



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
Y SU INTEGRACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN DE
UN CASO CLÍNICO CON EL MODELO DE OREM**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)
P R E S E N T A :
LIC. ENF. ELIA ROSA BARRADAS VELAZQUEZ**

DIRECTORA DE TESIS: M EN C. ELENA HERNÁNDEZ MENDOZA

ABRIL 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS

A DIOS NUESTRO SEÑOR

Doy gracias a Dios por permitirme más años de vida, realizar mis logros personales, entre ellos la culminación de la maestría, por darme el don de ayudar a los demás sin tomar en cuenta la raza, el color o la religión ni el nivel socioeconómico; y por poner en mis labios palabras de aliento; en mis manos habilidad, cariño y esmero, así como el conocimiento y la sabiduría para actuar de manera correcta y prudente ante las personas que han necesitado de mis cuidados.

A MI HIJO

Porque su presencia es y será siempre el motivo que me ha impulsado para lograr mis metas.

A MI HERMANA

Quien me ayudó a mantener en pie mi casa con su apoyo moral y sufriendo mis ausencias por tanto tiempo, esperando hasta tarde con comida caliente y su paciencia. Por su apoyo y tolerancia ilimitada, gracias.

AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras:

Maestra: Elena Hernández Mendoza.

Por su apoyo y asesorías permanentes durante los años de la maestría. Por sus contribuciones al trabajo arduo que continuamos para alcanzar mi meta.

Dra. Guadalupe Sánchez Villers.

Por el tiempo que me dedico en el transitar en el conocimiento durante estos años y por sus contribuciones en el desarrollo de esta tesis.

A La Dirección General de Asuntos del Personal Académico

Por la beca otorgada para la realización de la maestría, ya que sin su apoyo no me hubiera sido posible lograrla.

A la Maestra Laura Morán Peña por las asesorías metodológicas y su paciencia durante los seminarios de tesis y el desarrollo de la maestría.

A las maestras

Gracias por compartir su tiempo, su experiencia y su afecto para hacernos crecer en la ciencia. Por darnos con su ejemplo, deseos de superación, de ser creativas y por sembrar diariamente la semilla del conocimiento en enfermería.

Al Doctor Arturo Juárez García

Gracias por su apoyo en la revisión de este trabajo, y asesoría en los aspectos estadísticos.

Contenido

	Página
INTRODUCCIÓN	8
	12
MARCO TEÓRICO	12
1.1 Antecedentes.	15
1.2 Aprendizaje constructivo significativo como base para la integración del conocimiento en enfermería.	18
1.3 Integración del Conocimiento.	20
1.4 Aprendizaje Basado en Problemas	31
1.5 Proceso de Enfermería.	32
Etapa de Valoración.	34
Etapa de Diagnóstico de enfermería.	36
Etapa de Planificación.	37
Etapa de Ejecución.	39
Etapa de Evaluación.	40
1.6 Método de casos.	52
1.7 Modelo de Dorotea Orem.	54
Teoría del autocuidado.	57
Teoría del déficit de autocuidado.	59
Teoría de sistemas de enfermería.	61
1.7.1 El Proceso de Enfermería de acuerdo al modelo de Orem.	65
2. Planteamiento del Problema.	64
3. Hipótesis.	66
4. Objetivo general.	66
Objetivos específicos.	67
	67
5. METODOLOGÍA	68
5.1 Tipo de diseño de investigación.	69
5.2 Población y muestra.	69

5.3 Variables de estudio.	69
5.4 Procedimientos.	69
5.4.1 Prueba piloto.	69
5.4.2 Procedimientos de recolección de datos.	71
5.4.3 Plan de análisis estadístico.	71
5.5 Instrumento de medición.	72
5.5.1 Descripción del instrumento.	74
5.5.2 Confiabilidad y Validez.	76
5.6 Aspectos éticos.	95
	95
6. RESULTADOS.	104
	106
7. DISCUSIÓN	107
7.1 Interpretación y discusión de los resultados.	111
8. CONCLUSIONES.	119
	122
9. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO.	
10. RECOMENDACIONES.	
8. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS.	
APÉNDICES.	
A. Resultados de la validación y confiabilidad del instrumento.	
B. Instrumento de recolección de datos.	

INTRODUCCIÓN

El proceso de conocer comienza al encontrarse con el mundo y formar parte de él. Se logra a través de la observación, la percepción y la experiencia. Este proceso plantea la necesidad de describir e interpretar los fenómenos circundantes, incluyendo la predicción con cierto grado de exactitud. (Benoliel, 1987; Chin y Jacobs, 1987).

De acuerdo con Benoliel (1987) “conocer puede interpretarse como ser conciente de forma particular e individual de las complejidades de una situación dada y aproximar recursos internos experimentados anteriormente para darle significado”

En una disciplina profesional como enfermería *conocer* también se entiende como trabajar en la solución de problemas que son importantes para el bienestar de las personas. Este proceso requiere habilidad para identificar problemas básicos para la investigación en un campo respectivo, seleccionar los aspectos relacionados con las respuestas a los problemas y sobre todo seleccionar las metodologías de trabajo que aclaren el contenido de las respuestas y permitan aprender el manejo de aquello que parecería difícil de responder (Shultz y Meleis, 1988).

En el proceso educativo, la representación de una situación de la realidad como base para la reflexión y el aprendizaje ha sido utilizada desde tiempos remotos, el planteamiento de un caso es siempre una oportunidad de aprendizaje significativo y trascendente en la medida en que quienes participan en su análisis logran involucrarse y comprometerse tanto en la discusión del caso como en el proceso grupal para su reflexión.

Para la Enfermería, una metodología para la solución de problemas es el método de estudio de casos, ésta es una estrategia para la enseñanza de las formas de pensar y de reflexión, propias de una determinada profesión, se trata de una estrategia centrada en el análisis de situaciones problemáticas típicas o excepcionales.

Heidgerken, (1966) menciona que el método de estudio de casos se enfoca en la presentación de una descripción de un paciente, sus problemas, hechos relativos a su enfermedad, sus necesidades y la atención de enfermería.

El método de casos como parte de la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es una estrategia didáctica que es un medio y no un fin en sí mismo, ayuda a que los estudiantes sean más creativos, favorece el trabajo grupal, permite desarrollar capacidades generales transferibles de una área a otra, se diferencia del trabajo con base en ejercicios e implica una serie de pasos a seguir para que los estudiantes logren habilidades con la menor intervención del docente (Ministerio de Educación, Argentina,2002).

Por otra parte, enfermería reconoce como una tarea específica y propia de su actuar el cuidado, con sus conocimientos, metodologías y prácticas exclusivas y es a través del Proceso de Enfermería (PE) que se centra en la identificación de los problemas y necesidades, así como en el cuidado y tratamiento de las respuestas únicas de los individuos, familias y los grupos, a las alteraciones de salud reales o potenciales.

En la organización curricular de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, se utilizan estructuras didácticas de tipo Modular. Este sistema permite articular los contenidos de

formación con una estructura curricular que incorpora los procesos enseñanza-aprendizaje en módulos autosuficientes e interdependientes relacionados en forma vertical y horizontal, estructurados de manera lógica, sistemática e integradora a partir de los niveles epistemológicos: disciplinar en enfermería y psicopedagógico, en este último se consideró el enfoque cognitivo desde la perspectiva del aprendizaje significativo, que, de acuerdo con lo que menciona Sacristán, (1988) éste favorece que el alumno sea el constructor de su propio conocimiento y el docente se constituya en un organizador y mediador en el encuentro del alumno con el conocimiento. El plan se caracteriza por desarrollarse a través de un bloque estable y otro flexible a partir de un proyecto educativo que incorpora perspectivas sociales de la profesión y formas particulares de entender la ciencia en la producción de conocimientos.

Para integrar el marco teórico de esta investigación se realizó una revisión de la literatura que permitió conocer estudios previos sobre el tema a investigar. Como fundamentación teórica se presenta desde lo psicopedagógico el constructivismo con el aprendizaje significativo y el aprendizaje basado en problemas (ABP), con el método de casos, cuyos enfoques apoyan la integración del conocimiento y la teoría específica del déficit del autocuidado para la solución de problemas con un caso clínico. Desde lo disciplinar el Proceso de enfermería, con elementos teóricos necesarios para la integración del conocimiento en un caso clínico, que se basa en el Modelo de Dorothea Orem.

Se presenta el planteamiento del problema a investigar, con la hipótesis y los objetivos que fueron el eje principal durante la investigación.

En la metodología se presenta el tipo de estudio, el universo, las variables así como la descripción del instrumento, también se presenta la confiabilidad y la validez a la que fue sometido éste, al mismo tiempo se plantea el plan estadístico para el procesamiento de los resultados y los aspectos éticos que se aplicaron durante la investigación.

En los resultados se presenta estadística descriptiva en gráficos con las variables de estudio representadas con media de las calificaciones de conocimiento del PE y de la integración, se aplicó análisis inferencial para la comprobación de la hipótesis con la prueba paramétrica *t* de Student para comparar medias y Análisis factorial de Varianza (ANOVA). Se presenta la correlación de las variables conocimiento del PE e integración en la solución de un caso, con el coeficiente de correlación de Pearson.

Discusión; se asocian las variables de tipo social y se comparan con las características del estudiante universitario en México en la UNAM (Bartolucci, 2000,) y con los estudios de Erlich (1998). En relación a la integración de los conocimientos, se compara los resultados con lo encontrado por Dias y Nieto (2002) en estudiantes de enfermería de una Universidad de Bogotá, en la que concluyeron que no existe claridad en los estudiantes al aplicar el PAE.

Conclusiones: con base a los resultados obtenidos se concluye que no se encontró asociación entre los conocimientos del PE al aplicarlos en un caso clínico con el modelo de Orem.

Recomendaciones: se propone que hace falta hacer más investigaciones con esta temática pero con metodología cualitativa. Se plantea invitar a las/los docentes a la investigación-acción y al conocimiento y aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

Durante la revisión de la literatura sobre el tema que se relaciona con la presente investigación, fue variada, sin embargo los hallazgos fueron limitados por ser un tema poco explorado y no se encontró ningún instrumento que fuera adecuado para tales fines, esto es que no se ha investigado la relación de los conocimientos de PE y su aplicación por estudiantes de enfermería con el Modelo de Orem con casos clínicos, sin embargo se encontraron algunos artículos de investigación que se relacionan con la aplicación del Proceso de Enfermería (PE) en estudiantes y sobre el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) aplicado en una escuela de enfermería.

Vélez y Diez de Álvarez (1999) realizaron una investigación de corte cualitativo, comparativo, analítico y retrospectivo de 30 planes de atención de enfermería, elaborados y escritos por 15 estudiantes del quinto nivel de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia durante su práctica de medicina interna, realizada en dos periodos distintos: el primero de siete días y el otro de ocho. Encontraron que: para la etapa de valoración no existe un instrumento unificado para la recolección de datos, la información acerca de los antecedentes y composición familiar disminuye en los planes del segundo periodo. En la planeación de acciones de enfermería para los estudiantes no son significativos los datos relacionados con signos vitales, el examen físico, la

dinámica familiar y el perfil del paciente para planear la atención de enfermería, además que en ningún plan de atención de enfermería estudiados las especifican y no tienen en cuenta acciones con los familiares, en el análisis de la ejecución las exigencias y consideraciones de esta etapa no se cumplen, de los registros realizados por los estudiantes en las historias clínicas no tienen coherencia con el plan sustentado, la evaluación como etapa final del proceso la incluyen en un menor porcentaje. Las conclusiones a las que llegaron son: que no hay claridad en los estudiantes de la forma correcta de la valoración, frecuentemente confunden el término examen físico con el de revisión por sistemas, los diagnósticos de enfermería son definidos sin tener en cuenta los datos de la valoración ni se ajustan a las condiciones del enfermo, no detectan la necesidad de jerarquizar las actividades, no se encuentra persistencia ni consistencia en el tiempo establecido para los objetivos, y finalmente no se encontraron diferencias significativas en los dos periodos.

Orozco y Benítez (2002) en un estudio transversal, descriptivo y observacional realizado en 96 estudiantes del cuarto semestre de la licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, para identificar los *factores de conocimiento del proceso de enfermería en los estudiantes de enfermería*, encontraron diferencias de aprendizaje, conocimiento y aplicación del proceso del cuidado, factores del alumno en cuanto a la forma de aprender, la orientación del profesor sobre el proceso del cuidado y el ambiente en torno a la práctica clínica y de laboratorio, lo que influye en la aplicación, pues esta se realiza solo de forma parcial. En cuanto al conocimiento muestran que es bueno en relación a las actividades que se realizan en cada etapa del PE; sin embargo el conocimiento de los conceptos de las fases es regular.

Frómeta, Alba, Momblanch y Hernández (2000) estudiaron a enfermeras que laboran en área hospitalaria sobre el significado de las etapas del PE antes y después de una intervención educativa sobre el mismo en hospitales de Cuba, encontraron antes de la intervención educativa (IE) que en la etapa de valoración, el 83 % responden que hay que trazar expectativas, el 70 % planear cuidados, 60 % consideran que es observación. En el mismo grupo después de haber realizado la IE el 93 % contestaron correctamente lo que era valoración, en cuanto al diagnóstico de enfermería, el 80 % fueron incorrectos antes de la intervención y 87 % correctos después de ésta. En relación a la etapa de implementación del PE, el 96.7 % opinó que se debían de hacer entrevistas a pacientes y familiares en esta etapa.

La Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid comenzó a implantar el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) a partir de 1994 como método de aprendizaje. Tras haber recibido formación por parte de la Universidad de McMaster, Canadá, pionera en esta metodología en la formación en Ciencias de la Salud, ahora utilizada en muchas facultades de medicina, y escuelas de enfermería, se planteó adaptar el modelo de la universidad canadiense a su contexto socioeducativo (Branda 2001).

El Aprendizaje Basado en Problemas se descubrió como el método que más se aproximaba a la declaración de principios y fue, por tanto, aplicado de manera progresiva a diferentes asignaturas de la carrera de Diplomado en Enfermería. Como conclusión los docentes enfatizan que durante los 7 años de experiencia de trabajo con Aprendizaje Basado en Problemas, la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid no ha formado solamente a los

estudiantes en esta experiencia docente, sino que también ha dado lugar a la formación de profesores con distintos roles dentro de esta metodología y con unas características implícitas en ella. Una mención especial se da a la figura del profesor como responsable de la tutoría a cada grupo a lo largo de los problemas. En la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid consideran que esta forma de trabajo constituye una alternativa valiosa al método tradicional de aprendizaje.

El estudiante es un sujeto activo dentro de su formación, puesto que es él quien busca el aprendizaje que considera necesario para la resolución de problemas que se le plantean, por otra parte, es un método que resulta factible de ser utilizado por los profesores en la mayor parte de los contenidos académicos.

Con base a la revisión de la literatura se concluye que es importante hacer énfasis en la enseñanza del Proceso Enfermero y facilitar el aprendizaje a través del método Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), para la aplicación en la enseñanza clínica, además de concientizar a los estudiantes que no solo es un ejercicio escolar, que es la herramienta metodológica con la que trabajarán en su desempeño como profesionales de la salud.

1.2. EL APRENDIZAJE CONSTRUCTIVO Y SIGNIFICATIVO COMO BASE PARA LA INTEGRACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Díaz-Barriga (2002), Menciona que diversos autores han postulado que es mediante la realización de aprendizajes significativos donde el alumno construye significados que enriquecen su conocimiento del mundo físico y social,

potenciando así su crecimiento personal. De esta manera, los tres aspectos clave que debe favorecer el proceso instruccional serán el logro del aprendizaje significativo, la memorización comprensiva de los contenidos escolares y la funcionalidad de lo aprendido.

Desde la postura constructivista se rechaza la concepción del alumno como un mero receptor o reproductor de los saberes culturales; tampoco se acepta la idea de que el desarrollo es la simple acumulación de aprendizajes específicos. La filosofía educativa que subyace a estos planteamientos indica que la institución educativa debe promover el doble proceso de *socialización* y de *individualización*, que debe permitir a los educandos construir una identidad personal en el marco de un contexto social y cultural determinado. Lo anterior implica que "la finalidad última de la intervención pedagógica es desarrollar en el alumno la capacidad de realizar aprendizajes significativos por sí solo en una amplia gama de situaciones y circunstancias, aprender a aprender" (Coll, 1988).

Pérez, (1999) dice que reflexionar sobre el aprendizaje significativo en Enfermería exhorta al docente interesado en la formación de nuevas generaciones de enfermeras a desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que precisamente de este proceso depende la integración de los conocimientos que debe lograr el estudiante, al propiciar aprendizajes duraderos, a partir de fomentar el compromiso que tiene cada estudiante de lograr su propio aprendizaje, pues desde esta perspectiva se concibe al maestro como facilitador del proceso, y al alumno como un sujeto activo, con actitud de búsqueda del aprendizaje.

La misma autora menciona que el profesor de enfermería en su carácter de facilitador del aprendizaje, debe tomar en consideración las cinco características del aprendizaje significativo cuando está a cargo de un grupo, que a continuación se enuncian;

- 1.- Está en el plano del ser y no del tener, porque es interno, es envolvente, involucra al sujeto que aprende y requiere de tres factores: el contenido, la circunstancia del estudiante y el modo de presentar ese contenido.
- 2.- Permite la integración de conocimientos anteriores, por ello implica la organización coherente de los módulos, así como la seriación específica. Además de conceder espacios que sirvan de síntesis e integración de los conocimientos.
- 3.- Aplicabilidad práctica que responde al ¿para que me sirven estos conocimientos? Cuando los conocimientos captados se ven dentro del proyecto de vida profesional del estudiante, el aprendizaje se hace más significativo. Esto implica una selección cuidadosa de las experiencias prácticas, de eliminar los obstáculos y aprovechar mejor el ambiente clínico.
- 4.- Cuanto al conocimiento se adquiere por auto iniciación, por cuenta propia, por elección personal y se aprende mejor y tiene mayor significado.
- 5.- Es autoevaluable, el estudiante es casi la única persona que puede juzgar si su aprendizaje ha sido significativo o no.

En el currículum de la licenciatura en enfermería se toma como enfoque cognitivo el aprendizaje significativo con el fin de propiciar la formación intelectual orientada al desarrollo de los procesos del pensamiento y comunicación mediante la atribución de nuevos significados en el proceso de conocer.

Para el propósito de esta investigación se considera de gran utilidad al apoyo de uno de los postulados centrales de los enfoques constructivistas como es el Cognitivo que consiste en hacer énfasis en el desarrollo de habilidades del pensamiento, aprendizaje significativo y solución de problemas, éste último es un método utilizado en enfermería que consiste en proponer situaciones problemáticas a los estudiantes que para solucionarlas deberán realizar investigaciones, revisiones o análisis y estudiar sistemáticamente temas no totalmente dominados o asimilados.

1.3 LA INTEGRACIÓN DEL CONOCIMIENTO

De acuerdo a la definición de la Enciclopedia Universal de Filosofía; Integración. Es la integración perceptiva es la operación que sirve para precisar y determinar el contenido de la percepción, asociado al dato actual otros elementos anteriores ya sensibles, ya intelectuales.

Heidgerken, (1966) menciona que en las escuelas de enfermería la integración es un vocablo que se emplea para describir al individuo como un todo, o como un aspecto de su comportamiento. La misma autora menciona que los conocimientos adquiridos en el aula, así como los obtenidos por iniciativa propia constituyen para el alumno un arsenal de datos aislados y de nuevas

verbalizaciones a menos que adquiriera un criterio cada vez más unificado de todas sus materias estudiadas y unifique su conducta en relación con los elementos estudiados, esta relación entre las experiencias didácticas y el comportamiento ante la realidad es una relación de proyecciones horizontales que se vinculan con diversos temas y múltiples etapas de la vida del estudiante y lo conocemos con el nombre de integración.

También Hopkins (1996), emplea la palabra como símbolo semántico de conducta inteligente y afirma que "integración significa un ajuste continuo, inteligente e interactivo".

Esto es que hay una constante interacción entre el individuo y su medio ambiente: y el esfuerzo de aquel para ajustarse a éste se denomina conducta o comportamiento. Es decir la integración de las experiencias didácticas no es en forma automática; hay que planearlas, dado que la integración es un proceso que ocurre únicamente dentro de la/los estudiantes, hay que proporcionar a ésta la ocasión para que integre sus diversas experiencias didácticas. Se le debe ofrecer la oportunidad de analizar situaciones y problemas profesionales y de aplicar los conocimientos aprendidos en otras materias en situaciones clínicas reales, pues sólo en la medida en que la alumna comprenda su experiencia, la analice, estudie y llegue a nociones y generalizaciones básicas, será capaz de modificar su conducta, basándose en decisiones reflexivas, por lo tanto lograr la integración del conocimiento.

En la Facultad de Enfermería de Antioquia, Medellín Colombia, el núcleo clínico de enfermería se concibe como "el conjunto integrado de conocimientos, teorías, metodologías y formas de acción práctica que sustentan la formación

científico-técnico, humanística, social y ética del profesional de enfermería, para brindar un cuidado de calidad al ser humano sano o enfermo, con el apoyo de sus familia, mediante intervenciones de enfermería fundamentadas en una relación interpersonal de orientador, ayuda y apoyo en el cuidado a la salud y de la vida, en las diferentes etapas del ciclo vital y en variados ámbitos” . Concepto adoptado por las demás escuelas de enfermería por abarcar los elementos que integran la práctica clínica, la cual es el campo en que se observa la integración del conocimiento adquirido en las aulas en la aplicación de los procedimientos y en la aplicación del Proceso de Enfermería (PE).

1.4 APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS

ANTECEDENTES

Las primeras experiencias con el método de Aprendizaje Basado en Problemas se realizó en 1969 con estudiantes de pregrado de algunas facultades de medicina entre ellas la de McMaster (Ontario, Canadá), en la de Limburg (Maastricht, Holanda) y Newcastle (Australia) en principios de los 70's, en 1968 fue aplicada en América Latina en países como Chile, Brasil y Venezuela, en Europa desde 1974, en Estados Unidos la Universidad que lideró esta tendencia fue la Nuevo México en los 80's , En estas facultades el ABP ha constituido prácticamente el único método docente aplicado durante muchos años. Este proceso fue denominado como de Razonamiento Hipotético Deductivo. Sobre esta base, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster estableció una nueva escuela de medicina, con una propuesta

educacional innovadora que fue implementada a lo largo de tres años en su plan curricular y es conocida actualmente en todo el mundo como Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) (Problem Based Learning, PBL) (Barrows, 1996).

