta forma fue que lo enviaron al Hospital Básico.

Al ingresar al servicio de urgencias ninguna compañera quiso acercarse por el olor intenso que se percibía y porque nadie quería tocarlo. Como esta situación no era desconocida para mí y a parte por las múltiples experiencias durante mi formación, decidí tomar el asunto y pedí a los policías que me ayudaran a subirlo a la camilla para hacer baño de esponja, asepsia y curación de la herida, cuando el médico general entró para revisión sólo indicó algunos medicamentos para combatir la infección, después fue enviado por la misma policía municipal al municipio de donde era originario, aunque esto dijo el paciente, no serviría de mucho porque su familia no le ayudaría.

Esta situación, permitió reafirmar que tenía que “tomar decisiones firmes”, sin importar la credibilidad del personal, además, tenía que llevar a cabo mis funciones como enfermera y poner en práctica lo aprendido durante mi formación académica, pues las compañeras lejos de ayudar al paciente, lo hacían sentir peor con sus comentarios, su actitud no favorecía en nada al paciente.

En otra ocasión, llegó un paciente adulto mayor, poli traumatizado, pues había sido agredido dentro de su domicilio, al parecer había sido una pelea por las propiedades personales, el médico general lo valoró y me pidió que ministrara un analgésico y se le hizo un vendaje en miembros superiores. Cabe señalar que la agresión física es uno de los factores más predominantes en este municipio, tanto en niños como en adultos mayores. En estas situaciones no podía hacer mucho, lo único que hacía era escuchar la problemática y ayudar a la persona a reflexionar sobre su situación y de esta forma hacer que buscara una solución sin tener que llegar a la violencia.

Una experiencia más fue con un paciente adulto joven que se había accidentado, presentaba múltiples lesiones. Aunque no era el turno que me correspondía, me di cuenta que el paciente estaba sangrando mucho, tenía lesionada la arteria femoral, la médico pasante ya lo estaba atendiendo y había dos compañeras de enfermería ayudando pero estaban intentando canalizar sin darse cuenta que la prioridad era detener el sangrado, aparte el

paciente estaba cayendo en paro cardiorrespiratorio por la falta de oxigenación, como la doctora se bloqueó ante la situación, decidí hacer un torniquete para detener el sangrado y rápidamente iniciar con compresión cardiopulmonar pidiendo a la doctora que ventilara en cada ciclo al paciente, después de 10 minutos el paciente reaccionó e inmediatamente pedí a la compañera de la ambulancia que lo trasladara a San Cristóbal al Hospital de especialidad, en ese momento tuvimos que acompañar al paciente para mantenerlo consciente hasta llegar al Hospital.

Por otra parte, en múltiples ocasiones, al recibir el turno, me presentaban pacientes que habían sido puncionados múltiples veces con el objeto de colocar una vía intravenosa, me indignó mucho este tipo de agresión, durante mi formación profesional aprendí que un paciente no puede ser puncionado más de tres veces para colocar un equipo de venoclísis porque se considera agresión física, era sorprendente la negligencia de las compañeras, aprovechando la ignorancia de la población.

Por las mismas circunstancias, mucha gente llegaba muy agresiva al hospital, algunos con mucha razón y otras sin razón alguna, por ejemplo; una vez llegó un adulto joven de 36 años al servicio de urgencias por una uña enterrada en el pie izquierdo y que se había lesionado por un fuerte golpe al jugar fútbol. Al revisar la uña se le explicó que se tenía que extirpar,

pero el paciente desde que llegó al servicio se mostró muy altanero y grosero con el médico, que por su falta de experiencia lo permitió.

El paciente no se dejaba infiltrar el dedo para extirpar la uña, en primer momento a todos les causó gracia la renuencia del paciente pero después se empezó a mostrar más agresivo, aunque el médico le había explicado que si no quería que se le realizara el procedimiento pues que se podía ir y acudir a otro servicio para que lo atendieran, el paciente a fuerza quería que se le atendiera sin tener que infiltrar, sin embargo, sería muy intenso el dolor debido a la poca tolerancia que presentaba, no se podía hacer el procedimiento sólo así, entonces me mostré firme y decidida para realizar el procedimiento y el paciente permitió que se le infiltrara para retirarle la uña, esa experiencia me ayudó reforzar que dentro de las funciones de enfermería la actitud es primordial hacia el paciente.

En otra ocasión, llegó una paciente en trabajo de parto al servicio de urgencias y el médico responsable la ingresó para llevar el control del trabajo de parto, la presentó como paciente en trabajo de parto normal y guiándose por la clínica, estaba seguro de que el parto sería normal, sin ninguna dificultad.

Sin embargo, al ingresar a la paciente a sala de expulsión, cuando el producto estaba coronando la médico se dio cuenta que era un producto macrosómico y que no podía rotar fácilmente, además de que no podía pasar

por el canal de parto, la doctora y las demás compañeras nos asustamos mucho y el médico general que se encontraba en urgencias y que había ingresado a la paciente, fue llamado para ayudar en el parto, ellos concluyeron que tendrían que usar fórceps para sacar el producto, sin embargo, manifestaron que sabían la técnica pero que nunca la realizaron, me pidieron que yo realizara el procedimiento, sin embargo manifesté que no era necesario porque al ver que el producto había coronado sería mejor hacer una episiotomía doble lateral para no lastimar al producto, al darse cuenta que yo estaba segura de lo que había decidido, me dejaron hacer el procedimiento y logramos que naciera bien.

