



INSTITUTO MARILLAC I.A.P  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
INCORPORADA A LA UNAM

CALIDAD EN LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS  
ESTANDARIZADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CAPACITADO Y NO  
CAPACITADO DEL HOSPITAL GENERAL XOCO.

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

“MORALES VISCAINO NOEMI”

ASESORA:

NOMBRE DE ASESOR

LIC. MONTES HERNÁNDEZ MARÍA DEL PILAR



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.

**LIC. MARÍA ELENA QUIÑONEZ MUÑOZ**

---

DIRECTORA GENERAL  
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

**LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO**

---

DIRECTORA TÉCNICA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

**LIC. MONTES HERNÁNDEZ MARÍA DEL PILAR**

---

ASESOR DE TESIS

**LIC. CANCINO QUIROZ CANCINO**

---

PROFESOR (A)  
DEL INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.

## **AGRADECIMIENTOS**

Son opcionales. Esta sección sirve para reconocer el esfuerzo y apoyo recibidos por el pasante de parte de padres, tutores, profesores, amigos y demás personas cercanas.

## CONTENIDO

<b>CAPITULO 1</b> .....	1
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN</b> .....	2
<b>1.3 OBJETIVOS</b> .....	3
1.3.1 General:.....	3
1.3.2. Específicos: .....	3
<b>1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	4
<b>1.5 HIPÓTESIS</b> .....	5
<b>1.5.1 HIPOTESIS NULA</b> .....	5
<b>CAPITULO 2</b> .....	6
<b>2.1 MARCO HISTÓRICO</b> .....	6
2.1.1 ENFERMERÍA, CIENCIA Y ARTE DEL CUIDADO. ....	6
2.1.2 LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN MÉXICO .....	6
2.1.2 ORÍGENES DE LA ENFERMERA PROFESIONAL Y LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS.....	7
2.1.3 FORMACIÓN DE ENFERMERAS EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM). ....	12
2.1.4 PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO. ....	14
<b>2.2 MARCO CONCEPTUAL</b> .....	16
2.2.1 MÉTODO DE ENFERMERÍA; METAPARADIGMA ENFERMERO. ....	16
2.2.2. MODELOS Y TEORÍAS ENFERMERAS.....	18
2.2.3 VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MODELOS TEÓRICOS.....	19
2.2.4 TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....	19
2.2.5 PARADIGMAS ENFERMEROS .....	20
2.2.6 CLASIFICACIÓN DE MODELOS TEÓRICOS EN ESCUELAS.....	22
2.2.7 LA ENFERMERÍA MODERNA: FLORENCE NIGHTINGALE.....	24
2.2.8 TEORÍAS DE LA ENFERMERÍA. ....	25
2.2.9 EL MODELO CONCEPTUAL EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS. ....	32
<b>3.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.</b> .....	41
<b>3.2 ENFERMERÍA</b> .....	41
<b>3.3 CUIDAR</b> .....	41
<b>3.4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)</b> .....	41
<b>3.5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE).</b> .....	42

<b>3.7 FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA</b> .....	44
<b>3.7.1 VALORACIÓN</b> .....	44
3.7.2. DIAGNÓSTICO .....	49
<b>3.7.3. PLANEACIÓN</b> .....	51
<b>3.7.4 EJECUCIÓN</b> .....	52
3.7.5. EVALUACIÓN .....	53
3.8 TAXONOMÍAS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA NANDA, NOC Y NIC .....	54
3.10 Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA).....	60
<b>4.1 MARCO REFERENCIAL</b> .....	64
<b>4.2 PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMERÍA</b> .....	64
4.2.1 MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA. ....	64
.....	66
4.3 CURSO - TALLER SUPERVISIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL ENLACE DE TURNO: ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.....	67
4.4 LINEAMIENTO GENERAL PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	70
4.1.5 PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA .....	73
<b>CAPITULO 3</b> .....	76
<b>5.1 METODOLOGÍA</b> .....	76
5.1.1 TIPO DE ESTUDIO: .....	76
<b>5.1.2 VARIABLES</b> .....	76
6.1 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN .....	117
7.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.....	131
<b>7.1 DISCUSIÓN</b> .....	145
<b>8.1 DECISIÓN ESTADÍSTICA</b> .....	147
<b>9.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	150
<b>10.1 BIBLIOGRAFÍA O FUENTES ELECTRÓNICAS</b> .....	151

# CAPITULO 1

## 1.1 INTRODUCCIÓN

Enfermería es hablar de ciencia, disciplina, vocación, humanismo, excelencia y cuidado dirigido a la vida, la salud y la enfermedad de la persona y la sociedad, porque esta disciplina trasciende a partir de cuidar más allá de la parte física del ser humano y participa de manera positiva en el desarrollo de estilos de vida, al educar para el autocuidado de la salud, y llegar a intervenir en el fomento de una mejor calidad de vida de la persona y la población.