Desde su creación en 1969. en la McMaster University Health Sciences Center aplicado en Educación Médica, sus fundadores consideraron que el método tradicional de enseñanza basado en la transmisión de conocimiento a partir de presentaciones teóricas no producía el entorno más propicio para el aprendizaje y eliminaron prácticamente este método docente. Al aplicar este enfoque desde el primer día, se les presentaba a los alumnos problemas biomédicos o clínicos que eran la base del aprendizaje. El cambio fundamental que se producía respecto al método tradicional era que la enseñanza se centraba en cada uno de los problemas planteados y desaparecía la estructuración del conocimiento por disciplinas. (Pallie W, Carr DH.1987)

En México el modelo educativo del Sistema del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM) incorporó al ABP como técnica didáctica en las Ciencias Sociales, Humanidades y Medicina. En la Facultad de Medicina de la UNAM, esta estrategia ha sido incorporada al Plan Único de Estudios desde 1993, en pregrado y postgrado, como un aspecto primordial para lograr los objetivos educativos de esta institución.

Definición

El ABP se define como un enfoque pedagógico multi-metodológico y multididáctico, encaminado a facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje y de formación del estudiante, cuya estrategia se basa en brindar al estudiante una

serie de problemas, en forma de registros escritos, historias clínicas, pacientes simulados o pacientes reales como un instrumento de aprendizaje, el cual está centrado en el alumno/a, y se pretende que los alumnos participen activamente, observen, estudien, discutan casos, emitan su diagnóstico interactuando directamente con el paciente y en el laboratorio, todo a través de la guía del maestro que abandona su papel de autoridad y se convierte en promotor de aprendizaje significativo (Labardini, 2000), para solucionar dichos problemas deben investigar, revisar y volver a estudiar sistemáticamente conceptos y datos, el cual permite desarrollar en el alumno el razonamiento y el juicio crítico.

Fundamentos teóricos del ABP

Enfoque al problema: Desde una definición de problema como situación por resolver, que relaciona eventos, sujetos y objetos, que motiva la búsqueda que trasciende la esfera cognitiva e involucra trabajo en grupos autodirigidos e interdependientes, en un proceso de construcción de saberes cuya salida se desconoce, el Aprendizaje Basado en Problemas (A.B.P.) es una estrategia de enseñanza-aprendizaje en la que tanto la adquisición de conocimientos como el desarrollo de habilidades y actitudes resulta motivante, para un grupo de estudiantes que se reúnen y con la ayuda de un tutor analizan y resuelven un problema seleccionado o diseñado especialmente para el logro de ciertos objetivos de aprendizaje, a enfrentar situaciones reales y a identificar sus deficiencias de conocimiento. Se puede diferenciar la noción de problema de la de ejercicio, éste último "(...) una situación rutinaria, o sea habitual y escasamente sorprendente, poco inquietante, en la que nos encontramos ante una dificultad

pero conocemos el procedimiento exacto para alcanzar la meta.” (Pozo, Postigo, 1995)

Durante la realización de ejercicios, los alumnos se enfrentan a situaciones que no suponen nada nuevo por lo tanto, pueden resolver siguiendo caminos conocidos. En cambio, enfrentarse a un problema requiere utilizar de modo estratégico los conocimientos disponibles y, además, poner en juego nuevos conocimientos para resolver una situación novedosa o diferente, tomando decisiones sobre el proceso de resolución que debe seguirse.

Enfoque y características del método del ABP

- ❖ Es un método de trabajo activo donde los estudiantes participan en la adquisición de su conocimiento. la actividad gira en torno a la discusión de un problema y el aprendizaje surge de la experiencia de trabajar sobre ese problema.
- ❖ El método se orienta a la solución de problemas que son seleccionados o diseñados para lograr el aprendizaje de ciertos objetivos de conocimiento.
- ❖ El aprendizaje se centra en el estudiante y no en el profesor o sólo en los contenidos.
- ❖ Es un método que estimula el trabajo colaborativo en diferentes disciplinas, se trabaja en grupos pequeños, abierto a diferentes disciplinas del conocimiento.
- ❖ El maestro se convierte en un facilitador o tutor del aprendizaje.

Tradicionalmente primero se expone la información y posteriormente se busca su aplicación en la resolución de un problema, en el caso del ABP primero se presenta el problema, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema.

Durante el proceso de interacción de los alumnos para entender y resolver el problema se logra, además del aprendizaje del conocimiento propio de la materia, identifican que pueden elaborar un diagnóstico de sus propias necesidades de aprendizaje, comprenden la importancia de trabajar colaborativamente, y desarrollan habilidades de análisis y síntesis de información, además de comprometerse con su proceso de aprendizaje. (Universidad de Monterrey, 2002).

Objetivos educativos del ABP según Barrows (1986).

- ❖ Integrar las diferentes disciplinas.
- ❖ Ser mejor asimilada que si se adquiriera de forma pasiva.
- ❖ Ser aplicada en un contexto clínico.
- ❖ Ser ampliada posteriormente por el propio alumno.
- ❖ Aplicar el procedimiento de razonamiento clínico, de igual modo que se aplica a nivel profesional.
- ❖ Desarrollar técnicas de aprendizaje dirigidas por el propio alumno.
- ❖ Ser sensible a todas las necesidades del paciente (médicas y psicosociales).

- ❖ Proporcionar un método de aprendizaje centrado en el alumno, que resulta más motivador y permite ser individualizado según las necesidades de cada alumno.
- ❖ Potenciar el análisis crítico e independiente.

OBJETIVOS DE LOS DOCENTES CON ABP

- ❖ **Análisis crítico:** ser capaz de interpretar adecuadamente los datos clínicos y la literatura y determinar su validez y aplicabilidad.
- ❖ **Habilidades clínicas:** ser capaz de adquirir, interpretar, sintetizar y registrar la información clínica necesarias para el control de los problemas que presentan los pacientes, teniendo en consideración sus características físicas, sociales y emocionales.
- ❖ **Autoformación:** ser capaz de identificar aspectos mejorables de la actividad profesional propia, encontrar los recursos educativos apropiados, evaluar el propio proceso de aprendizaje y aplicar los nuevos conocimientos y habilidades adquiridos en la asistencia al paciente.
- ❖ Reconocer, desarrollar y mantener las cualidades personales requeridas para ejercer como profesional de salud.

Las tutorías

El Aprendizaje Basado en Problemas se desarrolla mediante tutorías, en las que el grupo trabaja el análisis de casos que se asemejan a acontecimientos reales. Cada caso se divide en 2 supuestos, y se desarrolla en 3 tutorías.

El primer supuesto se presenta en la primera tutoría y contiene una información básica sobre el caso, con la que el grupo empieza a trabajar en líneas clave, el segundo supuesto se reparte a los componentes del grupo en la segunda tutoría. La información de esta segunda parte suele complementar la información del caso y puede abrir nuevas líneas de trabajo para el grupo.

En cada caso se diseñan problemas que permiten cubrir los objetivos de una o varias materias (García *et al.*, 1995). Se deben buscar asuntos de interés para el estudiante y propiciar un tiempo donde discutir la información recogida.

En la *primera tutoría* se entrega una copia de la primera parte del caso para su lectura. Los estudiantes leen, trabajan y analizan el escenario sobre el que se presenta el problema; identifican lo que saben o lo que creen saber acerca del caso, poniendo en práctica todo el conocimiento previo que poseen en relación a los diversos temas docentes que se ponen en juego. Este conocimiento previo procede de sus conocimientos a lo largo de la carrera, experiencias durante las prácticas, lectura bibliográfica, experiencias personales o familiares.

Los integrantes del grupo se reparten la información desconocida para organizar su búsqueda, ya sea en libros, consultas a expertos, Internet. Elaboran una lista de la información necesaria para dar solución al problema, así como de los conceptos básicos imprescindibles para conocer la materia (Richart *et al.*, 2001).

En la *segunda tutoría* se organiza toda la documentación encontrada por cada uno de los miembros del grupo, elaborándose dentro del grupo y dando significado a la información necesaria para concretar el caso.

Una vez unificada y elaborada esta información, se lee la segunda parte del caso y se discuten los nuevos escenarios que se presentan a la luz de la información seleccionada por el grupo a partir de la primera parte del caso. Nuevamente se identifica el conocimiento previo, se debate acerca de los elementos desconocidos y se proponen hipótesis en relación a los datos aportados dentro de esta segunda parte. El grupo analiza la información recopilada y se buscan nuevas opciones y posibilidades para la resolución del problema, identificando los temas a estudiar y estableciendo una lista de tareas para la próxima tutoría. Toda esta información resume y reestructura para proceder a buscarla y analizarla de cara a la tercera tutoría.

En *la tercera tutoría* se reorganiza toda la información trabajada durante el caso y se intentan elaborar unas conclusiones relativas al mismo.

Existe un factor de suma importancia que debe ser tomado en cuenta durante la evolución y consecución de los objetivos marcados: *la evaluación del trabajo* grupal por parte del tutor y por los propios componentes del grupo. Este proceso de retroalimentación o "feed-back" debe ser constante y realizarse en cada una de las tutorías, de tal manera que sirva de estímulo para la mejora personal y grupal en todo el proceso. Al final de cada tutoría se reserva un tiempo para esta evaluación. Tanto el grupo como el tutor deben evaluar tres estructuras de interrelación:

- La relación del grupo con los objetivos, medios y contenidos del aprendizaje.
- La relación de los diferentes miembros dentro del grupo.
- La relación de los miembros con el tutor del grupo

Los protagonistas del ABP

El estudiante se constituye en el actor principal de la obra, es el centro de la metodología. Una metodología que le permite (Delors, 1996):

- ❖ Adaptarse a los cambios.
- ❖ Fomentar un espíritu crítico.
- ❖ Aprender a aprender.
- ❖ Trabajar y aprender en equipo
- ❖ El estudiante se convierte en el responsable de su propio aprendizaje y para ello se le proporcionan medios materiales.

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS PARA EL DESARROLLO DEL ABP

- ❖ Tormenta de ideas.
- ❖ Prueba de hipótesis.
- ❖ Identificación de temas de aprendizaje.
- ❖ Conferencia basada en casos: aquí los casos son utilizados para demostrar lo relevante de la información proporcionada por la conferencia.
- ❖ Caso basado en conferencia: los casos son empleados para aclarar el material que será cubierto en las conferencias subsiguientes.
- ❖ Método de casos: los casos son preparados para discutirse en clase a través de un enfoque legal.
- ❖ Método de casos modificado: los casos otorgan oportunidades para decidir entre un número limitado de alternativas.

- ❖ Aprendizaje reiterativo basado en problemas: el cual complementa el formato de aprendizaje basado en problemas referido en el punto anterior, siendo este último el que potencialmente alcanza los cuatro objetivos planteados por Barrows .
- ❖ Formato impreso y la simulación de un paciente por un “actor”.

Implicaciones para el alumno

Las implicaciones más importantes del ABP para el propio alumno se deducen directamente de cada uno de los objetivos docentes del propio método. La selección de problemas apropiados permitirá asegurar la adquisición de los conocimientos que se consideren más relevantes, asegurando que el alumno los ha asimilado y comprendido adecuadamente.

Por otra parte, una mayor integración de las ciencias básicas con los problemas clínicos aumenta de manera significativa la retención de los conocimientos. (Norman, 1992). Los alumnos ven la relevancia de lo que han aprendido a muy corto plazo y esto supone una importante fuente de motivación para la formación.

Desde el primer análisis del problema, se ven obligados a identificar los conocimientos que tienen sobre ese tema. Ése es el punto de partida sobre el que deciden aprender lo que todavía no conocen, por lo que la información y los conocimientos que se van adquiriendo se procesan de manera distinta a los de una disciplina académica clásica. La responsabilidad sobre el aprendizaje se centra en el propio alumno, que es el que aprende a aprender. Ésta es una

habilidad indispensable que los alumnos deben adquirir para ser capaces de gestionar su propia formación continua durante el resto de sus vidas profesionales.

El alumno utiliza, desde el principio, la metodología del razonamiento clínico desde un punto de vista eminentemente práctico, habiendo experimentado distintas estrategias para abordar los problemas clínicos y adquiriendo el criterio suficiente para discernir las que le han dado buenos resultados de las que no. Esto hace que se vea inmerso en el proceso de aprendizaje de una manera más estimulante e interesante.

Implicaciones para el profesor/ tutor

En el aprendizaje basado en la resolución de problemas el tutor no es un profesor en el sentido clásico del término. Su función no es la de transmitir información, sino la de facilitar el aprendizaje, estimulando la participación activa de todos los miembros del grupo y estimulándoles intelectualmente. El tutor tiene responsabilidad sobre la dinámica del grupo y debe intentar corregir cualquier desequilibrio que se produzca.

Por otro lado, debe lograr que todos los integrantes realicen aportaciones, entendiendo que el principal motivo es orientar adecuadamente el trabajo para la resolución del problema que se plantea.

Los tutores son la base del método.

Sustituyen las lecciones magistrales por un tiempo de dedicación a los alumnos para contestar a sus preguntas y facilitar conocimiento de su área de experiencia. Esto les hace más vulnerables y su tarea es más compleja, la

interacción con el alumno es muy intensa y entran en juego aspectos más intangibles como la motivación, el *feed-back*, etc.

En el proceso del ABP los tutores tratan de dar respuesta a tres cuestiones fundamentales (Swallow 1992).

- ¿Cómo facilitar a los alumnos la adquisición de nuevos conocimientos para que los apliquen a lo largo de su vida profesional y consigan estar siempre al día?
- ¿Cómo transmitirles nuestra propia experiencia en el proceso de identificación y resolución de problemas?
- ¿Cómo ayudar a los alumnos a que aprendan de los problemas que ellos mismos han solucionado?

Un tema de debate respecto a los tutores ha sido su grado de formación y experiencia deseable en relación a los problemas que se plantean (Silver, 1991).

1.5 EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Por proceso de enfermería se entiende el método lógico y racional que sirve al profesional para planear, ejecutar y evaluar la atención en forma técnicamente adecuada, eficiente y eficaz. Es el método de Intervención en Enfermería.

Yura y Walsh (1983) afirman que "el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si este se alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso

enfermero debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible".

El proceso de enfermería se compone de cinco etapas:

ETAPA DE VALORACIÓN

Según para Hernández-Conesa (1999) la Valoración: es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente.

Esta etapa consta de cuatro pasos: recolección de los datos, su validación, su organización y su registro.

Recolección de los datos

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

- 1.- *Antecedentes o actuales*: Según pertenezcan al pasado o al presente.
- 2.- *Objetivos o subjetivos*: Los primeros son observables, mensurables y se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos, por el contrario, se refieren a ideas, sentimientos y percepciones, por lo que no son comprobables ni mensurables y se obtienen mediante la entrevista con el usuario y la familia.

3.- *Generales o localizados*: Pueden tratarse de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida de usuario, o de datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concretos.

Las fuentes de datos son diversas y entre ellas la principal es el propio usuario, al que cabe añadir otras fuentes secundarias, como la familia o las personas significativas para él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son básicamente tres:

1.- *Entrevista*: Es un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre los aspectos de salud que considera relevantes.

2.- *Observación*: Es el uso sistemático de los sentidos (vista, oído, olfato y tacto) para reunir información sobre el usuario, la familia o las personas significativas, el entorno, y las interacciones entre estas tres variables.

3.- *Exploración física*: Es la valoración física, ya sea céfalo caudal o por órganos, aparatos y sistemas, mediante el uso de cuatro técnicas específicas:

a) *Inspección*. b) *Palpación*. e) *Percusión*, y d) *Auscultación*

Validación de los datos

Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas, así como rectificar aquellos datos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar las intervenciones.

Organización de los datos

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada, para obtener una imagen clara de la situación. Alfaro (1998) dice que al organizar los datos es necesario definir un modelo de enfermería para asegurar que los datos nos conduzcan a la identificación de los diagnósticos de enfermería, cerciorándose de agrupar los datos relacionados a la detección de necesidades, los problemas de salud, con la función de órganos y sistemas corporales y así poder ver mejor los problemas relacionados con su función, esto se puede lograr con la elaboración de algún instrumento de valoración general o especializado por áreas específicas. Para fines de esta investigación se observó el cuestionario de valoración con el modelo de Orem que aplican las/os estudiantes del cuarto semestre a las pacientes embarazadas.

Registro de los datos

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración, a fin de prevenir el olvido de información relevante.

Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la intervención enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Diagnósticos de enfermería. Carpenito (1987) plantea que es una formulación que describe la respuesta humana (un estado de salud/alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

La NANDA (1996) lo definió como un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

Análisis de los datos

Se empieza por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes de los que no lo son.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud:

1. *Diagnóstico real:* Describe la respuesta de una persona, una familia o una valoración se observan datos objetivos y subjetivos que indican su presencia.

2. *Diagnóstico de riesgo:* Describe la respuesta a situaciones de salud / procesos vitales que puede desarrollarse en un futuro próximo en una persona,

una familia o una comunidad vulnerables; se formula cuando el problema aún no existe pero hay factores de riesgo que contribuyen a aumentar la susceptibilidad del usuario.

3. *Diagnóstico de salud*: Describe la respuesta del usuario que goza ya de un nivel estable de salud o bienestar y que puede y quiere alcanzar un grado mayor. Este tipo de diagnóstico tiene un solo componente: Situación de salud que debe mejorar.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Planificación; es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico de enfermería (Alfaro, 1998).

Fijación de prioridades

La actividad de establecer prioridades ocurre durante la fase inicial de la planificación y de la fase de ejecución. Durante la fase inicial de planificación es necesario fijar prioridades para planificar los cuidados de enfermería. Durante la fase de ejecución, deberá asignar prioridades diariamente (Alfaro, 1998).

Esta fase inicial incluye; a) Determinar los problemas que requieran atención inmediata, es decir, problemas amenazadores para la vida, y emprender de inmediato las acciones indicadas. b) Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordarán en el plan de cuidados de enfermería (aquellos que son

inmensurables o complejos) y c) Determinar los problemas interdependientes que requieren órdenes médicas para el diagnóstico, control o tratamiento.

Formulación de objetivos

Alfaro (1998) dice que los objetivos/resultados esperados pueden clasificarse en tres dominios; cognitivo, afectivo y psicomotor. Después de la fijación de prioridades, el establecimiento de *objetivos realistas* es la tarea más importante de la fase de planificación. Y es así debido a las siguientes razones: a) Son los "pilares" del plan de cuidados. b) Dirigen las actuaciones. c) Son factores de motivación.

Determinación de Intervenciones

Una vez identificados claramente los problemas que han de tratarse y marcados los objetivos fijados, es preciso planificar la actuación más adecuada para lograrlos.

Las actividades de enfermería son actividades o acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, y promover, mantener y restaurar la salud.

Registro del plan

Es el último paso de esta etapa y consiste en plasmar por escrito (ya sea sobre papel o en un ordenador) los pasos anteriores. Según Alfaro (1998), el registro del plan de cuidados: 1. Facilita la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud. 2. Dirige los cuidados y la documentación. 3. Crea un registro

escrito que más tarde puede usarse para la evaluación, la investigación y con propósitos legales. y 4. Proporciona documentación sobre los cuidados de salud necesarios que más tarde puede usarse para cuantificar su coste.

ETAPA DE EJECUCIÓN

Durante la ejecución se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. Según Iyer y cols. (1991) independientemente del entorno en el que la enfermera preste sus servicios, la realización del plan de cuidados consta de tres pasos: preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

Bulechek y McCloskey (1985) definen la ejecución como "una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos".

Preparación para la acción

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de: 1. Determinar si unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario. 2. Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas. 3. Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios. y por último. 4. Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

Realización de las actividades

Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan tal como se concibió o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

Registro de la actuación

La enfermera debe anotar en la hoja de enfermería tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de éste, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado en esa circunstancia.

El registro, o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas de salud. Las notas de enfermería que se escribirán se convertirán en parte del registro legal permanente del paciente, un registro que puede más tarde ser presentado como evidencia ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Las anotaciones pueden proporcionar la única prueba de que se ha llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería, esta información también puede ser requerida para la evaluación de los cuidados de enfermería.

ETAPA DE EVALUACIÓN

Esta etapa consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos. Constituye un proceso continuo y terminal: continuo porque se realiza también durante la ejecución, donde la enfermera se pregunta cómo reacciona el cliente ante sus actividades, si las reacciones son las esperadas o no. Es un

proceso terminal porque después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.

Actividades de la fase de evaluación

Establecimiento de criterios de evaluación: Los criterios que se establezcan para la evaluación de los objetivos del cliente, serán los mismos que los objetivos o criterios de resultados que se identificaron en el plan de cuidados.

Evaluación del logro de los objetivos del cliente: La evaluación del logro de los objetivos por parte del cliente; empieza con la valoración. Esto significa que se tendrá que examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado de salud actual.

Mantenimiento, modificación y finalización del plan

Mantenimiento

Cuando los objetivos se han logrado en parte y al analizar todo el proceso se comprueba que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuados para la situación del paciente, se optará por mantener el plan inicial, aunque se requiera un plazo más largo para lograr los objetivos propuestos inicialmente.

Modificación

Cuando los objetivos se han logrado en parte o no se han logrado en absoluto y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que ha habido cambios en la situación del usuario o han aparecido factores que influyen en el

logro de los objetivos propuestos y que no se han reflejado en la planificación, se procederá a modificar el plan inicial de acuerdo con los nuevos hallazgos.

También cabe la posibilidad de modificar el plan cuando se hayan conseguido del todo los objetivos marcados al principio, pero persistan los factores de riesgo que hacen presumir que el problema puede reaparecer si no se establece un plan para mantener los logros actuales.

Finalización

Cuando los objetivos se han conseguido totalmente, las causas que lo provocaban han desaparecido o se han controlado, y el usuario demuestra la habilidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud, estará indicada la finalización del plan.

1.6 MÉTODO DE CASOS

ANTECEDENTES

El método de casos, se originó hace muchos siglos cuando Hipócrates se sirvió de él como método de enseñar la medicina (Heidgerken, 1966). No obstante su valor se ignoró hasta inicios de 1870 en que fue retomado por Christopher Langdell, en la Escuela de Leyes de la Universidad de Harvard. Su introductor original fue Edwin F. Gay, primer Decano de ésta escuela, quien pretendía que los estudiantes buscaran la solución a una historia concreta y la defendieran. Con el tiempo, la Universidad de Harvard preparó investigadores y profesores expresamente para elaborar casos, no sólo para ser aplicados en esa universidad,

sino para ser editados y utilizados en todo el mundo. A partir de estas experiencias, el método ha sido ampliamente desarrollado en la formación de profesionales principalmente en los siguientes campos: Derecho, Administración de Empresas, Medicina y Ciencias Políticas.

En enfermería el método de casos ha sido el más empleado desde los tiempos de Florence Nightingale quien se sirvió de una modificación de éste, incluyendo estudio de casos para la enseñanza de estudiantes de enfermería. (Heidgerken, 1966).

DEFINICIÓN DEL MÉTODO DE CASOS

Un estudio de caso es una herramienta pedagógica de aprendizaje acerca de una situación compleja de la vida real, incidente o suceso, que incluya una o más decisiones, que se presenta en forma de narrativa por un grupo de observadores o un grupo, la que se basa en el entendimiento comprensivo de dicha situación que se obtiene a través de la descripción y análisis de la situación, la cual es tomada como un conjunto y dentro de su contexto.