Además de estas y muchas otras experiencias en los distintos Servicios de cada Institución, aprendí que se tiene que “Tomar Decisiones” con firmeza pues esto nos da credibilidad, nos da la confianza de nuestros pacientes y la seguridad en nuestros procedimientos y técnicas para el beneficio en la salud del paciente, de las familias y comunidades.

CONCLUSIÓN

Las Enfermeras y Enfermeros debemos estar conscientes de que la responsabilidad ética surge de los propios sistemas de valores personales y profesionales que hacen elegir una conducta y no otra cuando debemos asumir una decisión frente a los pacientes, en el ejercicio profesional, ante el sistema de salud y ante la sociedad, o cuando tenemos que responder por lo que hemos hecho o no en relación con los cuidados de enfermería.

La Toma de Decisiones será beneficiada con el ejercicio de ésta, no obstante la experiencia ira marcando, cada vez con más firmeza, esta habilidad en beneficio de los cuidados a la salud del paciente, familia o comunidad.

Al concluir del Servicio Social Rural me encuentro satisfecha pues además de reafirmar la importancia de nuestra formación profesional, se obtiene otra visión de las funciones de enfermería.

El Servicio Social también me permitió valorar el trabajo en equipo, que es primordial en el Sector Salud, pues cuando se quiere trabajar sólo, no siempre se logrará cubrir las necesidades de nuestros pacientes.

Fueron varias experiencias, la misión de una enfermera es más de lo que se visualiza y considero que lo más importante es nuestra propia motivación para promover la motivación hacia los demás sobre sus necesidades. Es muy saludable mantener el espíritu que es el motorcito de nuestras acciones y cuando más alentado esta, funcionamos mucho mejor y lo mejor de todo es que se refleja en nuestras acciones con todo lo que nos rodea. Así que mantengamos fuerte y vigoroso, limpio, lleno de amor nuestro ser para salir siempre adelante a pesar de las dificultades y enfermedades que son parte de nuestra historia.

Cabe mencionar que es muy importante el seguimiento, la orientación y la motivación desde que pisamos por primera vez un Hospital como Estudiantes en Enfermería, para que de esta manera se logre reforzar nuestra Formación Profesional, fomentando el desarrollo de Habilidades y Destrezas para la Toma de decisiones clínicas ante cualquier situación.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ- GAYOU JURGENSON, Juan Luís, *Cómo hacer Investigación Cualitativa, Fundamentos y Metodología*, México, Buenos Aires, Barcelona, Paidós, 2006.

ALFARO LEFEVRE, Rosalinda, *El Pensamiento Crítico en Enfermería, Barcelona (España)*, Masson, S.A., 1997.

ARCHIVO, Municipio de Teopisca. *Historia de la Comunidad*. Oficina de Casa de la Cultura. Consultado en Abril 2011.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICA, *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia*, Tlalpan DF., 2006.

GOMEZJARA, FRANCISCO A., *Sociología*, México DF., Porrúa, S. A., 1981.

GONZALES REYNA, Susana, *Manual de Redacción e Investigación Documental*, México DF., Trillas, 1986.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, et al, *Metodología de la Investigación*, México DF., Mc GRAW HILL, 1998.

http://www.eneo.unam.mx/Servicios_escolares/serviciosocial.php.

KEROUACK, Suzanne, et al, *El Pensamiento Enfermero*, Elsevier Masson, 1996.

KOZIER, Bárbara, et al, *Fundamentos de Enfermería*, México DF., Interamericana Mc Graw HILL, 1994.

MORRIS, Charles G. y Albert A. Maisto, *Introducción a la Psicología*, México, Pearson, 2001.

POTTER, P., *Fundamentos de Enfermería*, 5ª ED., Madrid, Harcourt/Océano, 2000.

RHEAULT, JEAN PAUL, *Introducción a la Teoría de las Decisiones con Aplicaciones a la Administración*, México, Limusa, 1980.

ROSALES BARRERA, Susana y Eva Reyes Gómez, *Fundamentos de Enfermería*, México DF., Manual Moderno, 2004.

SSA, *CEDULAS DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR*, TEOPISCA, CHIAPAS, 2010-2011.

TAMAYO Y TAMAYO, Mario, *El proceso de la Investigación Científica*, 4ª ED., México, Limusa, 2006.

ZUÑIGA ZUÑIGA, Isidro, *Teopisca, Ciudad con Historia*, CONACULTA, Chiapas.

SSA, *Salud: México 2002. Información para la Rendición de Cuentas*, 2002, p. 188; SSA, *Salud: México 2003*.

Información para la Rendición de Cuentas, 2003, p. 215; SSA, *Salud: México 2004*.

Información para la Rendición de Cuentas, 2004, p. 201; SSA, *Salud: México 2001-2005*.

Información para la Rendición de Cuentas, 2005, p. 191. Disponibles en: <http://evaluacion.salud.gob.mx/saludmexico/saludmexico.htm>.

Razón de Mortalidad Materna por 100 000 nacidos vivos estimados.