En suma el método de casos es una estrategia para la enseñanza de las formas de pensar y de deliberar propias de una determinada profesión. Se trata de una estrategia centrada en el análisis en profundidad de situaciones dilemáticas, típicas o excepcionales propias del campo profesional de que se trate. (ITESM, 2000).

DEFINICIÓN DE CASO

Un caso es la descripción de un hecho pasado que describe una situación compleja real. “Los casos presentan situaciones en las que se ponen en juego las tensiones y dilemas más característicos de un campo profesional o de un área o disciplina del currículum” (Waserman, S 1994).

Un buen caso permite la discusión basada en los hechos problemáticos que deben ser encarados en situaciones de la vida real.

OBJETIVOS

- ◆ Dar a los estudiantes la oportunidad de adquirir un entendimiento generalizado de los problemas que pueden encontrar y de ayudarles a desarrollar habilidades y destrezas para su solución, de una forma sistemática, que conduzca a soluciones viables.
- ◆ Estimular en el estudiante la habilidad para encontrar significados, relaciones y capacidad para formarse, emitir juicios y el talento para informar a otros su posición. Suponiendo un procedimiento democrático, dinámico, ágil, flexible y de riguroso análisis.
- ◆ Evaluar las habilidades de sus alumnos para sintetizar, analizar y aplicar la información y los conceptos que han aprendido a partir de sus lecturas y textos.
- ◆ Permiten a los estudiantes hacer conexiones entre disciplinas que en principio pueden parecer totalmente separadas por ejemplo, ellos pueden ver la

necesidad de tratar simultáneamente con principios de las ciencias económicas, estudios del medio ambiente y la ética, o la necesidad de emplear materiales de corte histórico, filosófico y sociológico a la hora de tomar una decisión en torno a un proyecto de antropología.

- ◆ Permitir la expresión de actitudes de diversas formas de pensar en el salón de clase.
- ◆ Acercar una realidad concreta a un ambiente académico por medio de un caso real o diseñado.
- ◆ Fomentar el auto-aprendizaje, por procesos de pensamiento independiente.
- ◆ Ayudar a los estudiantes a desarrollar su capacidad de usar conocimientos y desarrollar sus habilidades.

APRENDIZAJES QUE SE FOMENTAN CON EL MÉTODO DE ESTUDIO DE CASOS. ITESM (2000).

- ❖ El aprendizaje autodirigido, a través de la preparación individual del caso.
- ❖ El pensamiento crítico, a través del proceso de análisis y formulación de la solución del caso, así como en la comparación de sus propios procesos de pensamiento respecto al resto de los integrantes del grupo.
- ❖ La capacidad de análisis, al fundamentar sus propuestas de solución al caso.
- ❖ La capacidad para resolver problemas, a partir de las situaciones presentadas en el caso.
- ❖ La capacidad para tomar decisiones, en situaciones de negocios.

- ❖ El trabajo colaborativo, a través de los grupos pequeños de discusión.

TIPOS DE ESTUDIOS DE CASO. Correa (2001.)

- A. Explicativos. El propósito de este tipo de estudios de caso, tal como su nombre lo indica, es explicar las relaciones entre los componentes de un programa.
- B. Descriptivos. Estos estudios pueden ser de tipo:
 - Ilustrativo. Este tipo de estudio de caso es de carácter descriptivo y tiene el propósito de añadir realismo y ejemplos de fondo al resto de la información acerca de un programa, proyecto, o política.
 - Exploratorio. Este es también un estudio de caso descriptivo pero apunta, antes que a ilustrar, a generar hipótesis para investigaciones posteriores.
 - Situación Crítica. Examina una situación singular de interés único, o sirve como prueba crítica de una aseveración acerca de un programa, proyecto, problema o estrategia.
- C. Metodología Combinada
 - Acumulativo. Este reúne hallazgos de muchos estudios de caso para responder a preguntas de una evaluación bien sea descriptiva, normativa o de causa y efecto.
- D. Cualitativo. el caso de una situación real que incita al participante a plantear una solución viable.
- E. Cuantitativo. Expresa una solución real y tiene como base cifras que deben ser utilizados por el participante.

- F. Simulación. busca simular una situación para desarrollar cualidades y capacidades en el participante.
- G. Incidentes Críticos: en esta clase de casos dramatizamos una situación determinada para destacar un concepto determinado.
- H. Casos Multi-Etapas: casos que se desarrollan en varias fases y capítulos hasta llegar a una solución a base de respuestas múltiples y determinadas.

CARACTERÍSTICAS DE ESTUDIOS DE CASO

- Requiere de una participación activa y favorecen al desarrollo de las facilidades de comunicación.
- Deben ser significativos y relevantes para el campo disciplinar y / o profesional que motiva la enseñanza y guardar relación con los contenidos del correspondiente espacio curricular.
- El caso debe estar bien elaborado y expuesto.
- Está centrado fundamentalmente en el alumno.
- El profesor actúa como facilitador del proceso, orientando la discusión en los momentos en los que ésta se pudiera desviar de los objetivos de aprendizaje.
- El caso (documento escrito) sirve como base para la discusión que se lleva a cabo en la clase.
- El caso se basa en una situación real.
- El alumno debe plantear supuestos claros y bien fundamentados acerca de la información que no está disponible en el caso.

METODOLOGÍA PREVIA AL ESTUDIO DE CASO

- Establecer objetivos de aprendizaje: se deben establecer en el sentido de lo que debe conseguir el participante, no el tema ni el profesor. Se deben plantear en términos de intenciones educativas.
- Diseñar el estudio de caso en términos de modulo: Esta es una forma idónea para integrar la teoría con la practica y de escalonar el curso en grados de dificultad.
- Seleccionar los casos para cada modulo y establecer una secuencia: para la selección de casos se deben tener en cuenta tres dimensiones, analítica, conceptual y de síntesis o presentación.
- Las sesiones pueden durar entre 20 minutos y dos horas, pueden ser organizados grupos de personas para que realicen una socialización del caso antes de la reunión general, a fin de socializar las ideas, detectar líderes, detectar estudiantes tímidos.

METODOLOGÍA EN EL DESARROLLO DE ESTUDIO DE CASO

A. Preparación Individual

- El alumno/a lee y analiza el caso, asumiendo el papel del tomador de decisiones.
- Identifica los puntos críticos en el planteamiento del caso (quién es el protagonista y cuál es la situación que está enfrentando)

- Identifica las alternativas para resolver el problema descrito en el caso.
- Selecciona la alternativa más apropiada basada en los hechos del caso.
- Desarrolla una propuesta inicial para resolver el caso.

B. Discusión en Pequeños Grupos

- Los alumnos/as intercambian los conocimientos y experiencias resultantes de la preparación individual.
- Se refuerza la propuesta inicial a partir de la confrontación de ideas.

C. Sesión Plenaria

- En una sesión de clase, moderada por el profesor, los alumnos/as confrontan sus posturas individuales, de manera fundamentada a través de la discusión, al final de la cual se les da a conocer el desenlace de la situación presentada como caso.

D. Reflexión Individual

- La reflexión individual que sigue a la sesión de clase le permite al participante confrontar el resultado de su propuesta sometida a discusión, con el desenlace de la situación presentada como tal.

Tabla 1. Roles de los participantes en el método de estudio de casos

PROFESOR	ESTUDIANTE
Formular durante la discusión preguntas que soporten un análisis riguroso y un proceso de toma de decisiones.	Sigue un método preciso para buscar causas, consecuencias y soluciones en un hecho concreto
Mantiene con los alumnos una relación sincera, afable, informal y democrática.	Analiza detenidamente todos los detalles de un hecho concreto
Concede la palabra a los alumnos que la pidan. Promueve que todos participen, pero sin que nadie acapare la conversación	Aprende a no precipitar sus conclusiones, evitando el prejuicio y la superficialidad
Lleva al grupo de una fase a otra, sintetizando progresivamente lo que descubra el grupo, evitando exponer ideas personales	Se entrena sistemáticamente con un enfoque maduro y objetivo de problemas que en el futuro pueden presentársele en la vida real
Utiliza el pizarrón para resumir y clarificar, cronometrando el tiempo, en función del plan de enseñanza.	Aprende a considerar varias "soluciones correctas" para un mismo problema

Fuente: Las Técnicas Didácticas en el Modelo Educativo del TEC de Monterrey.2000

ELABORACIÓN DE CASOS:

La elaboración de casos es un proceso laborioso, en el cual no hay reglas universales; para efectos de la comprensión se tienen las siguientes etapas fundamentales:

- Definir el objetivo del caso: identificar el área alrededor de la cual se va a presentar el caso. Esta requiere experiencia e imaginación.
- Desarrollo del contenido: es una etapa de investigación y experimentación, debe ser dirigida por profesores experimentados.

- Escribir el texto de un caso: es algo similar a escribir el guión de una película, el autor debe tener en cuenta estilo contenido, longitud, temática y complejidad, para lograr un buen resultado.

CÓMO REDACTAR CASOS

Kennedy y Scott (1985) citan los siguientes cinco pasos básicos para redactar estudios de caso:

- Desarrollar la situación o problema. El elemento más importante para investigar casos rápidos y efectivamente, es tener una noción clara de para qué es el caso. Idealmente, esto significa tener un claro entendimiento de los puntos de enseñanza particulares que el caso intenta apoyar y cómo cabe dentro del currículum. Deben originarse en problemas reales como: casos clínicos, entrevistas de valoración de enfermería.
- Investigar el caso. La investigación del caso habitualmente se lleva a cabo en dos distintas etapas luego de que se elige un tema: consulta de bibliografía y hemerografía y entrevistas.
- Redactar el caso. Los casos varían en longitud y nivel de dificultad; no existen lineamientos universales. Es aconsejable adherirse a los siguientes principios:
 1. Objetividad: no analice y no editorialice.
 2. Confidencialidad de los casos clínicos, respetar la individualidad del paciente.
 3. Exhibiciones: los datos estadísticos y otra información pertinente puede ser incluida en el cuerpo del texto o en los apéndices.

4. Material extraño. Se necesita incluir alguno a fin de obligar a los participantes a distinguir entre información relevante y no relevante.
5. Guía para el conductor. Puede incluir material que no es esencial al caso, tal como la razón por la que el caso fue seleccionado y la declaración de los objetivos de enseñanza.
6. Pre test . Hacer que alguien no familiarizado con el material lo revise a fin de asegurarse que es comprensible a cualquier lector.
 - Desarrollar preguntas, y en algunas situaciones actividades para apoyar el caso. Las preguntas típicas de estudio de caso según Sullivan y Ruyle (1997) incluyen las siguientes: ¿Cuál es el problema?; ¿Cuáles son los aspectos y efectos más significativos del problema?; ¿Cuál es la causa de raíz del problema?; ¿Cómo podía haberse evitado este problema?; ¿Cómo puede ser corregido?; ¿Qué se puede hacer para asegurar que el problema no recurra?
 - Desarrollar instrucciones completas para el estudio de caso. Estas instrucciones pueden ser desarrolladas respondiendo una serie de preguntas.

Evaluación del aprendizaje

La evaluación del alumno se centra en dos aspectos fundamentales:

A. Aporte individual: en forma de reporte, ensayo y autoevaluación.

B. Aporte en equipo:

1. La responsabilidad de cada integrante, a la hora del compromiso establecido dentro del grupo, para aportar la información necesaria para cada supuesto.
2. Habilidades de comunicación, capacidad de escucha y contraste de opiniones de cada uno de los integrantes del grupo.

3. Habilidad para identificar y saber elaborar el conocimiento previo, así como la información y contenidos que habrá de ir adquiriendo en relación con los objetivos de la materia, previamente identificados.
4. Capacidad para valora la información recogida, saber seleccionarla, elaborarla y aplicarla en cada caso.
6. Capacidad de cada integrante de evaluar, en conjunto, el desarrollo grupal dentro de cada tutoría y a lo largo de cada caso, elaborando un discurso consecuente con el proceder individual y grupal.

Heidgerken (1966), refiere que el método de análisis de casos, es el método didáctico en que, un caso concreto es presentado para su análisis y discusión por un grupo de estudiantes de enfermería. Éste método, se emplea para averiguar cuáles problemas necesitan resolverse en un caso o situación determinada. Se preparan para discusión” *problemas de casos*”, que representen hechos relacionados con algún problema; por ejemplo el de las relaciones humanas. Han de presentarse de tal modo que el estudiante pueda percibir la posición de alguna persona o algún grupo determinado en la situación examinada. La exposición de consideraciones en la discusión no es más que un preludio al proceso real de decisión.

El estudio de casos como suele emplearse en enfermería favorece que la estudiante recolecte los datos del paciente, prepare su plan de atención, lo ejecute y lo valore bajo la dirección de la docente, por lo tanto la estudiante se enfrenta realmente a la solución de problemas y tiene la oportunidad de formular muchos juicios. Heidgerken, (1966)

Dentro de las normas establecidas para elaborar estudios de caso se puede establecer la relación directa que tiene con el Proceso de Enfermería (PE), lo primero que se le pide al estudiante es que por medio de entrevistas estudie la situación social y económica del paciente, sus antecedentes culturales y todos los factores que pueden contribuir al bienestar del paciente, estos datos corresponden a la valoración. La segunda norma es que prepare un plan de "actuación" que corresponde a la etapa de planeación y este a su vez debe contener la atención de enfermería orientada a la terapéutica y cuidados y a dar énfasis en la educación del paciente. Como se puede ver, las normas están relacionadas con las demás etapas del PE.

Con base en la fundamentación teórica anterior, para valorar la integración del conocimiento considerando que ya tienen conocimientos previos sobre el PE y del modelo antes mencionado, se aplicó a los estudiantes un caso clínico con el modelo de Orem sobre el control prenatal en el que analizaron los datos que se le presentaron e identificaron y definieron los problemas prioritarios a resolver.

1.7 MODELO DE DOROTEA OREM

La utilización del PE como una herramienta, necesita que vaya acompañada y guiada por un modelo de cuidados, gracias al cual se consigue orientar la valoración, determinar la respuesta de la persona; establecer los objetivos de cuidados y diseñar, aplicar y valorar las actividades necesarias para conseguir los objetivos y los resultados, (Benavent, Francisco del Rey, Ferrer, 2000).

Dorotea E., Orem ha trabajado en la descripción y explicación de la enfermería a lo largo de toda su actividad profesional. Primero desarrollando el concepto de enfermería y autocuidado (1965), como resultado de su trabajo en el *Nursing Development Conference Group* (1969) y progresivamente precisando sobre los componentes de su modelo. Sus trabajos culminan en 1971 con la publicación *Enfermería, conceptos y práctica*, en la que desarrolla la estructura conceptual de su modelo.

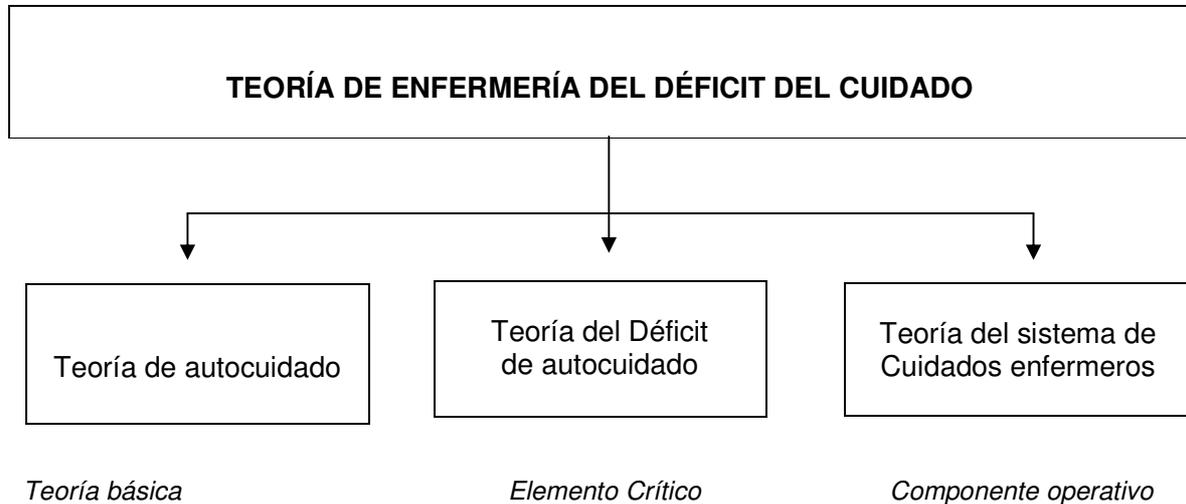
El propósito de la teoría es que sirva en la práctica para desarrollar y validar el conocimiento enfermero y para la enseñanza y aprendizaje de la enfermera, y el núcleo central de modelo de Orem es que las personas requieren cuidados de enfermería cuando sus necesidades de cuidados exceden su propia capacidad para satisfacerlas.

Desde esta perspectiva, los cuidados de enfermería están determinados por la falta de capacidad de la persona y no por el tipo de complejidad que requiere la realización de los mismos. Orem llama a las necesidades de cuidados requisitos de cuidados, y a las capacidades para satisfacerlos agencia de autocuidado cuando la persona cuida de sí misma, o agencia de cuidado dependiente cuando una persona ayuda otra que depende de ella para que pueda llegar a satisfacer sus necesidades de cuidados.

TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

Orem, considera su teoría como una teoría general sobre el déficit del autocuidado que a su vez se encuentra conformada por tres subteorías que se representa en la Figura 1:

Fig. 1. Componentes de la Teoría General



Fuente: de BENAVENT, Fundamentos de enfermería. El modelo teórico de Dorotea Orem. p. 326

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Orem define al autocuidado como una función reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para si mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar (Marriner, 1999).

La enfermera tiene la responsabilidad de ayudar a encontrar o incluso a desarrollar, esta capacidad de autocuidado que todos los seres humanos tienen, cuando esta es menor a las capacidades de autocuidado del individuo puede afectar su equilibrio y el de los que lo rodean.

La provisión de condiciones que son conocidas como presumiblemente de apoyo para regular el funcionamiento y desarrollo humano, están identificadas en tres categorías:

Requisitos de Autocuidado Universal

Aquellos que universalmente están requeridas por todos los individuos en cada etapa de su vida. Estos 8 requisitos representan los tipos de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura humana en funcionamiento, la cual, a su vez, sostiene el desarrollo y la maduración humana.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados en los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (Cavanagh, 1993)

Requisitos de Autocuidado de Desarrollo

Estos requisitos sobrevienen específicamente en un periodo concreto del ciclo vital. Se relacionan con las actividades a llevar a cabo para iniciar y promover el desarrollo en una edad y etapa particular o en un determinado momento del ciclo de la vida. En la tabla 2 se pueden apreciar estos requisitos.

Tabla 2. Tipos de requisitos propuestos por Orem

Los que se asocian con etapas específicas de desarrollo	Los de provisión de cuidados asociado a efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano
<ul style="list-style-type: none"> • Vida intrauterina y nacimiento • Vida neonatal, ya sea un nacido a término o prematuro, o un niño con peso normal o peso bajo. • Infancia. • Etapas de desarrollo de la infancia adolescencia y adulto joven. • Embarazo ya sea en adolescentes o en edad adulta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Previsión y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo. • Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos existentes o potenciales, de una condición o acontecimiento particular. <ul style="list-style-type: none"> ○ Deprivación educacional ○ Problemas de adaptación social ○ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores. ○ Pérdida de posesiones o del trabajo. ○ Cambio súbito en las condiciones de vida. ○ Mala salud, malas condiciones de vida o de incapacidad. ○ Enfermedad terminal o muerte esperada.

Fuente: Adaptado de BENAVENT, Fundamentos de enfermería. El modelo teórico de Dorotea Orem. p.335

Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud

Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

Por ende, los cambios dinámicos y constantes en el proceso salud-enfermedad requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas cuando el mismo no cuenta con los elementos necesarios para satisfacer los requerimientos que le ayuden a conservar la salud.

Factores Condicionantes Básicos

Son condiciones internas y externas que van a influir por una parte, en la naturaleza y cantidad de acciones de autocuidado que necesitan llevar a cabo la persona para mantenerse en condiciones de salud satisfactorias y por otra las capacidades de la persona para encargarse del cuidado de quienes dependen de ella, los factores condicionantes básicos quedan organizados en cuatro grupos que se pueden apreciar en la tabla 3.

Tabla 3. Factores Condicionantes Básicos

Descriptivos de la persona	Del patrón de vida	Del estado y sistema de salud	Del estado de desarrollo
Edad y sexo	Medidas de autocuidado	Condiciones de salud	Capacidad de autogobierno
Residencia y características	Ocupaciones	Características de salud	Potencial de desarrollo
Sistema familiar	Responsabilidades	Características del sistema de salud	
Socioculturales	Relaciones		
Socioeconómicos	Patrones de vida		

Fuente: Adaptado de BENAVENT, Fundamentos de enfermería. El modelo teórico de Dorotea Orem. p. 338

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Esta teoría es el núcleo central del modelo de Orem, el déficit en el autocuidado, surge cuando los individuos no pueden satisfacer sus demandas y no se produce la conducta deseada de autocuidado, presentando una agencia de autocuidado insuficiente para satisfacer su demanda terapéutica. Esta incapacidad

puede ser resultado de la edad, del nivel de desarrollo, del suceso de la vida o a la falta de recursos y vincularse con factores como la falta de: Conocimiento, Habilidad y Motivación.

Demanda de Autocuidado Terapéutico

Se refiere a la totalidad de medidas de cuidados necesarias en momentos específicos, o durante un periodo de tiempo, para cubrir todos los requisitos de autocuidado conocidos de una persona, caracterizados por las condiciones y circunstancias existentes. Implica la realización de acciones para mantener la salud y el bienestar. La demanda de autocuidado terapéutico va variando a lo largo de la vida influida por los cambios en los factores básicos condicionantes, entre los que se encuentra el estado de salud.

Agencia de Autocuidado

Se describe como la habilidad adquirida por la persona madura o en proceso de maduración, de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con un propósito concreto, para desarrollar su propio funcionamiento y desarrollo humano. Actuar como agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente supone identificar los factores que deben ser controlados o tratados para regular el funcionamiento y desarrollo, decidir lo que puede y debería hacerse con relación a regularlos y, finalmente, realizar las actividades de cuidados destinadas a cubrir los requisitos de autocuidado.

Agencia de cuidado dependiente

Se describe como las capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidados terapéuticos de personas socialmente dependientes de ellas, o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

Déficit de Autocuidado

Es la relación que se establece entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado terapéutico, en la que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la agencia de autocuidado, no son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista.

Los déficits de autocuidado se identifican como completos o parciales dependiendo del tipo de limitaciones que se tengan y pueden referirse a uno o varios requisitos de autocuidado. Para identificar el déficit de cuidado se requiere un proceso diagnóstico por parte de la enfermera para determinar la demanda de autocuidado terapéutico del enfermo.

Agencia de Enfermería

Es la característica que capacita a personas para cubrir la posición de enfermera en los grupos sociales. Las competencias y habilidades especializadas para satisfacer los requisitos de autocuidado constituyen la agencia de enfermería, y ésta tiene características profesionales y tecnológicas propias de la enfermería y

habilidades sociales e interpersonales, a partir de experiencias, y les permite ayudar a otros.

TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Sistemas de Enfermería

Son series y secuencias de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras, realizadas en un determinado momento en regulaciones con acciones de sus enfermos, para conocer y cubrir los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidados. El diseño básico de un sistema de enfermería es un sistema de ayuda y se constituye con el conjunto de acciones de la enfermera y el paciente y pueden ser formulados para una persona con demanda de autocuidado terapéutico o para un grupo de personas con demandas de autocuidado o con limitaciones semejantes, y tanto para la agencia de autocuidado como para la agencia de cuidado dependiente.

Sistemas de enfermería totalmente compensadores

Se necesitan cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de su autocuidado debido a su estado de incapacidad /limitación. En este caso, la enfermera actúa en lugar del enfermo tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado.

Sistemas parcialmente compensadores

En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado. El grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente: de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere (tanto si las limitaciones son consecuencia de la situación de la persona, como si se han prescrito), de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica.

Un sistema de enfermería parcialmente compensador puede adoptar cualquiera de las siguientes diferentes formas: que los pacientes realicen medidas para satisfacer requisitos de autocuidado universal y las enfermeras cubran requisitos de desviación de la salud y algunos de autocuidado universal, que los pacientes estén aprendiendo medidas de autocuidado en general.

Sistema de apoyo-educación

Llamado también sistema de apoyo-desarrollo, es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o puede y debería aprender a realizar, medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente pero que no puede hacerlas sin ayuda.

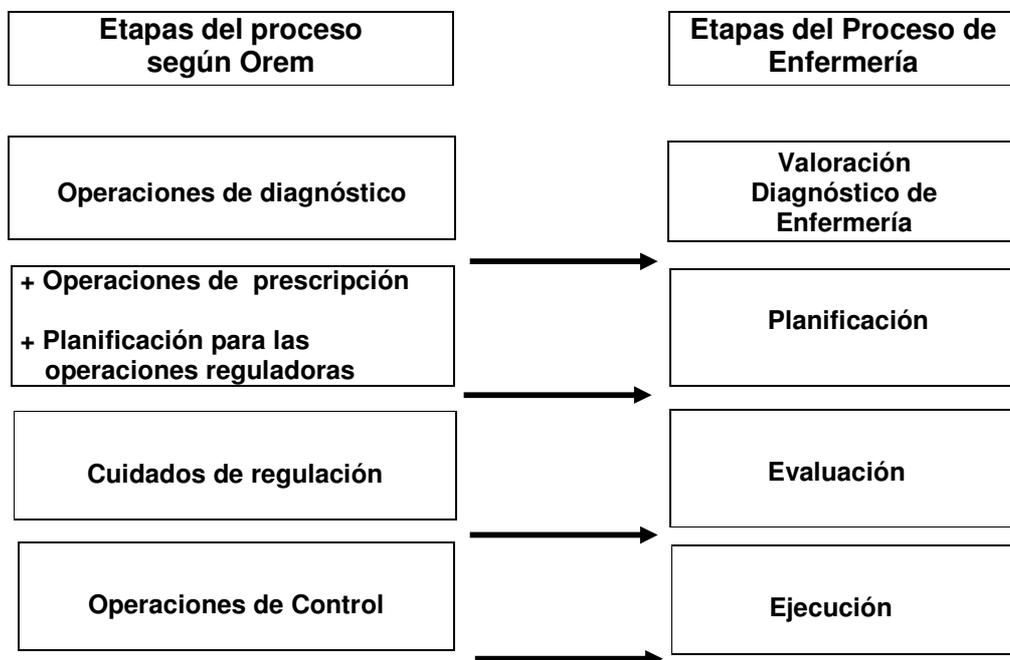
Este sistema es apropiado cuando el paciente puede realizar las medidas de cuidados pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo.

1.7.1 El proceso de enfermería de acuerdo al modelo de Orem

Orem hace su propia propuesta para el desarrollo del PE y consta de las fases de; Operaciones diagnóstico, operaciones de prescripción, planificación de las operaciones reguladoras, cuidados de regulación y operaciones de control. Las diferencias entre el número y nombre de las fases no tienen otro significado que el puramente formal, pues el conjunto del proceso adquiere sentido en su globalidad y en las interrelaciones entre todas las acciones que lo componen.

En la Figura 2 se puede apreciar de manera general la relación entre los elementos del modelo y las etapas del PE.

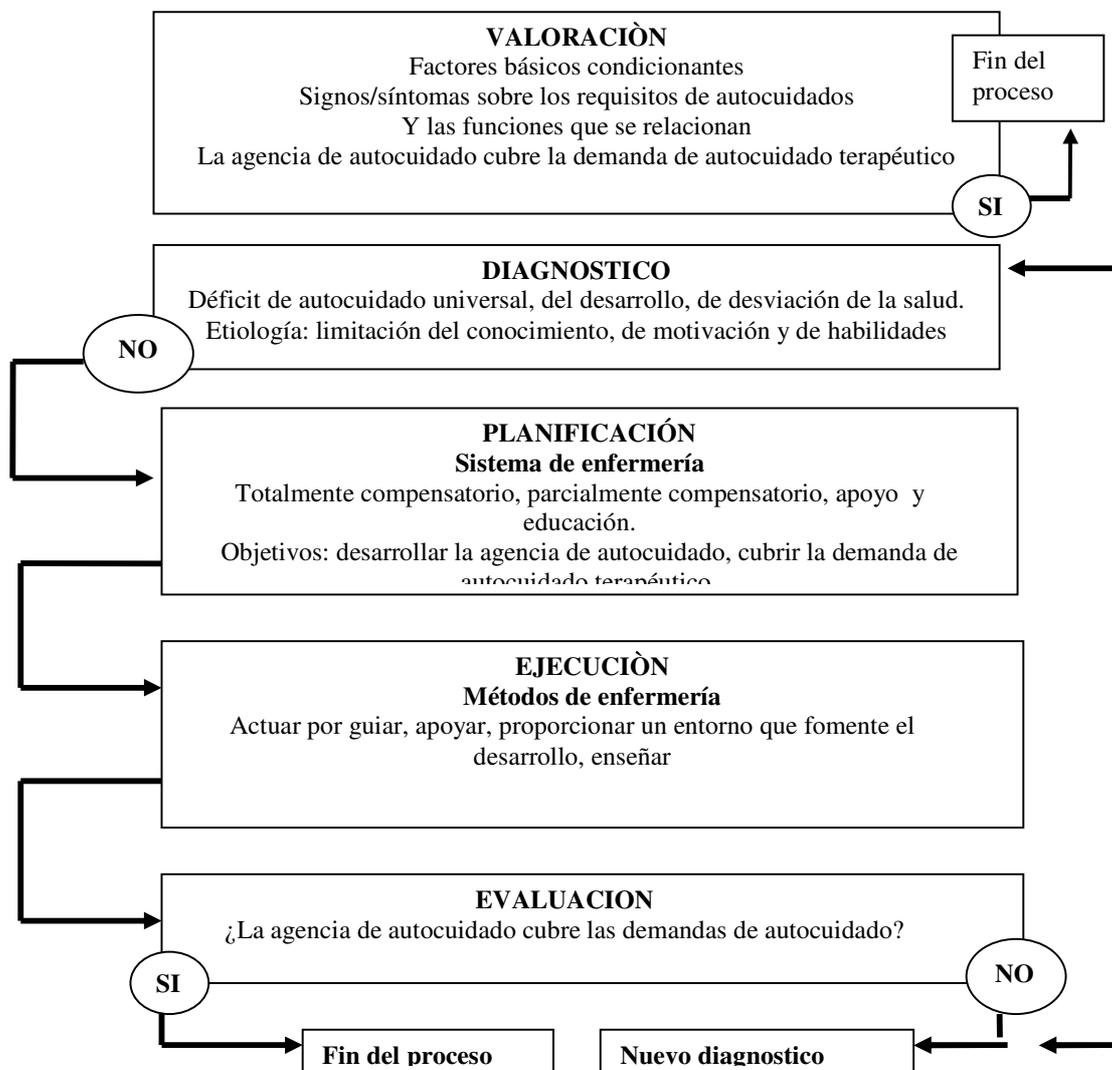
Fig. 2. Relación del modelo de Orem con las etapas del P E



Fuente: Adaptado de BENAVENT, Fundamentos de enfermería. El modelo teórico de Dorotea Orem. p.372

El proceso como tal es el mismo consiste en aplicar en la práctica el método de la ciencia y tiene en ambas propuestas estructurales la misma finalidad: recabar y organizar la información necesaria y fidedigna para determinar las situaciones que requieren de cuidados enfermeros, organizar las actuaciones de manera sistemática para que se produzcan cambios positivos en la situación de necesidad de cuidados de salud de la persona, en la Figura se 3. se presenta la relación de las etapas del PE con los elementos de la teoría de Orem.

Fig. 3. Esquema general del proceso según Orem



Fuente: de BENAVENT, Fundamentos de enfermería. El modelo teórico de Dorotea Orem.

2. Planteamiento del problema

El Plan de Estudios de la FES Iztacala, está articulado a través de una integración en bloques, el primero es estable y el alumno lo cursa obligatoriamente, el bloque flexible se conforma por módulos optativos, que se cursan simultáneamente durante el semestre en horarios contrarios, esto es que los alumnos del turno matutino se continúan con los módulos optativos en el turno vespertino que regularmente son dos días a la semana, y viceversa para los del turno vespertino.

Las bases teóricas de la disciplina están articuladas por los Ciclos de formación, uno de ellos es el Ciclo Básico Específico, este se cursa en el segundo semestre, es donde las/los estudiantes adquieren los conocimientos teóricos de Modelos y Teorías de enfermería y del PE, los cuales dirigen la estructura de los contenidos a los módulos que le continúan. En el tercer semestre los estudiantes tienen un primer acercamiento a la práctica clínica e inician la aplicación del PE en centros hospitalarios y comunitarios.

En el ciclo básico de la profesión el módulo de Enfermería en Salud Reproductiva se cursa en el cuarto semestre, sus contenidos teórico-prácticos se dirigen a la relación enfermera-conocimiento-salud, abordan las etapas de embarazo parto, puerperio y recién nacido fisiológicos y con patologías ginecológicas.

El comienzo de las prácticas de este módulo se desarrolla en unidades de primer nivel que se extienden a la comunidad, donde sus actividades están encaminadas a la detección de riesgo durante la etapa reproductiva. Se elige a

una mujer embarazada para realizar el seguimiento durante la gestación y de ser posible hasta el parto. La práctica hospitalaria se realiza en unidades de segundo nivel a fin de tener oportunidad de brindar atención a la mujer en etapa reproductiva, a través de la aplicación del PE con el Modelo de Dorotea Orem, con su Teoría específica del Déficit de Autocuidado a pacientes ginecológicas y obstétricas durante su estancia en el hospital.

Para integrar los conocimientos adquiridos en el aula sobre el P E, el/la estudiante, elabora un plan de atención a los pacientes en los servicios por los que va rotando, sin embargo, se enfrentan a barreras para la ejecución de éstas actividades programadas, que no les permiten al estudiante la integración de la teoría a la práctica, ya sea por falta de colaboración o desconocimiento del plan de estudios de la escuela por parte del personal de enfermería de los campos clínicos, o desconocimiento sobre la función de tutoría clínica en las enfermeras y las docentes. El objetivo de la práctica clínica, es que el estudiante proporcione atención de enfermería a pacientes reales y en situaciones concretas, pues la clínica constituye el laboratorio donde el alumno aplica los conocimientos básicos en la solución de problemas, con fundamento en el proceso lógico de toma de decisiones a través de la solución de los casos clínicos de las pacientes que eligen para aplicarles el PE , situación particular que para el presente proyecto se pretende hacer evidente a través de la búsqueda del nivel de conocimientos acerca del PE y su integración con la resolución de un caso clínico de una mujer embarazada con la teoría específica del Déficit de Autocuidado de Orem.

Con la presente investigación y de acuerdo a los resultados se podría modificar aspectos metodológicos, en la enseñanza del PAE en el aula, o en la planeación de intervenciones educativas de la teoría en el aula en el módulo de Modelos y Teorías iniciando con la implementación de casos clínicos simulados, o en la práctica clínica o comunitaria del módulo de enfermería en Salud Reproductiva.

Ante el panorama anteriormente descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo integran el conocimiento sobre el proceso de Enfermería en la solución de un caso clínico con el modelo de Orem, los estudiantes de licenciatura que cursan el módulo de enfermería en salud reproductiva en la FES Iztacala?

3. HIPÓTESIS

Se espera que, de acuerdo al modelo de Orem, a mayores conocimientos de los estudiantes sobre el Proceso de Enfermería mejor integración de los conocimientos para la solución de un caso clínico.

4. OBJETIVOS

General:

Identificar en que grado integran el conocimiento del Proceso de Enfermería los estudiantes de pregrado al solucionar un caso clínico con el modelo de Orem en la FES Iztacala UNAM.

Específicos:

- Conocer el nivel de conocimientos teóricos del proceso de enfermería adquiridos en el aula por los estudiantes del cuarto semestre de licenciatura.
- Identificar como integran el conocimiento del proceso enfermero, los estudiantes en un caso clínico con el modelo de Orem.
- Identificar que nivel de asociación existe entre los conocimientos y la capacidad para la solución de casos clínicos en pacientes obstétricas.
- Analizar si existen otras variables intervinientes asociadas a la habilidad para solucionar un caso clínico a través de la aplicación del Proceso de enfermería.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo con la clasificación de Hernández y cols.(2003), fue un diseño no experimental, por que no se manipularon las variables, es un estudio de tipo cuantitativo, transeccional correlacional/causal ya que se pretendió descubrir la relación entre el nivel de conocimientos del /la estudiante de enfermería sobre el PE y su habilidad para resolver un caso clínico con el modelo del déficit de cuidado de Dorothea Orem.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo fue de 134 estudiantes de licenciatura en enfermería, integrantes de 10 grupos del cuarto semestre de enfermería que cursan el módulo de salud reproductiva de la carrera de enfermería ciclo escolar 2005/2 de la FES Iztacala, con 97 estudiantes del turno matutino y 37 del vespertino. El promedio de edad fue de 21 años, la mayoría de los estudiantes son del sexo femenino el 83.6%, el 16.4% son del masculino, y el 89.6% son solteros.

5.3 VARIABLES DE ESTUDIO

Definición conceptual

Conocimiento teórico del Proceso de Enfermería: Es estar consciente de

forma particular e individual de las complejidades de una situación dada y aproximar los saberes (Benoliel, 1987), sobre las cinco etapas del Proceso de Enfermería para darle significado mediante la aplicación de cuidados de Enfermería.

Integración del conocimiento Es la relación entre las experiencias didácticas y el comportamiento ante la realidad, significa ajuste continuo inteligente e interactivo para llevar a cabo el proceso organizado, sistemático y deliberado de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar un caso clínico y poder establecer conclusiones posteriormente (Hopkins, 1996).

Definición operacional

Conocimiento teórico del Proceso de Enfermería: Conocimientos de los conceptos de las cinco etapas y actividades que se realizan para la aplicación del Proceso de Enfermería en las/los estudiantes de Enfermería.

Integración del conocimiento: La integración es un proceso que ocurre únicamente dentro de la/el estudiante, cuando se le proporciona la ocasión para que integre sus diversas experiencias en la solución de un caso clínico. Es decir se toma como base tanto los conocimientos, habilidades y experiencias previas de la práctica clínica, como la adquisición de conocimientos que se consideren más relevantes, asegurando que el alumno los ha retenido de manera significativa.

5.4 PROCEDIMIENTOS

5.4.1 Prueba piloto.

Para medir la integración del conocimiento en la solución de un caso clínico se diseñó un instrumento con un conjunto de reactivos representativos (tipo examen) que se piloteó en su primera versión con 83 estudiantes y en la segunda versión ya reestructurada con 64 estudiantes del cuarto semestre ciclo escolar 20004/2 de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

5.4.2 Procedimiento de recolección de datos.

Este es un aspecto de la investigación en que acude a las fuentes primarias, en este caso fueron los estudiantes a quienes se les aplicó el instrumento a través de encuestas auto administradas, con consentimiento informado y proporcionándoles un tiempo de 45 min. para la lectura y resolución de un caso clínico con el modelo de Orem. El instrumento fue aplicado en los campos clínicos en que realizaban sus prácticas dos semanas antes de terminar el semestre por considerar que para ese tiempo los/las estudiantes ya tuvieran la habilidad y práctica en la aplicación del P E a pacientes obstétricas.

5.4.3 Plan de análisis estadístico

a) Manejo de la base de datos:

Se utilizó el programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 10.0 en inglés para la captura y procesamiento de los datos de la investigación.

Para tal efecto se codificaron las variables: sexo, edad, estado civil, tipo y actividad en el trabajo, promedio parcial de calificaciones, horas y actividades de estudio extraescolar.

Se codificaron calificaciones generales en las dimensiones de conocimiento e integración por separado, quedando en rangos; menos de 55, 60-74,75-84.85 y más.

Posteriormente, se obtuvo media de las calificaciones y porcentaje por cada una de las etapas del Proceso Enfermero (PE), y de los tres modelos teóricos relacionados, que integran la teoría general del modelo de Orem.

b) Análisis descriptivo:

El análisis descriptivo comprendió en primer lugar, el estudio de las características sociodemográficas de la población estudiantil estudiada; y en segundo lugar, la proporción de estudiantes por rangos de calificación general en las dimensiones de conocimiento e integración, así como por cada uno de sus componentes por separado.

c) Análisis inferencial:

Para el análisis comparativo por características sociodemográficas y su relación con el conocimiento del Proceso Enfermero e integración en la solución de un caso clínico con el modelo de D.Orem, se utilizaron las pruebas *t* de Student para observar diferencias en las medias en variables dicotómicas independientes y ANOVA (Análisis Factorial de varianza) en variables independientes de tres o más grupos.

5.5 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

5.5.1 Descripción del instrumento

Es un instrumento que está conformado por un conjunto de reactivos representativos (tipo examen) y contiene tres secciones:

Sección I

Esta sección contiene datos demográficos de los estudiantes como son los siguientes: sexo, edad, estado civil, trabajo, actividad en el trabajo, horas dedicadas al estudio, hábitos de estudio y promedio parcial.

SECCIÓN II

La segunda sección contiene reactivos sobre el conocimiento del Proceso de enfermería, cuenta con 21 ítems de opción múltiple (5) tomando como dimensiones las etapas del P E, con 6 para Valoración, 3 para Diagnóstico de enfermería, 4 para Planeación, 5 en Ejecución y 3 para la Evaluación.

SECCIÓN III

Se trata de la presentación de un caso clínico multietapas (se desarrolla en varias fases para llegar a una solución a base de respuestas múltiples y determinadas), Correa, (2001). Describe 2 consultas prenatales, en el servicio de enfermería materno Infantil sobre la valoración de la mujer embarazada con el modelo de Orem.

Esta sección, consta de 24 ítems de opción múltiple (5) y contiene los elementos del modelo de Orem que se relacionan con cada etapa del P E, con 9 preguntas sobre Factores básicos condicionantes, 5 de Requisitos universales de autocuidado, 6 para los sistemas de enfermería y 4 para diagnósticos de enfermería (operaciones diagnóstico).

5.5.2 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Determinación de la confiabilidad.

Para confirmar la confiabilidad y validez de construcción, los resultados de las 2 pruebas piloto se sometieron al procedimiento de coeficiente de correlación ítem-ítem total, enfrentando el valor de cada ítem con el resto de ítems, para eliminar aquellos que presentaran baja correlación $< .20$.

La fiabilidad se determinó utilizando el método de dos mitades, estimándose la auto correlación con el coeficiente de Spearman-Brown aceptando los que obtuvieran un coeficiente $> .600$.

Se procesaron tablas de contingencia o tabulación cruzada con los altos y

bajos de las respuestas incorrectas y correctas de los 50 ítems, para la discriminación de los ítems.

Determinación de la validez de contenido

Con ciertos instrumentos, la validez depende principalmente de la correcta adecuación con la que se haya muestreado un dominio específico de contenido; los valores determinan la importancia de los diferentes tipos de contenidos, Nunnally, (1998). Para asegurar la validez del contenido se utilizaron dos métodos: 1) revisión bibliográfica sobre teoría de los test y teoría psicométrica y 2) consenso de ideas de profesoras expertas en PE y el modelo de Orem.

En el consenso de los expertos referente a qué tan representativas eran las preguntas del instrumento con el universo de preguntas que se plantearon sobre el área de conocimientos del PE, y las del caso clínico de la embarazada, se entregó el instrumento a profesoras con maestría en educación y expertas en el proceso de enfermería y/o en el modelo de Orem, a quienes se les solicitó de acuerdo con lo propuesto por Nunnally, (1998), que consideraran cada reactivo por su adecuación, su dificultad aparente y su claridad, y que en caso de faltar alguna área o dimensión indicaran cual y propusieran el faltante en dicha área o dimensión.

Se les solicitó además a los expertos que evaluaran la pertinencia de cada ítem con el procedimiento propuesto por Polit (2000) que consiste en una escala de 4 puntos distribuidas de la siguiente manera: 1 = no pertinente. 2= baja pertinencia. 3 = pertinente. y 4 = muy pertinente, y que posteriormente le dieran el

índice de Validez de Contenido al instrumento con un porcentaje del total de reactivos que obtuvieron una puntuación de 3 o 4. El consenso sirvió para depurar y reestructurar los ítems iniciales.

Se aplicó la segunda prueba piloto con las correcciones y reestructuraciones de los ítems con base a las aportaciones y las calificaciones de pertinencia proporcionadas por las maestras expertas, cuyos resultados fueron sometidos a los mismos procedimientos estadísticos que el primer piloto.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar la recolección de datos de este estudio, se consultó la Ley General de Salud (1998) en materia de Investigación para la Salud en el Título II, capítulo 1, artículos 13,16 y 100, que a la letra dicen:

Art. 13 “Toda la investigación en que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”.

Art. 16 menciona que “se protegerá la privacidad de los individuos sujetos a investigación, por lo que los instrumentos serán manejados respetando el anonimato y confidencialidad de los datos que arrojen”.

En estos artículos se insta a respetar la *Autonomía*: al aplicarle los cuestionarios a las/los estudiantes, no se les solicita que anoten su nombre sólo datos

generales, para que tengan la seguridad de que los resultados de las respuestas no van a ser dados a conocer a personas ajenas a la investigación. Y la *Confidencialidad* fue respetada al informarles que les sería asignado un número de folio para determinar la muestra, que los cuestionarios serían destruidos después de la investigación y la información es solamente para los fines del estudio.

Art.100 párrafo IV. Declara que se deberá contar con el consentimiento libre e informado, por escrito del sujeto a quien se le realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud.

Aspectos relacionados a los trámites para la aplicación del instrumento para las dos pruebas piloto:

- 1.- Se entregó una solicitud de aplicación de piloteo a la jefatura de control de Alumnos de la Carrera de Enfermería de la FES Iztacala, proporcionando los siguientes datos: Motivo de la investigación, problema a investigar, semestre, los turnos y número de grupos a quienes se les aplicaría.
- 2.- Además se entregó una copia del instrumento a la coordinadora de módulo y una a cada profesora de los grupos a quienes se les aplicaría el instrumento.
- 3.- Se concertaron citas con cada profesora acordando; día, campo clínico y hora para la aplicación del instrumento a las/los estudiantes.

6. RESULTADOS

6.1 Descripción de la población.

Se estudió un universo de 134 alumnos. La distribución de estudiantes por grupos escolares fue similar, excepto para el grupo 2453 donde se encontró un número de 8 alumnos, aproximadamente un tercio y la mitad de la cantidad de alumnos en otros grupos, como se puede observar en el Cuadro 1.

CUADRO 1

Distribución de grupos de los estudiantes

Variable	N	%
Grupo de clase		
2401	13	9.7
2402	15	11.2
2403	12	9.0
2404	16	11.9
2405	13	9.7
2406	14	10.4
2407	14	10.4
2451	15	11.2
2452	14	10.4
2453	8	6.0
Total	134	100

Características sociodemográficas de las/los estudiantes.

La mayoría de los alumnos pertenece al sexo femenino, 83.6% (112) y 16.4% al masculino (14), el 54.5% (73) de los estudiantes tiene 21 años de edad o menos, el 8.2% (11) tiene más de 24 años, La media de las edades fue de 21.1 y

la DE de 2.69. Referente al estado civil el 89.6% (120) es soltera/o y el restante 10.4% (14) es casada/o (Cuadro 2).

CUADRO 2

Características sociodemográficas de los estudiantes

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	112	84
Masculino	22	16
Total	134	100
Edad		
18 - 19	25	19
20 - 21	73	54
22 - 23	25	19
24 o +	11	8
Total	134	100
Estado civil		
Soltera/o	120	90
Casada/o	14	10
Total	134	100

Actividad laboral de los estudiantes

La mayoría de estudiantes, 80.6% (108), no trabaja, de los que trabajan, 19.4% (26), una tercera parte aproximadamente 34.6% (9) trabaja en el área de salud. De estos últimos, 55.6% (5) labora en el campo de la enfermería (Cuadro 3).

CUADRO 3
Características sociodemográficas
de las/los estudiantes

Variable	N^a	%
Trabaja		
Si	26	19
No	108	81
Total	134	100
Lugar de trabajo		
Área de salud	9	35
Otros	17	65
Total	26	100
Actividad en área de salud		
Enfermería	5	56
Otros	21	44
Total	26	100

Promedio parcial

Con relación al promedio parcial obtenido durante los semestres anteriores al cuarto, el 59.7% (80) alcanzó de 8.5 a más de calificación, el restante, 40.3% (54), tenía menos de 8.5.

El 68.7% (92) refirió que estudiaba de dos a tres horas diarias extraclase, 18.7% (25) no estudiaba o el tiempo dedicado a ello era una hora o menos. El 12.7% (25) le dedica al estudio cuatro horas o más.

En sus horas de estudio, el 38.8% (52) se dedica a estudiar sus apuntes y el resto 61.2% (82) a otras actividades como sacar resúmenes de libros, cuadros sinópticos, acudir a la biblioteca, entre otras (Cuadro 4).

CUADRO 4
Promedio parcial, horas y actividades
extraescolares de los estudiantes

Variable	N	%
Promedio parcial		
7.0 - 8.4	54	40
8.5 - 10.0	80	60
Horas de estudio extraescolar		
0 a 1	25	19
2 a 3	92	69
4 o +	17	12
Actividades de estudio extraescolar		
Leer apuntes	52	39
Otras actividades	82	61

6.2 Análisis descriptivo.

Comparación de las dimensiones de conocimientos e integración en las/los estudiantes.

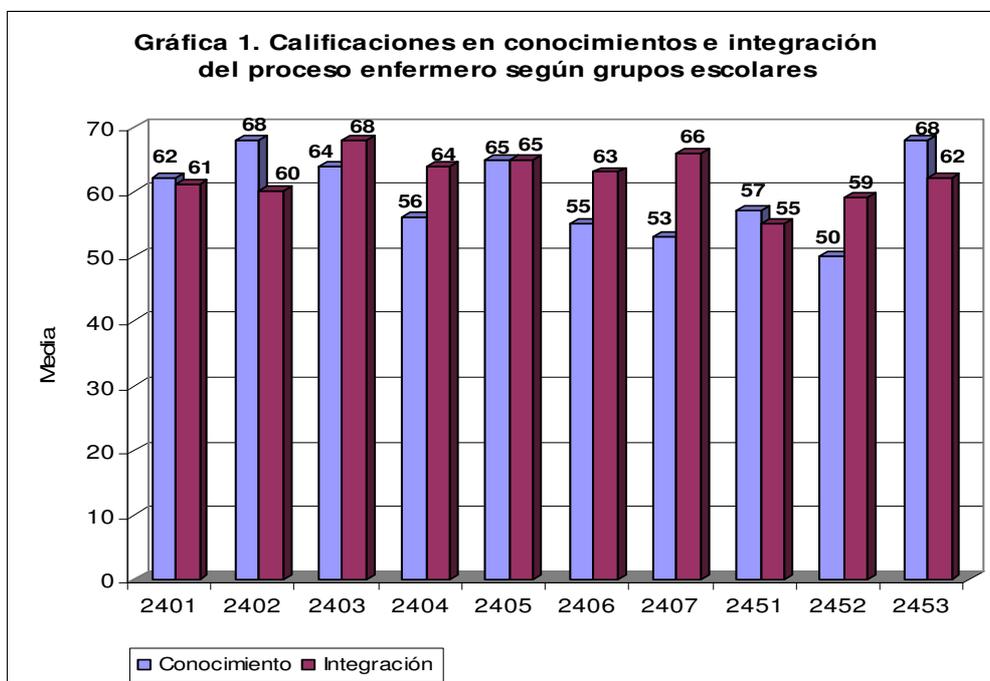
En el cuadro 5 se puede observar las calificaciones generales en las dimensiones de conocimiento del proceso enfermero e integración en la solución del caso. El 31.0% (42) obtuvo un promedio menor a 60 de calificación en la dimensión de conocimiento, 44.0% (59) obtuvo un promedio entre 60 y 74, el 19.0% y 5.0% obtuvieron un promedio superior.

En la dimensión de integración el 43.0% (57) obtuvo un promedio menor a 60, y el 36.0% (49) corresponden al rango de 60 a 74, el 27.0% fueron de calificación superior.

CUADRO 5
Calificaciones generales según dimensiones del conocimiento e integración del proceso enfermero.

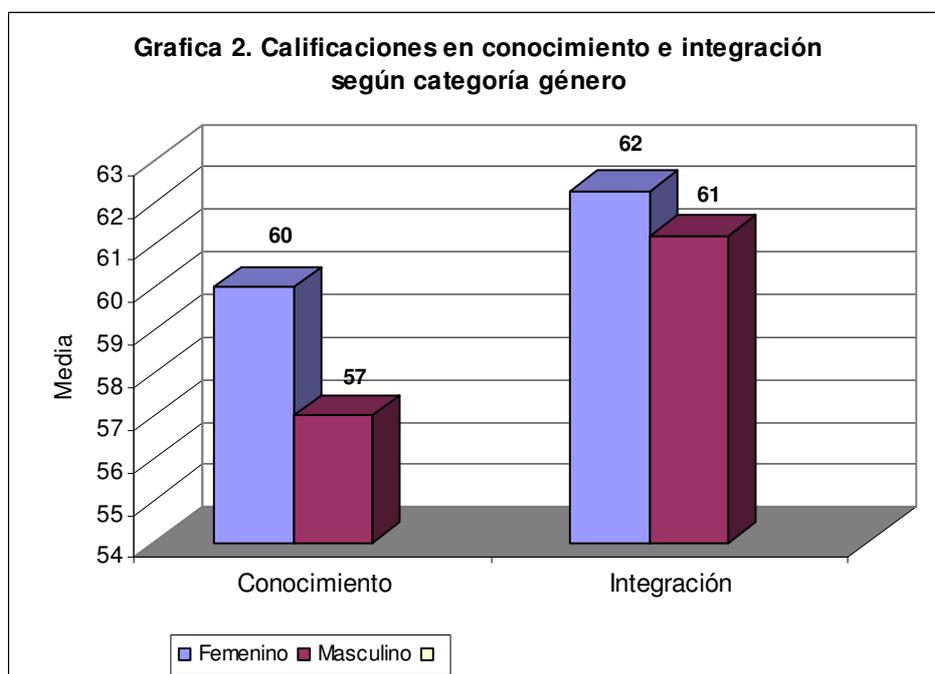
Conocimiento general del PE			Integración en la solución del caso		
Calificación	N	%	Calificación	N	%
Menos 55	42	31.0	Menos 55	57	43
60 a 74	59	44	60 a 74	49	36
75 a 84	26	19	75 a 84	27	20.0
85 a más	7	5	85 a más	1	0.7

En la gráfica 1 podemos observar los resultados del análisis estadístico con la prueba ANOVA, mediante la cual se trató de probar si existen diferencias entre los grupos escolares por promedio en el área de conocimiento hallando diferencias significativas ($F= 2.249$, $p= .023$), se encontró que el grupo 2401 mostró la media aprobatoria más baja que fue de 62, y los grupos 2402 y 2453 la media de calificación más alta (68). En la variable de integración de los conocimientos del modelo de D. Orem no se encontraron diferencias significativas ($F= 1.353$, $p= .217$) el grupo 2402 presentó la media aprobatoria mínima de 60, y como máxima aprobatoria con 66 y 68 los grupos 2407 y 2403 respectivamente lo que quiere decir que las/los estudiantes tienen menor nivel académico en la integración del conocimiento al resolver casos clínicos.



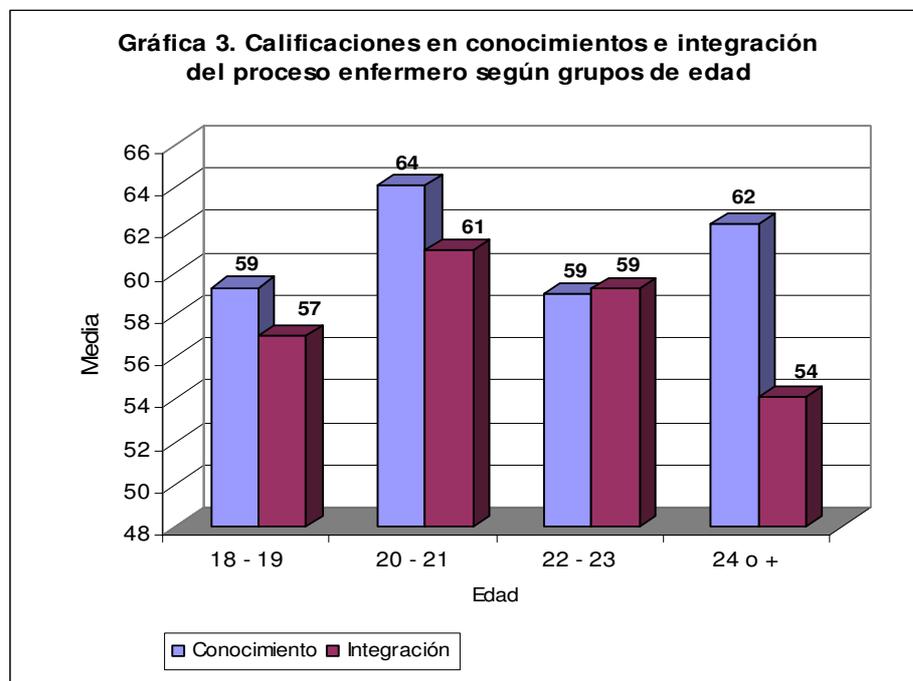
	F	gl	p
Conocimiento	2,249	9	.023
Integración	1.353	9	.217

En la gráfica 2. se muestran los resultados de la prueba de *t* de Student en relación a el género de los alumnos y la media en conocimientos del PE, se encontraron varianzas iguales, no encontrando diferencias significativas en conocimientos entre el tipo de sexo de las/los estudiantes ($t= .610$, $gl= 132$ $p= >0.05$). Como puede observarse en la gráfica las medias entre el sexo femenino y el masculino fue de sólo 2 puntos de diferencia, 60 y 62 respectivamente, no hubo tampoco diferencias entre los sexos en la integración de los conocimientos del modelo de D. Orem ($t= .353$, $gl = 132$, $p= >0.05$) se encontraron en el femenino la media de 57 mientras que el masculino fue de 6. Referente a las varianzas también fue igual lo que permite aceptar la H_0 .



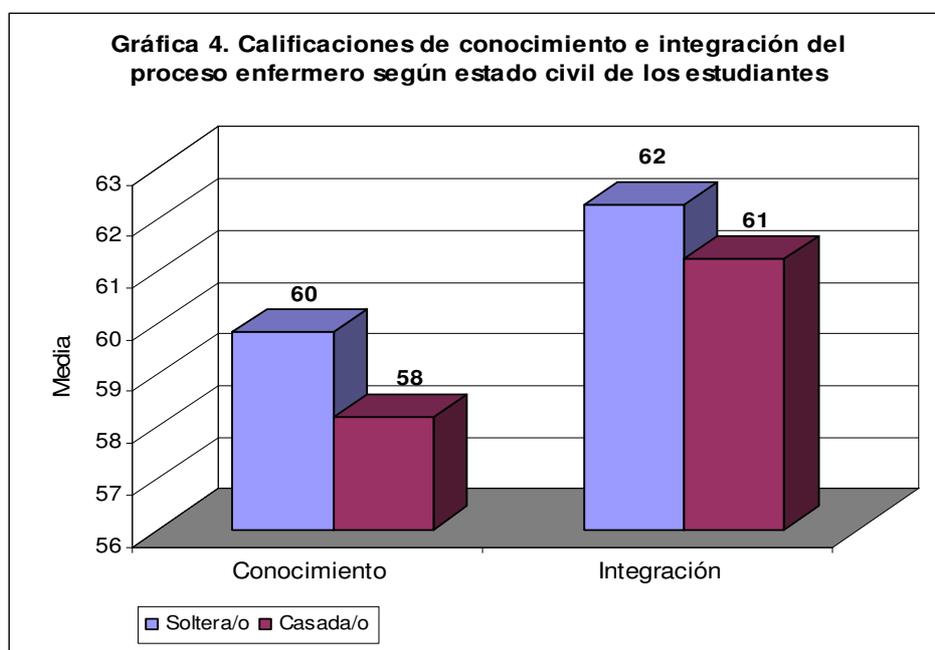
	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Conocimiento	.610	132	.546
Integración	0.353	132	.725

La edad de los estudiantes (gráfica 3) que predomina es de 20 a 21 años y es en esta edad en la que la media aprobatoria de 64 también impera en el área de conocimientos, le siguen los estudiantes de 24 y más años con una media de 62, las más bajas fueron en las edades de 18 a 19 y de 22 a 23 con media de 59 en ambos grupos de edad. En la prueba de ANOVA (gráfica 3) no se encontraron diferencias significativas ($F=.617$, $gl= 3,130$, $p= > 0.05$). En lo concerniente a la integración de los conocimientos del modelo de D. Orem sólo hubo una media aprobatoria en la edad de 20 a 21 años con 61, y en la prueba estadística ANOVA tampoco hubo diferencia significativa ($F= 1.543$, $gl= 3, 130$, $p= >0.05$), por lo tanto se acepta la H_0 .



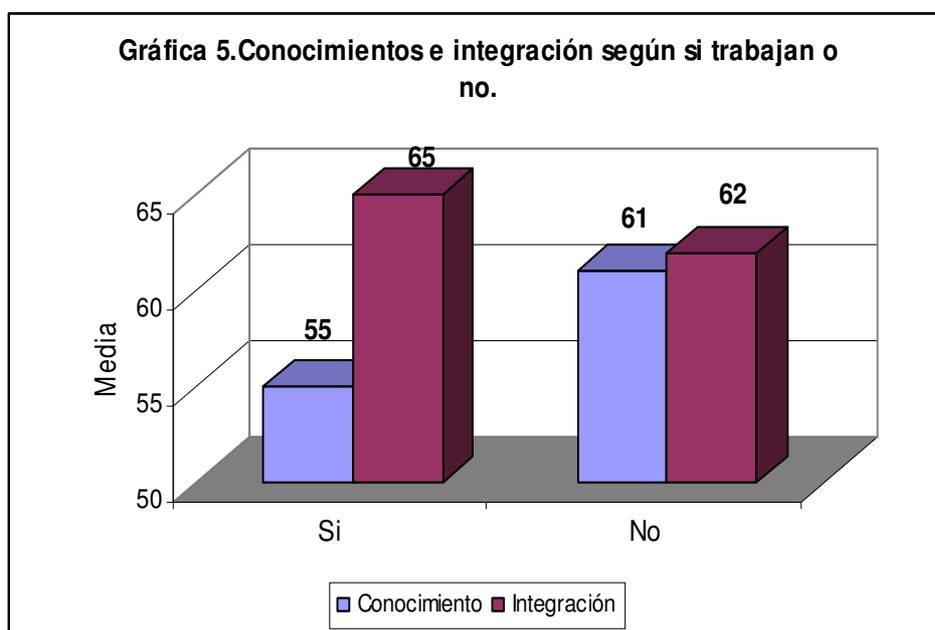
	F	gl	p
Conocimiento	.617	3, 130	.605
Integración	1.543	3, 130	.207

Los resultados de la prueba de *t* de Student en relación al estado civil de las/los estudiantes los conocimientos del PE, se encontraron varianzas iguales. Como puede observarse en la Gráfica 4, no se encontraron diferencias significativas en conocimientos entre el tipo de estado civil de las/los estudiantes ($t= .846, gl= 132 p= > 0.05$), las casadas presentaron una media de 60 y las solteras de 62, solo una diferencia de 2 puntos, lo que muestra que están dentro de las calificaciones aprobatorias que corresponden al nivel de suficiente. La integración de los conocimientos del modelo de D. Orem, mostró que no hay varianzas iguales, y en la prueba estadística ($t= .334, gl= 132 p= > 0.05$), la media de 61 corresponde a las casadas, y las solteras con una media de 58 que corresponde a calificación reprobatoria. Por lo tanto no se encontraron diferencias significativas y la H_0 se acepta y se afirma que el nivel de conocimientos en relación al estado civil es igual.



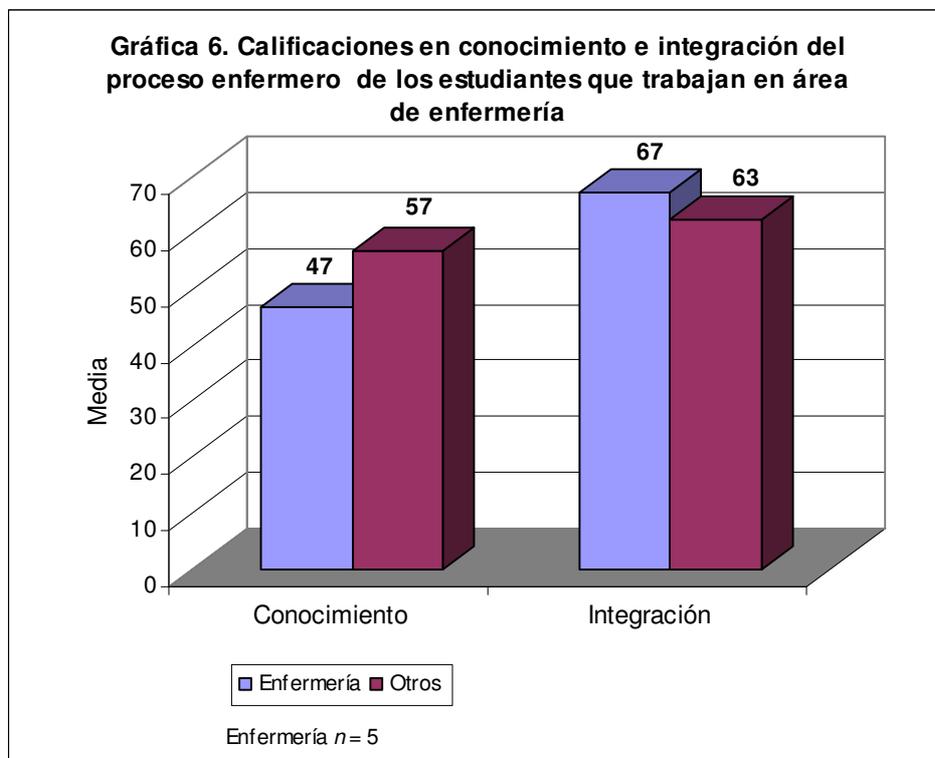
	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Conocimiento	.846	132	.399
Integración	.334	132	.739

Los estudiantes que trabajan sólo son 26 (Gráfica. 5) y corresponden al 19.4% de los 134 estudiantes del universo estudiado, en la relación de los conocimientos con los estudiantes que trabajan no se encontró significancia en la prueba de *t* de Student ($t = -1.334$, $gl = 132$, $p = > 0.05$), presentando el grupo de los que no trabajan una media de 61, la cual es aprobatoria, pero se considera como suficiente. Respecto a la integración el conocimiento del modelo de D.Orem, los que trabajan presentaron una media de 65 y los que no trabajan la media fue de 62, ambas se consideran también dentro del nivel de suficiente, tampoco se encontró significancia ($t = .907$, $gl = 132$, $p = > 0.05$), y las varianzas fueron iguales en ambas variables, lo que nos lleva a aceptar la H_0 .



	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Conocimiento	-1.334	132	.185
Integración	.970	132	.334

La relación que guarda el campo de trabajo en que se desenvuelven las/los estudiantes con el conocimiento del PE se muestra en la Gráfica 6, sólo son 5 estudiantes los que trabajan en el área enfermería y 21 en otras. En la prueba estadística de *t* de Student los hallazgos fueron que no se halló significancia ($t = -1.213$, $gl = 24$, $p = > 0.05$), en los conocimientos del PE, mostrando una media de 47 en los que trabajan en el área de la salud al igual que en los que trabajan en otras áreas con 57, estas medias corresponden a calificaciones reprobatorias. La integración de los conocimientos del modelo de D.Orem. mostró que no hay varianzas iguales, y en la prueba estadística ($t = .383$, $gl = 24$, $p = > 0.05$), las calificaciones de los que trabajan en el área de enfermería corresponden a la media de 67 y en los que trabajan en otras áreas es de 63, estas calificaciones son aprobatorias pero en el nivel de suficiente. En lo que respecta a los conocimientos y la integración no se encontraron diferencias significativas en los que trabajan en área de enfermería y los que no lo hacen, por lo tanto la H_0 se acepta.

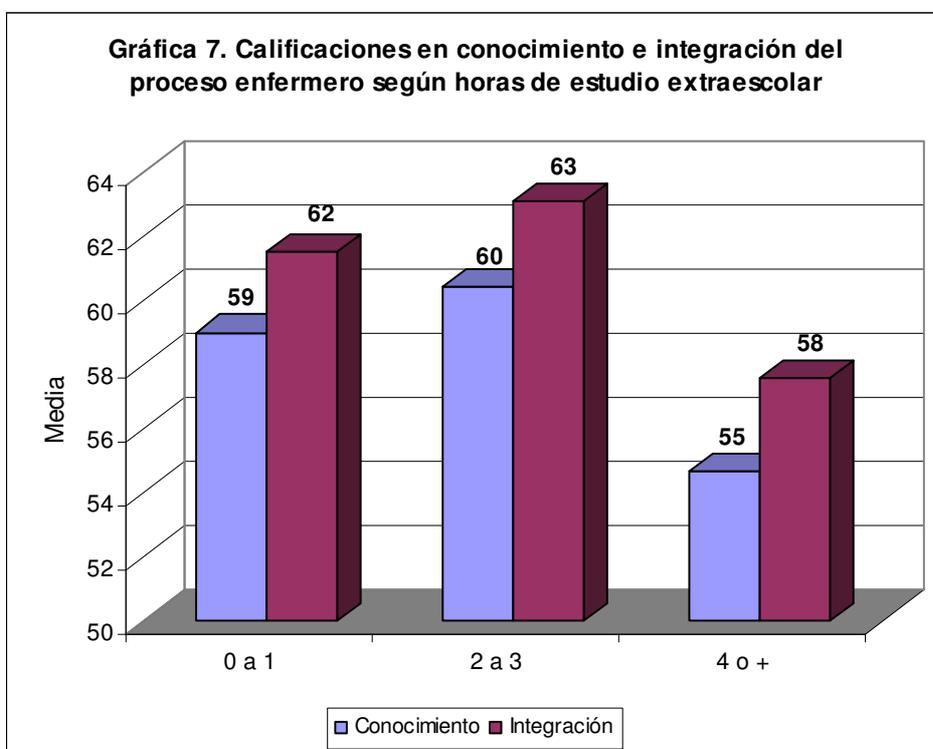


	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Conocimiento	1.213	24	.237
Integración	.383	24	.713

En la Gráfica 7, se muestran los resultados de la prueba ANOVA, en relación a los conocimientos y el tiempo extra escolar que dedican las/los estudiantes a estudiar para sus exámenes o para presentar sus exposiciones en clase, entre estas dos variables no se encontraron diferencias significativas ($F=.674$, $gl= 2,131$, $p= > 0.05$).

La media más alta que se presentó fue de 60 en los estudiantes que dedican de 2 a 3 horas para estudiar sobre el PE fuera de sus horarios de clase. Respecto a la integración en la revolución del caso clínico y las horas extraclase

no se encontraron diferencias significativas ($F=.636$, $gl= 2,131$, $p= > 0.05$), las medias fueron aprobatorias dentro del nivel de suficiente, en las horas de 0 a 1 con una media de 62 de 2 a 3 con 63, son las horas que dedican las/os alumnos a estudiar el modelo de D.Orem. extra clase, por lo tanto se rechaza la H_0 , entonces el nivel de conocimientos en relación a la integración de acuerdo al número de horas de estudio extraclase es diferente.

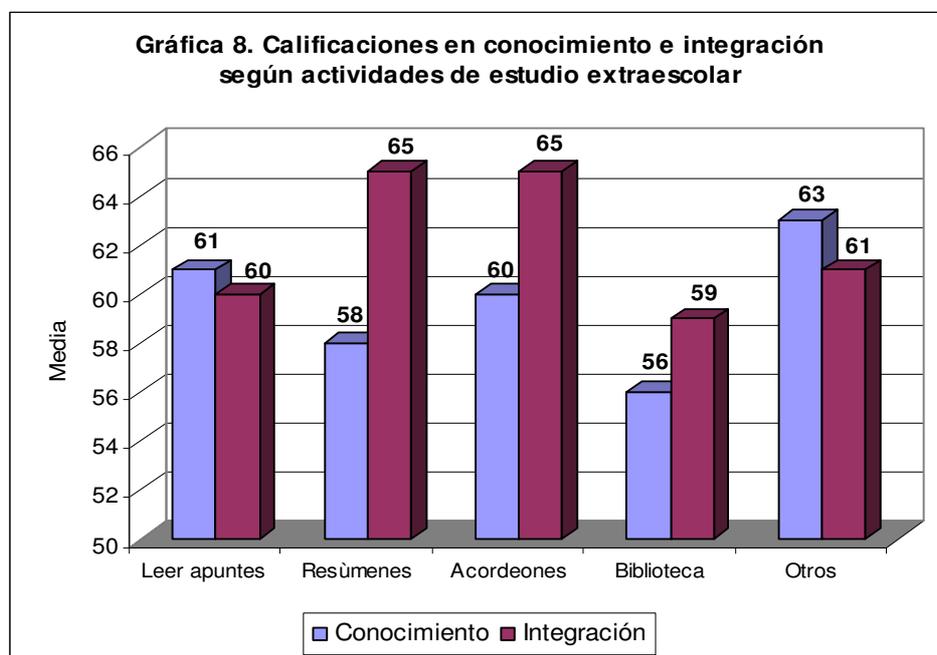


	F	gl	p
Conocimiento	.674	2,131	.511
Integración	.636	2,131	.389

Las diferentes actividades a las que recurren las/os estudiantes para estudiar extra clase se muestran en la Gráfica 8. Al aplicar la prueba de ANOVA para ver si existían diferencias entre los conocimientos del PE y las actividades de

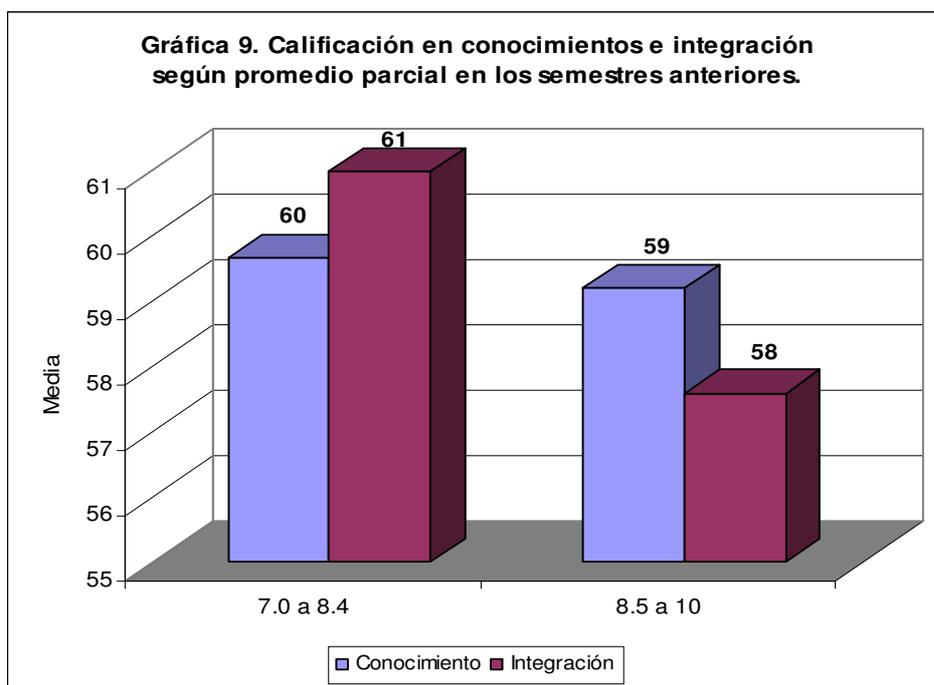
estudio no se encontró significancia estadística ($F=.525$, $gl= 4,129$, $p= > 0.05$), las medias que se encontraron fueron de 63 para las marcadas como “otros”, las correspondientes a leer apuntes dieron una media de 61, la de acordeones una media de 60. Para ver la integración en relación a las actividades de estudio extraescolar sobre el modelo de D. Orem, en la prueba estadística no hubo diferencia ($F= 1.142$, $gl= 4,129$, $p= > 0.05$), las medias que dieron fueron de 65 en las actividades de hacer resúmenes y acordeones, 60 para leer apuntes y 61 para otras actividades no especificadas.

La significancia de la prueba F es menor a 0.05 por lo que se rechaza la H_0 , entonces no hay diferencias entre conocimiento e integración relacionadas con las actividades de estudio extra clase.



	F	gl	p
Conocimiento	.525	4,129	.717
Integración	1.42	4,129	.340

En la Gráfica 9. se presentan las medias y la prueba *t* de Student de los promedios parciales (acumulado de los semestres anteriores al cuarto) de las/los estudiantes y su asociación con los conocimientos del PE, en la prueba estadística no se encontró diferencia significativa ($t = -.623$, $gl = 132$, $p = > 0.05$), las media que se dieron fueron para el promedio de 7.0 a 8.4 fue de 60, en el promedio entre 8.5 a 10 fue de 59. en la integración del conocimiento del modelo de D.Orem , no hubo diferencia significativa ($t = -.713$, $gl = 132$, $p = > 0.05$), las medias encontradas fueron en los promedios entre 7.0 y 8.4 de 61, y en el de 8.5 a 10 fue de 58. Dado que no se encontraron diferencias en el nivel de conocimientos y los promedios no se puede rechazar la H_0 .



	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Conocimiento	-1	132	0.534
Integración	0.713	132	0.477

En el cuadro 6, se observan las calificaciones de los componentes por dimensión, en la de conocimiento, las etapas con promedio global superior a 60, fueron en primer lugar la etapa de evaluación con 77.0%, la de planeación con 75.0%, ejecución el 74.0% siguiéndole la de valoración con 69.0%, y por último el diagnóstico de enfermería con 65.0%. En las dimensiones de integración correspondientes al modelo de Orem en el caso clínico, el componente con mayores calificaciones aprobatorias fue el de los factores condicionantes con un 71.0% le siguen los sistemas de enfermería con 69.7%, los requerimientos universales corresponden al 66.7%, y los promedios más bajos fueron en el diagnóstico enfermero con el 58.0%.

CUADRO 6

Conocimiento e integración del proceso enfermero y sus componentes.

Etapas del PE			Modelo de Orem.		
Calificación	N	%	Calificación	N	%
			Factores condicionantes		
			Menos 55	39	29
			60 a 74	39	29
			75 a 84	28	21
			85 a más	28	21
Valoración			Requerimientos universales		
Menos 55	41	31	Menos 55	44	33
60 a 74	43	32	60 a 74	67	50
75 a 84	34	25	75 a 84	22	16
85 a más	16	12	85 a más	1	0.7
			Diagnóstico enfermero		
Diagnóstico			Menos 55	57	42
Menos 55	46	35	75 a 84	68	51
60 a 74	76	57	85 a más	9	7.0
85 a más	12	8			
			Sistemas en enfermería		
Planeación			Menos 55	41	30
Menos 55	34	25	60 a 74	72	54
75 a 84	76	57.0	75 a 84	20	15
85 a más	24	18	85 a más	1	0.7
Ejecución					
Menos 55	31	23			
64 a 74	74	52			
75 a 84	24	18			
Evaluación					
Menos 55	30	22			
60 a 74	81	60			
85 a más	23	17			

RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE CONOCIMIENTOS DEL PROCESO ENFERMERO Y EL MODELO DE D. OREM.

Al analizar estadísticamente para ver la relación con la prueba de Coeficiente de Relación de Pearson, entre el nivel de conocimientos del PE y la integración del modelo de D.Orem al solucionar un caso clínico no se encontró asociación lineal estadísticamente significativa, entre la valoración y los factores condicionantes, igual fue en las demás etapas del PE y los tres modelos teóricos relacionados que integran la teoría general del modelo de Orem, en las únicas variables que se encontró asociación lineal estadísticamente proporcional, fue en la valoración y los requisitos universales ($r_p = 186$, $p = .05$) que se puede observar en la figura 2.

Fig. 1. Relación entre los puntajes de Valoración y Factores Condicionantes Básicos

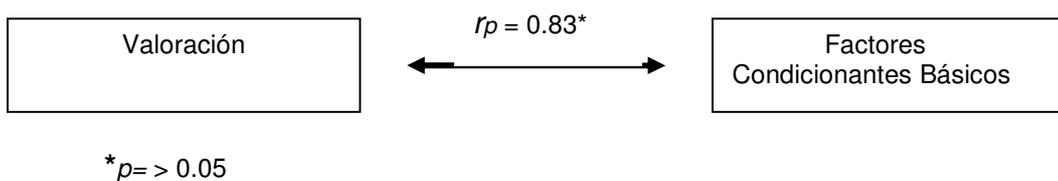


Fig. 2. Relación entre los puntajes de Valoración y Requisitos Universales

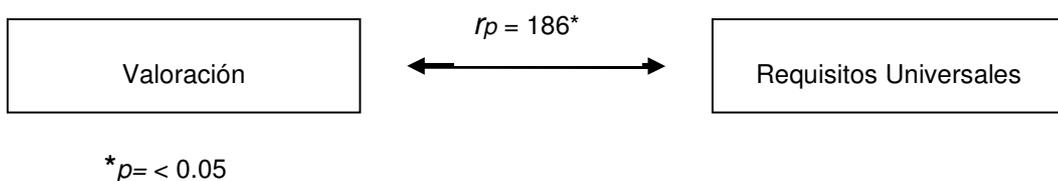
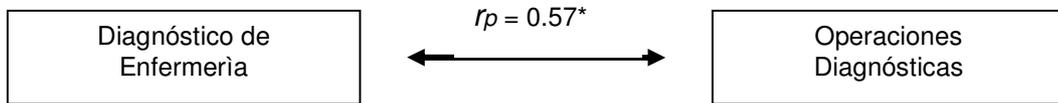
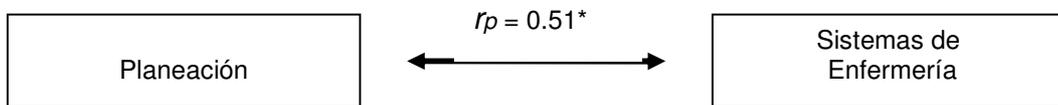


Fig. 3. Relación entre los puntajes de Diagnóstico de enfermería y Operaciones Diagnósticas



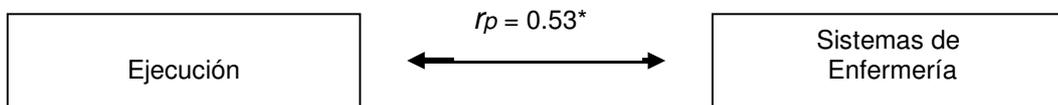
* $p = > 0.05$

Fig. 4. Relación entre los puntajes de Planeación y Sistemas de Enfermería



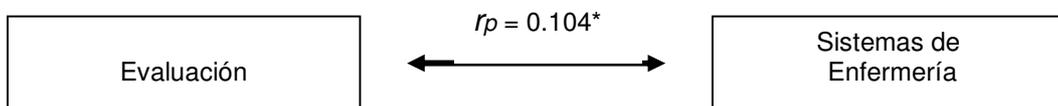
* $p = > 0.05$

Forma 5: Relación entre los puntajes de Ejecución y Sistemas de Enfermería



* $p = > 0.05$

Fig. 6. Relación entre los puntajes de Evaluación y Sistemas de Enfermería



* $p = > 0.05$

7. DISCUSIÓN

7.1 Interpretación y discusión de los resultados

En la formación del profesional de enfermería, la educación debe plantear el desarrollo de procesos cognitivos, que les permitan responder no sólo a lo “que hay que cuidar”; es necesario que a través del proceso educativo se haga propio el pensar y actuar del estudiante, los elementos esenciales del cuidado, que les facilite aprender las actitudes que son primordiales para realizarlo.

Lo anterior se logra a través de la metodología de investigación clínica para los profesionales de enfermería que es el Proceso de Enfermería que sirve para enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al aprendizaje al quehacer profesional, cuyo núcleo principal es el cuidado.

Por otra parte las instituciones que se comprometen con la enseñanza de enfermería, están obligadas a utilizar el campo de práctica y la metodología que más caracteriza a los profesionales que de ellas egresan, y los docentes deben permitir y promover en la/el estudiante el fortalecimiento de los conocimientos de enfermería, para así lograr que los reafirme, identifique y reconozca con el objeto de llevarlos a la práctica.

Sin embargo en el aprendizaje de las/los estudiantes, también influyen otras variables de tipo social, al respecto Bourdieu y Passeron (1985) sostienen que una de las principales diferencias entre los estudiantes, radica en su origen social, para estos autores el origen social es, indudablemente aquel cuya influencia en el

medio estudiantil se hace sentir con más fuerza. Si bien los estudiantes coinciden en la tarea común de estudiar, no por ello se puede concluir que adquieran las mismas experiencias y habilidades, aún menos una experiencia colectiva.

Comparación de las dimensiones de conocimientos e integración en las /los estudiantes

En esta investigación se presentan los resultados de la forma en que se asocian el conocimiento del PE y la integración del modelo de D. Orem, con las características sociodemográficas de las/los estudiantes.

Promedios globales en conocimientos e integración por grupos

Referente a los hallazgos de las calificaciones obtenidas por las/los estudiantes respecto a los conocimientos globales del PE, éstas no fueron muy altas en la escala (68), sólo cinco grupos presentaron promedios de calificaciones aprobatorias entre 62 y 68 como máxima, esto puede deberse quizás a la diversidad en la bibliografía sugerida o utilizada por los docentes ya que con el inicio del nivel licenciatura fue necesario aumentar la plantilla de profesoras, quienes proceden de diferentes escuelas y aunque a todas se les dieron cursos de actualización sobre modelos y teorías ésta pudo haber sido una variable, que por no ser motivo de la investigación, no se estudió, otra causa que pudo haber influido es debido a que aunque las/los estudiantes en el tercer semestre tienen práctica clínica y en ella aplican por primera vez el PE en pacientes reales, puede ser que el tiempo no fue suficiente para reafirmar sus conocimientos sobre todo

los conceptos, y el modelo que aplicaron fue el de Virginia Henderson. En los promedios referentes a conocimientos sobre el modelo de D.Orem fueron 8 los grupos que presentaron calificaciones entre 61 y 68, otra variable que pudo haber influido en esta diferencia, es que el modelo de Orem lo estaban aplicando en su práctica clínica en el semestre que llenaron el instrumento además el modelo que aplicaron en el semestre anterior al que cursaban cuando se les aplicaron los cuestionarios, fue el de Virginia Henderson. Por otra parte en este módulo, sucede lo mismo que con el módulo de Modelos y Teorías tocante al ingreso de profesoras nuevas.

Género y conocimientos e integración

Concerniente a la relación del conocimiento con el género predominaron las calificaciones aprobatorias en el femenino, pero posiblemente se debió a que el mayor número de estudiantes son mujeres (73). Aunque es sabido que la carrera de enfermería es de origen femenino; en los últimos años se han incorporado los hombres a pesar de estar tipificada como una profesión “para las mujeres” junto con las carreras de trabajo social y pedagogía. También es importante mencionar que Bartolucci (2000), plantea que generalmente los promedios de ingreso de las mujeres a la universidad tienden a ubicarse en los niveles más altos de la escala, mientras que los de los varones se distribuyen dentro de una curva normal; lo más probable es que sea por el lugar otorgado tradicionalmente a las mujeres lo que hace que para equiparar sus aspiraciones con las de los hombres, ellas requieran de la seguridad que brinda el éxito escolar. Entre los varones, sin embargo,

pareciera que no; muchos de ellos se sienten autorizados a seguir estudiando contando sólo con el promedio mínimo requerido por la universidad, por otra parte, el predominio social masculino parece servir como propicio de carencias escolares acumuladas, haciéndoles creer a los varones que con un historial académico con promedios de “suficiente” o “bueno”, pueden tener éxito en cualquier carrera como son por ejemplo; enfermería o medicina, excepto física o matemáticas. Cabe mencionar que los hombres que estudian enfermería en la FES Iztacala no todos solicitaron ingresar a la carrera, la mayoría eligió estudiar medicina, odontología o psicología, pero se les asignó enfermería, y esta puede ser la causa de que no se identifiquen del todo con la carrera y por eso se les dificulta o no le dan el interés necesario para estudiar ya que los que solicitan cambio de carrera, saben que deben mantener un promedio mayor a 8.5 para ser considerados en el cambio.

Edad y conocimiento e integración

La edad de los estudiantes es un elemento que marca grandes diferencias en cuanto a las características de la población estudiantil y de sus condiciones de vida. Erlich (1988) en sus investigaciones encuentra que las condiciones de vida, de trabajo y las prácticas culturales de los estudiantes se transforman a medida que avanza la edad. Estos cambios, se encuentran estrechamente ligados con el avance en los estudios y con cambios en el ciclo de vida. En los resultados de este estudio sobre la relación de los conocimientos con la edad se mostró que predominó la edad de 20 a 21 con 64 como la calificación más alta, sin embargo, ésta no es satisfactoria dentro de la escala ya que se considera como suficiente,

referente a la integración en la solución del caso, en las demás edades mostraron calificaciones reprobatorias.

La importancia de ver la relación de la edad con los conocimientos del PE y la integración en la solución de un caso, es que la experiencia docente en la enseñanza clínica nos ha mostrado que la edad influye en el estudiante cuando realiza la exploración física a las pacientes embarazadas, pues a menor edad se les dificulta más explorar a las mujeres, lo mismo sucede con relación al sexo; a los hombres se les dificulta la comunicación con las pacientes al interrogatorio y la exploración física.

Estado civil y conocimiento e integración

El estado civil es una variable a la que no se le ha dado importancia para estudiar en asociación con promedios y conocimientos, únicamente se le ha visto como una variable interviniente en las causas de deserción escolar, quizás sea por que se piensa que los estudiantes universitarios son jóvenes y no están casados. De los estudiantes que se encuestaron exclusivamente 22 están casados y corresponden al 10.4%, en realidad es una muestra pequeña con relación al universo y puede deberse a que una vez que se casan jóvenes, las posibilidades de estudiar se ven disminuidas por que se tienen que integrar a la base trabajadora para la manutención de su familia, y los salarios y la disposición de tiempo, no son suficientes para combinar matrimonio con estudio. El objetivo de ver la relación con el estado civil, fue porque en las experiencias de los docentes en la enseñanza clínica, es que las alumnas casadas al momento de explorar y

dar cuidado enfermero a las pacientes en el embarazo, parto o puerperio tienen más seguridad, algunas por haber vivido estas etapas.

Trabajo y conocimiento e integración

El número de estudiantes que trabajan es susceptible de varias interpretaciones, ya que puede ser por el efecto de la crisis económica que viven las familias mexicanas, a la vez que la misma crisis ha limitado las ofertas de empleo particularmente ha dificultado la incorporación de individuos de origen más popular (obreros), lo que ha propiciado que los jóvenes busquen empleos y los combinen con los estudios para poder costearse los mismos (Bartolucci, 2000). El número de estudiantes que trabajan realmente es bajo, son 26 y corresponden al 19.5%, 5 de ellos lo hacen en el área de enfermería en el turno nocturno o en fines de semana; y los otros, en diversas actividades, algunos trabajan con sus padres en comercios propios y lo hacen los fines de semana, para dedicarle tiempo a sus estudios en la semana, ya que los módulos optativos los cursan en turnos contrarios al de los obligatorios. Como se puede observar, estos estudiantes están limitados en tiempo para dedicarse a actividades de estudio extraescolares, y quizás sea una causa de los bajos promedios (65), e inclusive del nivel de reprobación que presentaron (55). Al preguntar sobre del trabajo básicamente en el área de enfermería era para ver si existía relación entre las actividades que realizan en sus centros de trabajo, tales como más familiaridad con el PE, sobre todo en aspectos de la valoración, pero no se encontró significancia estadística.

Tiempo, actividades extraescolares y conocimiento e integración

El tiempo del que dispone el estudiante es elemento fundamental de la condición y del modo de vida estudiantil. Pueden distinguirse dos posturas: por una parte, pensar que el tiempo es un rasgo de condición estudiantil, y por otra, reconocer su importancia, pero sin considerar que el tiempo en sí mismo defina al estudiante.

Por otra parte estoy de acuerdo con Erlich (1998), quien encuentra en sus investigaciones que la distribución del tiempo, no es la misma todos los días ni para todos los estudiantes. Para los estudiantes resulta difícil medir el tiempo que dedican a cada una de sus actividades y tienen una idea maleable que ajustan de acuerdo a sus necesidades, exigencias y disposición personal. De esta manera, el tiempo estudiantil se toma como un tiempo subjetivo y heterogéneo, cuyos únicos referentes comunes parecen ser el tiempo de estudio para los exámenes, además esta autora menciona que los estudiantes que trabajan o tienen pareja, también tiene otros ritmos de distribución en sus tiempos combinados con su estilo de vida.

En términos de horas a la semana, que dedican al estudio, se encontró que la media más alta corresponde a 2 a 3 hrs. con 63 de calificación, condición que nos habla de que el tiempo no es suficiente para estudiar sobre el PE, o que la calidad o cantidad de los contenidos teóricos no es buena, porque de otro modo los promedios serían más altos.

Los hábitos de estudio, presentados en los resultados como actividades extraescolares tienen íntima relación con el número de horas dedicadas a estudiar, pues del tiempo que dispongan será el tipo de actividad que elijan, las

actividades extraescolares que más refirieron, fueron resúmenes y acordeones (65%), y “otros” (63%), en los que no especificaron cuáles eran.

Quizás las causas correspondan a lo encontrado por Erlich (1998), como resultado de su investigación en la que distingue cuatro días tipos, estos son los siguientes: 1. el día consagrado al estudio; 2. el día que se comparte entre los estudios y la recreación; 3. el día compartido entre los estudios, el trabajo remunerado y las tareas domésticas; 4. el día consagrado únicamente a la recreación.

Promedio parcial y conocimientos e integración

Con relación a los promedios parciales, que las/los estudiantes traían de los semestres anteriores, las medias que se encontraron realmente son preocupantes, ya que el asociar las calificaciones de conocimientos del PE en los rangos de 7.0 a 8.4, la media es baja (60), y en sus promedios parciales reportados el 40% está dentro de este mismo rango. En la asociación de las calificaciones en la integración del modelo de Orem con los rangos de 8.5 a 10 presentaron medias más bajas de 60, y en los promedios parciales fue el 60% de las/los estudiantes que reportaron estar dentro del mismo rango.

Una de las posibles causas puede ser que no se les aplicaron exámenes en el módulo de Modelos y Teorías, por lo que no estaban acostumbradas/os a contestar exámenes del PE en lo referente conceptos y el desarrollo de sus etapas, ni se trabaja con el método de casos como estrategia para la enseñanza en la que se centra al alumno en el análisis y profundidad de situaciones

problemáticas susceptibles de solución, y sirve como andamiaje para integrar las etapas del PE con los elementos de las teorías de enfermería.

En el módulo de Salud Reproductiva, tampoco se utilizan exámenes para valorar conocimientos del modelo de Orem, ya que para acreditar las alumnas presentan un trabajo final que consiste en un PE, el cual se califica de forma integral, por que las etapas del PE y los conceptos del modelo se supervisan durante la práctica clínica.

ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS DEL PROCESO ENFERMERO Y LA INTEGRACIÓN DEL MODELO DE OREM.

El cuidado de enfermería en la salud reproductiva es una interacción que se ejerce entre enfermera/o, madre, neonato y familia, se comparten conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca del significado del cuidado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida del binomio.

Por lo tanto, los conocimientos que debe tener la enfermera/o, del área de salud perinatal deben ser tan amplios e integradores que le permitan conocer al ser humano en sus diferentes dimensiones para ofrecer cuidado holístico, y uno de los elementos primordiales es promover y facilitar el autocuidado. El modelo que se implementa en el módulo del cuarto semestre es el de D.Orem con su Teoría de Autocuidado, que mediante esta investigación se pretendió conocer su integración, con la aplicación de un instrumento en el que se presenta un caso llamado multi-etapas de acuerdo a la metodología combinada de casos, Correa, (2001), éste se desarrolla en diferentes etapas o consultas de una embarazada

en la consulta externa en el servicio de Enfermería Materno Infantil, orientado a valorar el autocuidado.

Al intentar relacionar las calificaciones de las etapas del PE con los conceptos del modelo de Orem, no se encontraron asociaciones, solamente en la etapa de valoración con los requisitos universales; tal vez porque tienen similitud con las necesidades básicas del ser humano y a los estudiantes se les facilita identificarlas durante la valoración de las pacientes obstétricas.

Lo anterior coincide con lo encontrado por Dias y Nieto (2002) en estudiantes de enfermería de una Universidad de Bogotá, en la que concluyeron que no existe claridad en los estudiantes en la forma correcta de realizar la valoración, confunden conceptos, los diagnósticos de enfermería, son definidos sin tener en cuenta los datos de valoración, tampoco se ajustan a las condiciones del enfermo, no detectan necesidad de jerarquizar las actividades de enfermería y finalmente no encontraron diferencias significativas entre los dos periodos de práctica clínica estudiados.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo con los hallazgos y en análisis de éstos se concluye que no se encontró asociación entre los conocimientos del PE al aplicarlos al modelo de Orem, solamente en la etapa de valoración del PE con los requisitos universales del modelo de Orem. Si recordamos que para la estudiante de enfermería, el aprendizaje y utilización de un soporte metodológico favorece al establecimiento de un puente entre la *forma de pensar* sobre el nivel de bienestar del individuo y la *forma de hacer* que ese individuo llegue a ese bienestar con la intervención de la enfermera a través del proceso de enfermería, y con la aplicación de un modelo como guía para identificar el propósito de la atención, así tendrá los marcos de referencia para registros objetivos de la intervención de la enfermería, y de esta forma logrará su aprendizaje.

Entre las alumnas estudiadas de acuerdo a los resultados no asocian los conocimientos del PE después de haber cursado un semestre en el que iniciaron su práctica hospitalaria por el tiempo reducido, que se tiene programado en el módulo de práctica hospitalaria para reforzar los conocimientos del PE y las docentes dedican la mayoría del tiempo para las prácticas de procedimientos por ser los más importantes para la práctica hospitalaria.

Al cursar el cuarto semestre las alumnas aplican el modelo de Orem, pero sucede que la carga teórica sobre salud reproductiva ocasiona que de igual manera se le dedique poco tiempo al conocimiento del modelo de Orem, además que las docentes consideran que estos conocimientos ya los adquirieron en el segundo semestre.

Teniendo en cuenta la importancia del cuidado, cabe mencionar que de acuerdo al modelo de Orem (1985), los puntos donde la enfermería converge con el estado de salud de los individuos pueden ser descritos en términos de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda de autocuidado terapéutico, elementos que constituyen la agencia de autocuidado y realización de las operaciones de autocuidado. La identificación y descripción de los tipos de requisitos de autocuidado aportan a las/los estudiantes, lo que es importante y lo que se desea con respecto a la regulación de enfermería, razón por lo que es substancial que las/los estudiantes del cuarto semestre aprendan a integrar los conocimientos del PE con el modelo de D. Orem y las otras teorías que durante el proceso de aprendizaje en toda la carrera de enfermería se les vaya dando a conocer.

9. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados encontrados proporcionan información útil a pesar de que no se encontraron diferencias significativas en la asociación de la integración del conocimiento del PE con la solución del caso, y en la mayoría de las asociaciones de las variables, ya que puede dar lugar a otras investigaciones del mismo tipo a las siguientes generaciones de la licenciatura en enfermería, pues a partir de la generación en que se aplicó el estudio se han venido reestructurando los programas, y se han insertado en la plantilla docente nuevas que han participado activamente en esas reestructuraciones, lo que puede contribuir a que se mejoren las metodologías de enseñanza y los contenidos programáticos.

Respecto al instrumento fue diseñado por la tesista y sometido al análisis factorial con procedimiento de correlación ítem-ítem total para discriminar los reactivos de baja correlación, y al análisis de fiabilidad. Sin embargo, está limitado por que no se le midió el índice de dificultad, y ese tal vez fue una de las razones de los promedios bajos que resultaron.

Esta investigación puede ser tomada en cuenta para continuar otras investigaciones, con la revisión y adecuación del instrumento y aplicarlo además a los docentes de nuevo ingreso para evaluación diagnóstica.

Otro tipo de investigación que propongo es la cualitativa de tipo observacional en la práctica clínica, ya que arrojaría resultados valiosos de las experiencias vividas por los estudiantes, durante la integración del conocimiento del PE en la aplicación de los modelos de enfermería.

10. RECOMENDACIONES

Desde distintos ámbitos y enfoques relacionados con la actividad educativa, se ha venido creando conciencia en las universidades la necesidad de revisar como asumen y organizan su función docente.

Una de las características de la enseñanza clínica es que los profesores de enfermería en su actividad como docentes se enfrentan a situaciones complejas en la teoría y la práctica de la misma, ante lo cual se requiere de un profesor con un alto grado de capacidad de actuación y reflexión sobre su práctica. Los conocimientos propios de la profesión se sitúan en la intersección de la teoría y la práctica de la técnica y del arte, es un conocimiento complejo y práctico, es un saber, de saber hacer y de saber lo que se sabe y lo que no.

Los métodos como la investigación-acción sería alguna de las teorías recomendable para alcanzar lo anteriormente dicho, es una de las formas que contribuyen a eliminar esas otras prácticas distorsionadas por preconcepciones, rutinas, costumbres e ideologías que algunas veces el profesorado considera rechazables en sus discursos explícitos. (Torres, 1991).

La Teoría Crítica de la Enseñanza, la investigación-acción propuesta por Carr y Kemmis, son teorías que ayudan a superar la separación entre la teoría y la práctica, es una forma de indagación autoreflexiva que pueden emprender las/los docentes formando ciclos sucesivos de planificación, acción, observación y reflexión.

Una forma de generar reflexiones críticas y de detectar situaciones para transformar e innovar nuestro actuar docente es por medio de llevar un “diario del profesor” también llamado registro anecdótico del profesor, como instrumento de apoyo que nos pueda llevar a la crítica y reflexión de nuestros quehaceres y saberes. El propósito es además registrar lo que sucede en relación con el trabajo académico, la práctica profesional y el desarrollo personal. La redacción anecdótica de las experiencias de los docentes, los conducirían a la práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva.

La tarea de llevar un diario del profesor no es sencilla, será necesario despertar la sensibilidad para escribir y argumentar teóricamente lo que decimos o pensamos a cerca de la realidad de nuestro desempeño como docentes, ya sea en el aula o en la práctica clínica. La observación vinculada al registro nos orienta a participar, observar, registrar, compartir, leer, compartir, reflexionar y criticar; concluir con la construcción de saberes colectivamente, ya que lo registrado en los diarios se comparten entre los docentes en talleres.

La flexibilidad ofrecida por un programa modular, posibilita que los estudiantes se desarrollen profesional, académicamente y evaluativamente a su propio ritmo. La naturaleza de la práctica reflexiva nace en este sistema educativo puesto que desarrolla la capacidad de auto-orientarse y auto-dirigirse. La cuestión de cómo los estudiantes pueden reflexionar sobre su propio desarrollo, se podría fomentar a través de la utilización de un diario a lo largo del semestre, cuyo contenido será discutido con su tutor. El diario sería obligatorio y registrarán sus experiencias y avances durante el periodo del curso modular.

Es preciso recomendar que en los cursos de actualización que se imparten al profesorado de nuevo ingreso, se debe insistir en la necesidad de reafirmar los conocimientos y unificación de los criterios para implementar la teoría sobre el Proceso de Enfermería (PE), y los Modelos y Teorías de Enfermería, que aunque ya se han trabajado dentro del Programa de Actualización Docente para Profesores de Licenciatura, se han obtenido productos valiosos en cuestión de instrumentos de valoración de acuerdo con el modelo de enfermería que se utilice en cada módulo. Además, hace falta que se les actualice en el Aprendizaje Basado en Problemas por ser una propuesta educativa multi-metodológica y multididáctica que facilita el proceso enseñanza aprendizaje en donde se hace participar a los estudiantes en la adquisición del conocimiento, por medio de tutorías en la que se les presentan casos que tienen que analizar y resolver un problema seleccionado para lograr ciertos objetivos de aprendizaje, lo que llevaría a los estudiantes a la integración del conocimiento del PE con las teorías de enfermería seleccionadas.

Para la enseñanza clínica, recomiendo que en los cursos de actualización se implemente la enseñanza de la tutoría en la práctica clínica, entendiendo que en la disciplina de enfermería se describe a los tutores como "enfermeros experimentados que facilitan y evalúan el aprendizaje del alumno en el trabajo real del propio entorno clínico" Hernández , y Cabrera, (2003).

Sin embargo, aún falta estimular el trabajo en colaboración por medio de la investigación-acción y abandonar la práctica de algunas profesoras (las de mayor antigüedad) que se resisten al cambio que está viviendo en la actualidad la carrera de enfermería, ya que desafortunadamente continúa predominado en ellas lo que

menciona Torres (1991) las costumbres, la tradición y la rutina, especialmente cuando están sujetas exclusivamente a los libros de texto o las antologías que son sólo una guía de contenidos mínimos para el alumno y el papel del docente es el de facilitador del aprendizaje, e instarlas a adquirir nuevas destrezas como tutoras y guías en los proceso de enseñanza-aprendizaje. Porque como menciona Torres, (2000), que la verdadera clave del éxito de los proyectos educativos radican en el profesorado.

11. BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, R. (1998). Valoración. En Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica. (Trad. Luis, R .M .T. ,4°. ed. (pp.6-132). España.: Springer Verlag Ibérica.

Bartolucci, J. I. (2002). La investigación sociológica de la desigualdad escolar en la universidad mexicana. : En Desigualdad social, educación superior y sociología en México (pp. 46,56, 57).México. Centro de estudios sobre la Universidad, UNAM. Porrúa.

Bartolucci, J. I. (2002). Posición social, trayectoria escolar y elección de carrera. : En Desigualdad social, educación superior y sociología en México (pp. 128,129). México. Centro de estudios sobre la universidad, UNAM. Porrúa.

Benavent, G. A, Ferrer, F. E., & Francisco del Rey, C. (2000). El modelo teórico de Dorothea E. Orem. : En Fundamentos de Enfermería (pp.315-320, 328, - 356) España. : Difusión Avances de Enfermería.

Correa, S. (2001). El método de casos en la docencia universitaria. Conferencia, especialización en didáctica universitaria, U de A.

Delors. J., (1996) *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana.

Díaz-Barriga, F. A, Hernández, G. R (2002). Constructivismo y aprendizaje significativo. En: Estrategias docentes para un aprendizaje significativo (pp.30). México.: Mc Graw-Hill.

Erlich, A. (1988) mencionado por Piña, J. M. (2000) En: Vida cotidiana escolar. México. Tesis doctoral inédita. CESU, UNAM.

Fernández, F. C. Luis, R. T. & Navarro. G. V. (2000). El proceso enfermero. En de la Teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (p. 4) España. : Masson.

Francisco del Rey, C. & Gómez, P.C. Hernández, M. H. (2000). Aplicación del modelo de Dorothea E. Orem. En Benavent, G. A, Ferrer, F. E., & Francisco del Rey, C. (Eds.), Fundamentos de Enfermería (pp.371-381). España. : Difusión Avances de Enfermería.

Heidgerken, L. E. (1966).Planeación, organización y dirección de las actividades de la enseñanza. En Enseñanza en las escuelas de enfermería (pp.212-214) México.: Interamericana.

Heidgerken, L. E. (1966). Métodos de estudio de casos. En Enseñanza en las escuelas de enfermería (pp. 390-395) México.: Interamericana.

Hernández, R. S. Fernández, C. C. & Batista, lo P. (2003). Definición del alcance de la investigación. En Metodología de la Investigación (Tercera ed. pp.117 -124) México: McGraw-Hill, Interamericana

Hernández, R. S. Fernández, C. C. & Batista, L. P. (2003). Diseño de investigación. En Metodología de la Investigación (3a. ed. pp.267-274) México: McGraw-Hill, Interamericana

Hernández, R. S. Fernández, C .C.& Batista, L. P. (2003). Selección de la muestra. En Metodología de la Investigación (3a. ed. pp.299 309) México: McGraw-Hill, Interamericana.

Hernández, R. S. Fernández, C. C. & Batista, lo P (2003). Recolección de datos. En Metodología de la Investigación (3a. ed. pp.343-448) México: McGrawHill, Interamericana

Hernández, R. S. Fernández, C. C. & Batista, lo P (2003). Análisis de los datos. En Metodología de la Investigación (3a. ed. pp.493-551). México.: McGraw-Hill, Interamericana.

Jiménez. T. E. Gutiérrez, E. R. (1997) Valoración. En: El Proceso de Enfermería. una metodología para la práctica (27-34).Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.: Orión Editores L TDA.

Kozier, B. (1999).Proceso de atención de enfermería. En Enfermería Fundamental (pp. 190- 300). México.: Interamericana.

Nunnally, J. C (1987). Validez de contenido. En Teoría psicométrica (1ª ed. Cap. 3 pp 204-109). México, D. F.: Trillas.

Nunnally, J. C (1987). Construcción de pruebas. En Teoría psicométrica (1ª ed. Cap. 8. pp 282-299). México, D. F.: Trillas.

Magnuson, D. (1977). Confiabilidad. En: Teoría de los test. (6ª reimpresión. Cap.5 (pp.77-79). México, D. F.: Trillas.

Magnuson, D. (1977). Métodos prácticos para estimar la confiabilidad. En: Teoría de los test (6ª reimpresión. Cap.9. pp.133- 137). México, D. F.: Trillas.

Pahneuf, M. (1993). La recogida de datos: primera etapa del proceso de cuidados. En Cuidados de enfermería. El proceso atención de enfermería (pp. 58-70) México: Interamericana McGraw- Hill.

Pallie W, Carr DH.(1987),The McMaster Medical Education Philosophy in Theory, Practice and Historical Perspective Medical Teacher 9: 59-71.

Pardo, G . V, & Cedeño, M. C.(1997). Revisión de literatura y formulación del marco teórico. En Investigación en salud (pp.46-62). Colombia.: Mc Graw-Hill.

Pinto, N. A . (2002). El cuidado en el proceso de enseñanza aprendizaje. En: El arte y la ciencia del cuidado (pp.109-112). Bogotá, Colombia.: Grupo de cuidado Universidad Nacional de Colombia.

Piña, J.M (2000) Vida cotidiana escolar. México, Tesis doctoral inédita. CESU, UNAM

Polit, F. D, Hungler, P. B. (2000) Control de la investigación cuantitativa. En Investigación científica en ciencias de la salud (6^a. ed. pp.231-227). México.: McGraw-Hill Interamericana.

Polit, F. D, Hungler, P. B. (2000) Evaluación de la calidad de los datos. En Investigación científica en ciencias de la salud (6^a. ed. pp.389-412). México.: McGraw-Hill Interamericana.

Potler, P. (1992). Valoración Física. En Historia de Enfermería (pp.14-16) Madrid, España.: Interamericana Mc Graw-Hill.

Pozo, J.I., Postigo, Y. y Gómez Crespo, M.A. (1995): "Aprendizaje de estrategias para la solución de problemas en Ciencias" en Revista Alambique, Didáctica de las Ciencias Experimentales Nº 5, Barcelona. Citados en Mineducación Argentina, "El Desarrollo de Capacidades para Enfrentar y Resolver Problemas", 2002,

Román, P. M., Diez, L. E. (2000). Aprendizaje constructivo y significativo. En Aprendizaje y currículo (pp.112-114). Argentina.: Ediciones Novedades Educativas.

Torres, J. S. (1991). La descalificación y recalificación del profesorado. En El currículum oculto (pp. 191-197). Madrid.: Ediciones Morata.

Torres, J. S. (2000). La planificación de un currículum integrado. En Globalización e interdisciplinariedad: el currículum integrado (pp.219). Madrid.: Ediciones Morata

Tobo, N. I. (2002). Fundamentos y técnicas para el cuidado de enfermería. En El arte y la ciencia del cuidado (pp.117- 119). Bogotá, Colombia.: Grupo de cuidado Universidad Nacional de Colombia.

HEMEROGRAFÍA

Ballesteros, A.M., Saturno, H. P., & Ortega, R P., Minguez, V.R (1996).
Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención
primaria de salud. *Revista Atención Primaria*, 18 (4).

Franco, M. O., & Benítez, M. A (2002). Factores de conocimiento del P.A.E. en los
estudiantes de enfermería. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*, 10
(4), 112-116.

Frómata, M. A. M., Momblanch, D. & Hernández, E. (2000). Modo de actuación en
el proceso de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* 16 (2), 1-6.

Morrison, K. (1996). Desarrollo de la práctica reflexiva en estudiantes universitarios
mediante un diario que recoja sus impresiones. (*Studies in Higher
Education*, Trad. De Lafourcade, P.). University of Durham, UK . 21: (3)

Pérez, R.M.T. (1999), El aprendizaje significativo en enfermería. *Revista
Enfermeras C.N.E*, XXXV (1-2), 6-8.

Vélez, M. P., & Díez de Álvarez B. L. (1999). Análisis de los planes de enfermería
realizados por un grupo de estudiantes de la Facultad de enfermería de la
Universidad de Antioquia. *Investigación y Educación en Enfermería* XVII (2),
13-21.

FUENTES ELECTRÓNICAS

Casos, Estudio de. Recuperado: <http://gerza.com/apoyos/art021.htm>

Estudios de casos como técnica didáctica.

En:<http://www.siatema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/>

Hernández Rodríguez J., Cabrera Arias M. (2003). Utilidad y actitudes en la tutoría desde la percepción del estudiante de enfermería. Recuperado en:
<http://www.anuies.mx/principal/programa/estudios/pdf/tutorías/221.PDF>

Las técnicas didácticas en el Modelo educativo del TEC de Monterrey.

Recuperado el 20 de Abril 2006 de.

<http://tecnologiaedu.us.es/bibliovir/pdf/309.pdf>

Lobato, L. E., López, C., Castrillón, J. D. (2002). La trama de los problemas como base del aprendizaje. Recuperado en:

http://cursos.puc.cl/vil300m-1/almacen/1112965010_ilipiant_sec4_pos0.pdf

Manges, M.A, Bonal,J. Gamundi, M.C. (2000). Aprendizaje basado en problemas: aplicación en la enseñanza de la farmacia clínica y la atención farmacéutica. Ediciones Mayo, Madrid pp.11-16. Recuperado en:

http://www.colfar.com/fileadmin/template/Documentos/Farmacia_De_Hospital.pdf

Mendoza, N. J. ((2003) La importancia de la relación teoría-práctica-investigación en la docencia universitaria de enfermería. Recuperado el 20 de abril del 2004 de:
<http://enfermería21.com/educare/educare02/ensenando/ensenando3.htm>

Método del Caso. Recuperado en: <http://www.ipade.mx/Medex/participantes.htm>

Molina, O. J. A., García, G. A. Pedrás, A.M. & Antón, N.V. (2003). Aprendizaje basado en problemas: una alternativa al método tradicional. Recuperado de:
<http://www.us3m.es/us3m/revista/DICIEMBRE2003/activos/pdf/jamolina.pdf>

APÉNDICE A

RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

Prueba piloto y depuración de los reactivos

Se diseñó un instrumento para la recolección de datos, con 20 ítems para la sección de conocimientos del proceso de enfermería, y 20 para el sección de integración del modelo de Orem en un caso clínico, y con base a las sugerencias de las profesoras expertas se reestructuraron y se aumentaron 5 reactivos, quedando 25 en cada sección del instrumento de la primera versión. En la segunda versión se elaboraron 25 ítems para cada sección, quedando 21 y 24 respectivamente.

Se aplicó la prueba piloto a 83 estudiantes en su primera versión y a 64 en la segunda. Después de codificar los datos se procedió al análisis de confiabilidad con correlación ítem-ítem para discriminación de los mismos, utilizando como criterio para la eliminación a aquellos que quedaron con baja correlación (< 0.20). Para conocer la estructura factorial del cuestionario, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación de varimax por ser dicotómicos, se incluyeron 15 ítems en cada sección del instrumento en la primera versión y 10 en la segunda, por haber resultado con un peso mayor, quedando en cada factor como se puede observar en las tablas 1 y 2.

Tabla 1

Resultados del análisis factorial de la sección de Proceso de Enfermería

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
	Valoración	Dx. Enf.	Planeación	Ejecución	Evaluación
1. La utilización de un ...	0.5754				
2.Son datos observables	0.3226				
3.Cuando una paciente..	0.221				
4. Se trata de un paso.....	0.2536				
5. La recolección de datos	0.6046				
6.Es una etapa del PE...	0.281				
7.La diferencia entre Dx.		0.6273			
8. El primer paso al		0.5252			
9.Cual de los siguientes .		0.4357			
10.El plan de cuidados			0.304		
11.Para fijar las prioridades			0.4334		
12. Los objetivos de			0.2407		
13.Las intervenciones de..			0.4783		
14.Concepto de la etapa..				0.5228	
15. Revisar y actualizar ...				0.3265	
16. Actividad que se reali.				0.3553	
17. Para determinar si.....				0.4072	
18. Los derechos del pac.				0.3051	
19.Una forma de evaluar					0.2381
20. Cual de las siguientes					0.3599
21. Se refiere a un cambio					0.468

Tabla 2

Resultados del análisis factorial de la integración del Caso Clínico

Con el modelo de D. Orem.

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
	Factores	Requisitos	Diagnostico	Sistemas
	Básicos	Universales	Enfermería	Enf.
1. La enfermera utilizó4395			
2. Dentro del modelo de O..	.2947			
3. Son datos de la paciente..	.3878			
4. Son datos que corresp.2473			
5.La escolaridad y el tipo4553			
6.Son datos correspond.....	.3454			
7.Cual de las siguientes2672			
8. Cuando refiere la Sra. María3941			
9. La presencia de pezón	.447			
10.Los datos que corresponden		.2037		
11.El tipo de ocupación2290		
12.La presenta del edema.....		.4276		
13.Un dato que corresponde		.4829		
14.La preocupación de6843		
15.Es un factor limitante3064	
16.Un dato de desviación4514	
17.De los siguientes Dx.....			.3953	
18.La presencia de edema ++			.3418	
19.El tipo de sistemas de enf.				.4072
20.Los sistemas de enf.....				.2510
21.La orientación sobre las...				.3052
22.Una intervención de apoyo				.5228
23.En la segunda consulta.....				.2493



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

Nº de Folio _____

Nº de Cuestionario _____

Conocimiento del Proceso de Enfermería con el modelo de Orem y su integración en la resolución de un caso clínico

Objetivo; Conocer el grado de conocimientos que tienen los alumnos del cuarto semestre de la licenciatura en enfermería sobre el proceso de enfermería, el modelo de Orem y su integración durante la resolución de un caso clínico.

DATOS GENERALES:

Nº de Grupo: _____

1.- Género: Femenino _____ Masculino _____

2.- Edad: _____

3.- Estado Civil: Soltera/o _____ Casada/o _____ Unión libre _____ Otros _____

4.- ¿Trabajas en algún lugar? Si _____ No _____

5.- Lugar de trabajo o nombre de la empresa; _____

6.- Actividad que desempeñas en tu trabajo: _____

7.- ¿Cuántas horas dedicas a la semana para estudiar fuera de clases?

0-1 hrs. _____ 2-3 hrs. _____ 4-5 hrs. _____ más de 5hrs. _____

8.- ¿Cuales de estos hábitos de estudio acostumbras más frecuentemente? (elige sólo uno)

Leer apuntes _____ Hacer resúmenes _____ Hacer acordeones _____

Ir a la biblioteca _____ Otros _____

9.- ¿Cual es tu promedio parcial hasta este semestre? _____

INSTRUCCIONES.

Solicito tu valiosa colaboración contestando este cuestionario sobre conocimientos del Proceso de enfermería en la parte I y un caso clínico en la parte II.

Los datos que proporcionas son anónimos, sólo tendrán valor para la investigación y te garantizamos confidencialidad por lo que tu respuesta fidedigna es trascendental para valorar los conocimientos sobre el proceso de enfermería y como los aplicas en la resolución de un caso clínico.

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

PARTE I

Marca con una " X" en el inciso correspondiente a la respuesta que consideras correcta según los conocimientos revisados de la teoría del Proceso de Enfermería en el aula y en los siguientes semestres que has cursado.

Conocimientos del Proceso de Enfermería.

- 1.- la utilización de un cuestionario de acuerdo a un modelo de enfermería facilita:
 - a) Formular protocolos de Enfermería.
 - b) Obtener datos por aparatos y sistemas.
 - c) Agrupar los datos con enfoque de enfermería.
 - d) Ejecución de intervenciones de enfermería.
- 2.- Son datos observables durante la valoración física:
 - a) Angustia.
 - b) Dolor.
 - c) Depresión.
 - d) Erupción.
- 3.- Cuando la paciente comenta "hoy me siento mejor que ayer" es un dato que se identifica de tipo:
 - a) Objetivo.
 - b) Subjetivo.
 - c) Ínter subjetivo.
 - d) Personal.
- 4.- Se trata de un paso de la valoración que ayuda a definir la situación actual del paciente:
 - a) Decisión de las intervenciones de enfermería.
 - b) Determinación de objetivos del cuidado.
 - c) Análisis de los datos recolectados.
 - d) Jerarquización de Diagnósticos de enfermería.
- 5.- La recolección de datos en una situación de urgencia se centrara en identificar:
 - a) Diagnósticos de riesgo potencial.
 - b) Riesgos de supervivencia
 - c) El estado general del paciente.
 - d) Diagnósticos de riesgo real.
- 6.- Es una etapa del proceso de enfermería en el que la enfermera identifica problemas reales y potenciales del paciente:
 - a) Valoración.
 - b) Planeación.
 - c) Diagnóstico.
 - d) Evaluación.

7.- La diferencia entre diagnóstico médico y de enfermería es, que el de enfermería tiene en cuenta lo siguiente:

- a) El problema de salud en sí mismo.
- b) Diferentes grados en la respuesta del paciente.
- c) Describe una afección en particular.
- d) Orienta hacia intervenciones de tratamiento.

8.- El primer paso al formular un diagnóstico de enfermería es:

- a) La recolección de datos.
- b) Elaborar un plan individualizado.
- c) Identificar las respuestas humanas.
- d) Identificar los resultados.

9.- Cual de los siguientes diagnósticos ha sido diseñado para la Sra. López, que fue operada de cesárea ayer:

- a) Dolor agudo en el tórax., relacionado con las secuelas de un traumatismo quirúrgico.
- b) Ansiedad relacionada con una amenaza a la integridad psicológica.
- c) Estreñimiento relacionado con una alimentación pobre en fibras.
- d) Alto riesgo de retención urinaria relacionado con el dolor.

10.- El plan de cuidados está compuesto de los siguientes elementos:

- a) Intervenciones, objetivos. Diagnóstico de enf. y evaluación.
- b) Intervenciones, objetivos, Diagnóstico de enf. y necesidades.
- c) Intervenciones, recolección de datos, y Diagnóstico de enf.
- d) Intervenciones, resultados esperados y objetivos.

11.- Para fijar las prioridades al planificar el cuidado del paciente se considera lo siguiente:

- a) Objetivos de cuidados.
- b) Todas las necesidades del paciente.
- c) Las metas del paciente.
- d) La urgencia del problema.

12.- Los objetivos de cuidados se establecen como pautas para:

- a) Las intervenciones de enfermería.
- b) Detectar problemas generales.
- c) Las intervenciones médicas.
- d) Detectar las necesidades.

13.- Las intervenciones de enfermería se generan a partir de:

- a) Los factores relacionados.
- b) Las etiquetas diagnósticas.
- c) Características definitorias.
- d) La etiología

14.- Revisar y actualizar datos, determinar si aún es necesaria la intervención planeada y readaptar el plan son pasos de la etapa:

- a) Valoración.
- b) Planeación.
- c) Diagnóstico.
- d) Evaluación.

15.- Concepto de la etapa de ejecución:

- a) Actividad autónoma que se ejecuta para beneficiar al paciente.
- b) Ejecución de actividades de acuerdo al tratamiento.
- c) Es el establecimiento de objetivos.
- d) Es la planeación de cuidados de enfermería.

16.- Actividad que se realiza en la fase inicial de la ejecución:

- a) Educar al paciente.
- b) Confirmar el Dx. Médico.
- c) Revalorar al paciente.
- d) Preparar el equipo.

17.- Para determinar si las intervenciones planeadas son adecuadas en la situación actual del paciente es necesario:

- a) Confirmar las ordenes médicas.
- b) Revisar y modificar el plan de cuidados.
- c) Revisar las condiciones de seguridad.
- d) Confirmar el Dx. de enfermería.

18.- Los derechos del paciente, la ética y aspectos legales son considerados en la:

- a) Revisión del plan.
- b) Organización de los datos.
- c) Modificación del plan.
- d) Ejecución de las intervenciones.

19.- Una forma de evaluar los cuidados proporcionados al paciente es:

- a) Ver los datos recolectados en la valoración.
- b) Por el bienestar y satisfacción del paciente.
- c) Planeando bien las intervenciones.
- d) Ejecutando los cuidados.

20.- Cual de las siguientes aseveraciones corresponde a resultados esperados:

- a) El paciente toserá y respirará bien en 24Hrs.
- b) Mantener la vía aérea permeable.
- c) La auscultación de vía aérea es normal.
- d) Realizar fisioterapia respiratoria cada 2 hrs.

21.- Se refiere a un cambio que se puede medir en la evolución del paciente en respuesta a los cuidados:

- a) Objetivo a largo plazo.
- b) Objetivo centrado en el cliente.
- c) Resultado esperado.
- d) Las metas de la enfermera.

PARTE II

Lee con detenimiento el caso clínico que se te presenta y marca con una " X" en el inciso correspondiente a la respuesta que consideres sea la correcta.

CASO CLÍNICO

Primera consulta prenatal.

Acude al consultorio de Enfermería Materno Infantil, la Sra. María de 24 años quien es entrevistada por la enfermera, obteniendo en la primera consulta prenatal lo siguiente:

Datos generales; Es originaria de Toluca, reside en el D.F. desde hace 5 años, casada, con estudios de 2° de secundaria, es costurera en una fábrica de ropa, su esposo es taxista, los ingresos económicos de la familia son irregulares la mayor parte del tiempo. Su familia se compone de ella, su esposo y 1 hijo de cinco años, viven en casa rentada, consta de cocina, baño y 2 cuartos, tiene todos los servicios intra domiciliarios.

Antecedentes Gineco-Obstétricos; Menarca a los 10 años, ritmo de 25 x 4, inicio de vida sexual a los 18 años, edad del primer embarazo 18 años. Gesta 11, Paras 0, abortos 0, se controlaba con anticonceptivos orales, nunca se ha realizado examen de papanicolao ni se sabe explorar las mamas.

Antecedentes perinatales del 1 er. Hijo; se obtuvo producto masculino de 32 SDG, por cesárea, con peso de 2,200 Kgrs.

En esta visita contaba con 18 Semanas de Gestación, refiere haber tenido pocas molestias al inicio del embarazo como son mareos y nauseas matutinas únicamente y "antojos".

Grupo sanguíneo y RH; los desconoce, no ha recibido ninguna vacuna desde que se sabe embarazada, es fumadora de 3-5 cigarrillos al día, su esposo también es fumador de 4 -5 al día.

A la exploración física, la enfermera la encuentra en buenas condiciones de higiene, talla 1.65, peso 69 Kgrs, Pulso 90 X', TA 110/50, Temperatura 37°, con frecuencia respiratoria de 26 X', presenta caries en dos' muelas en maxilar inferior derecho, no ha acudido al dentista dice que "cada hijo le ha costado una muela" aseo bucal una vez al día, mamas con pezón plano, fondo uterino de 18 cms. miembros inferiores con ligero edema maleolar. La enfermera le realiza un "bililabstix" en orina.

Sus hábitos dietéticos son a base de carbohidratos predominantemente, consume leche en cantidad escasa, tampoco consume agua, prefiere tomar refrescos, refiere haberse tomado vitaminas y tratar de

mejorar su alimentación consumiendo leche y verduras aunque tiene antojos de frituras y dulces y se los complace su esposo, pero no ha podido del todo debido a que en su trabajo no tiene un horario fijo para el consumo de alimentos y los consume en la calle, el acceso al sanitario es restringido en su trabajo, no practica deporte alguno y sus días de descanso los ocupa para sus quehaceres domésticos.

Manifiesta temor de que su hijo nazca bajo de peso, por que el anterior fue muy pequeño y permaneció en incubadora tres semanas, y por esa razón quiere subir de peso "más de lo que es normal".

Segunda consulta prenatal.

La Sra. María acude acompañada de su esposo; su peso es de 75, 500 Kgrs. de acuerdo al cálculo que hace la enfermera la Sra. María tiene 36 SDG, T.A 120/90, respiración 28 X', las mamas están turgentes con salida de calostro a la presión, altura de fondo uterino de 31 cms, el feto está en situación longitudinal, la presentación es cefálica y con posición dorso a la izquierda, la frecuencia cardiaca fetal es de 160 latidos X' refiere contracciones de Braxton Hicks, y manifiesta movimientos fetales. Presenta edema de ++ en miembros inferiores a la altura de la rodilla, la Sra. refiere que ya tiene aproximadamente un mes que está así, pero que creía que era por su trabajo que consiste en estar sentada toda su jornada, por eso no había acudido antes.

Refiere tener estreñimiento y deseos de orinar frecuentemente, además tiene problemas para dormir. Pretende irse a casa de su madre cuando nazca su hijo para que le ayude en el cuidado de su otro hijo pequeño y de ella misma.

Plan:

Se le indica que disminuya la sal en sus alimentos y que consuma alimentos ricos en proteínas y calcio, y se le mandan exámenes de laboratorio: Química sanguínea y de orina en 24 hrs.

1.- La enfermera utilizó un instrumento de valoración con el modelo de Orem, permitió:

- a) Organizar los datos por requisitos.
- b) Ver las reacciones de la paciente a la enfermedad solamente.
- c) Identificar la demanda de autocuidado terapéutico.
- d) Solamente para -recolectar datos.

2.- Dentro del modelo de Orem la valoración consiste en determinar

- a) La existencia de nuevos déficits de autocuidado..
- b) Las demandas de autocuidado terapéutico.
- c) Limitaciones de la persona.
- d) Desarrollar capacidades de la persona.

3.- Son datos de la paciente, que corresponden a los Factores básicos condicionantes:

- a) Identificación.
- b) De laboratorio.
- c) La alimentación.
- d) El descanso.

- 4.- Son datos que corresponden al estado de salud de la paciente.
- a) La ocupación.
 - b) Los antecedentes Gineco-obstétricos.
 - c) La recreación.
 - d) Los antecedentes patológicos.
- 5.- La escolaridad y el tipo de trabajo que desarrolla la Sra. Marra corresponden a:
- a) Requisitos de desarrollo:
 - b) Factores condicionante básicos
 - c) Requisitos universales.
 - d) Sistemas de enfermería.
- 6.- Son datos correspondientes a factores del sistema familiar:
- a) Tipo de vivienda.
 - b) Tipo de alimentación.
 - c) El número de integrantes.
 - d) Las condiciones higiénico-personales.
- 7.- ¿Cual de las siguientes valoraciones que realizó la enfermera corresponden a requisitos de desarrollo?
- a) Toma de signos vitales.
 - b) Examen de bililabstix.
 - c) Medición de fondo uterino.
 - d) Pesar a la paciente.
- 8.- Cuando refiere la Sra. Marra que trató de mejorar su alimentación sin tener éxito se debe aspectos de:
- a) Motivación.
 - b) Conocimientos.
 - c) Ambientales.
 - d) Psicomotrices.
- 9.- La presencia de pezón plano afectará la lactancia materna y corresponde al requisito de:
- a) Universal.
 - b) Desarrollo.
 - c) Desviación de la salud.
 - d) Bienestar humano.
- 10.- Los datos que corresponden al requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos son:
- a) La presencia de caries en muelas.
 - b) La frecuencia de baño personal.
 - c) El consumo de 3-5 cigarrillos al día.
 - d) La ocupación.

- 11.- El tipo de ocupación de la paciente también pertenece al requisito de autocuidado de:
- a) Prevención de peligros para la vida.
 - b) Equilibrio entre actividad y reposo.
 - c) Mantenimiento entre soledad e interacción humana.
 - d) Demanda de autocuidado terapéutico.
- 12.- Es un factor limitante en la paciente para identificar signos de alarma en su embarazo
- a) Su ocupación
 - b) El nivel de escolaridad.
 - c) Sus hábitos higiénicos.
 - d) La recreación.
- 13.- La presencia del edema de ++ es un dato que se considera para el requisito de:
- a) Autocuidado de desarrollo.
 - b) Mantenimiento de aporte de agua.
 - c) Cuidados en los procesos de eliminación
 - d) Equilibrio entre actividad y reposo.
- 14.- Un dato que corresponde al requerimiento de promoción de desarrollo humano es:
- a) Asistir a consulta sólo dos veces.
 - b) Irse el puerperio a casa de su madre.
 - c) Ser fumadora.
 - d) Las molestias del embarazo.
- 15.- La preocupación de la paciente por el peso de su hijo al nacer es del tipo de:
- a) Factores del sistema familiar.
 - b) Requisitos de desviación de la salud.
 - c) Requisitos de autocuidado de desarrollo.
 - d) Mantenimiento entre soledad e interacción humana.
- 16.- Un dato de desviación de la salud en el embarazo es:
- a) Albúmina en orina.
 - b) Turgencia en las mamas.
 - c) Pezón plano. .
 - d) Gonadotropina en orina.
- 17.- De los siguientes diagnósticos de riesgo señala el que consideres que sea para la paciente.
- a) Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con las micciones frecuentes.
 - b) Riesgo de lesión materna relacionado con disminución de la perfusión renal.
 - c) Riesgo de déficit de conocimientos relacionado con la falta de experiencia ante la situación actual.
 - d) Riesgo de alteración de la nutrición relacionado con los vómitos.

18.- El tipo de sistemas de enfermería planeados para la paciente van orientados a:

- a) Segundo nivel de atención.
- b) Prevención primaria.
- c) Tercer nivel de atención.
- d) Prevención secundaria.

19.- Los sistemas de enfermería más indicados para actuar con la paciente son:

- a) Totalmente compensatorios.
- b) Parcialmente compensatorios.
- c) De apoyo-educación.
- d) Todos los anteriores.

20.- La orientación sobre las características de la alimentación corresponden al sistema de enfermería:

- a) Parcialmente compensatorio.
- b) Apoyo educación.
- c) Totalmente compensatorio.
- d) Agente de cuidado.

21.- La presencia de edema ++ desde hace un mes es un elemento que corresponde a:

- a) Requisitos de desviación de la salud.
- b) Requisitos universales.
- c) Factores condicionantes básicos
- d) Déficit de autocuidado.

22.- Una intervención de apoyo educativo durante la 1ª. Consulta prenatal es:

- a) Ejercicios de Hoffman.
- b) Alimentación rica en proteínas.
- c) Ejercicios rotatorios de pies.
- d) Reposo sentado.

23.- Una intervención de apoyo educativo durante la 2ª. Consulta prenatal es:

- a) Aseo bucal tres veces al día.
- b) Ejercicios de Hoffman.
- c) Consumo de abundante agua.
- d) Ejercicios rotatorios de pies.

24.- En la 2º consulta se debe evaluar primordialmente el aprendizaje de:

- a) Cuidados a su recién nacido.
- b) Reposo relativo.
- c) El tipo de alimentación.
- d) El reposo en cama.