Esta disciplina parte de la investigación científica, ya que es un conjunto de acciones planificadas que permite resolver total, o de manera parcial, un problema científico determinado; rechazar los supuestos de una teoría ya existente, crear y validar nuevas teorías; por tanto, sería importante mencionar que la enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo xx que posee un cuerpo teórico conceptual propio, mismo que sustenta sus principios y objetivos, ya que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica y posee, además, un método científico propio de actuación “El proceso de atención de enfermería (PAE)” que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud y la vida de las personas.<sup>1</sup>

El cuidado es la razón de ser de la profesión, y constituye su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés de la investigación en la enfermería; esto permitirá consolidar científicamente su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos y principios en los que se basan la educación, la gestión y el cuidado holístico de enfermería. Los cuidados de enfermería, por tanto, deben acompañar todas las etapas de la vida, y no sólo en la enfermedad, ya que los tratamientos nada más se dirigen a los efectos nocivos que la causan, es decir, no se puede vivir sin cuidados, curar no puede reemplazar el cuidar, ya que debe haber un enfoque que anticipe el daño (Colliere, 1993).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC. Pacheco Arce A. L. 2012. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.CAPITULO 1 Enfermería, ciencia y arte del cuidado pág:1

<sup>2</sup> Colliere M. ¿Una nueva enfermera?, en Promover la vida. España. McGraw-Hill, 1993. Enfermeras, Teóricas <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias6.htm>

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Debido a la gran diversidad de los sistemas de trabajo de Enfermería resulta necesario establecer líneas metodológicas que permitan la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería con criterios unificados y homogéneos encaminados a mejorar la calidad y atención de Enfermería. Caracterizado por el enfoque humanístico que no solo abarca cuidados específicos de la patología si no un enfoque holístico, además de la vinculación de las Clasificaciones taxonómicas de Diagnósticos de Enfermería North American Nursing Outcomes (NANDA); Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) Y Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

La estandarización de los cuidados de enfermería y la institucionalización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) incorporan el uso de sistemas que permitan identificar el estado de salud o los problemas de la persona, familia o comunidad factibles de prevenir, resolver o reducir mediante actividades que el profesional de enfermería realice de forma independiente, elementos que la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector salud ha impulsado como garantía de calidad y la disminución de eventos adversos para la atención de los pacientes en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud y como línea de acción del Sistema Integral de Calidad (Si Calidad) planteada en el Programa Sectorial de salud 2007-2012 (PROSESA).

Los Planes de Cuidados de Enfermería se han elaborado en la Comisión Permanente de Enfermería con la colaboración de instituciones de salud, educativas y de organismos gremiales, utilizando la metodología incluida en el lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería elaborado y difundido por la Comisión Permanente de Enfermería.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería. Galindo Becerra María. Secretaria de Salud 2012. Artículo pdf. Disponible en [file:///c:/users/mymy/downloads/enf-4%c2%b0-cbde-catalogo.pln .nac .cuidados-de-enfermer%c3%ada.ssa %20\(1\).pdf](file:///c:/users/mymy/downloads/enf-4%c2%b0-cbde-catalogo.pln .nac .cuidados-de-enfermer%c3%ada.ssa %20(1).pdf)



## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 General:

Demostrar a través del instrumento de evaluación que el personal de Enfermería del Hospital General Xoco que está capacitado, presenta mejor elaboración de Planes de Cuidados Estandarizados en comparación con los que no se capacitan.

### 1.3.2. Específicos:

- Comprobar la necesidad de un programa de capacitación continua para el personal de enfermería y que este pueda brindar un servicio eficiente, reflejándose en la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados.
  
- Brindar herramientas que faciliten la elaboración de los planes de cuidados mediante un mapa conceptual de Proceso de Atención de Enfermería.
  
- Describir la importancia de una adecuada Elaboración de Planes de Cuidado de Enfermería Estandarizados para el área clínica, Médico legal.

## 1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

. ¿El personal de Enfermería del Hospital General Xoco que recibe una continua capacitación realiza diferentes Planes de Cuidados en comparación a los que no se les capacita?

## **1.5 HIPÓTESIS**

El personal de Enfermería del Hospital General Xoco que adquiere capacitación continua elabora planes de cuidado de acuerdo a los lineamientos estandarizados.

### **1.5.1 HIPOTESIS NULA**

El personal de Enfermería del Hospital General Xoco que no adquiere capacitación continua no elabora planes de cuidado de acuerdo a los lineamientos estandarizados.

## **CAPITULO 2**

### **2.1 MARCO HISTÓRICO**

#### **2.1.1 ENFERMERÍA, CIENCIA Y ARTE DEL CUIDADO.**

La enfermería es una ciencia reconocida desde el siglo XX que posee un cuerpo teórico conceptual propio, mismo que sustenta sus principios y objetivos, ya que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica y posee, además de un método científico propio de la actuación el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que incluye técnicas y procedimientos dirigidos al cuidado de la salud y la vida de las personas. El surgimiento de la Enfermería profesional con Florence Nightingale; quien enseñó que una de las funciones más importantes en la disciplina era crear mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre el paciente, y esta concepción sigue vigente.

La ciencia de la Enfermería se basa en su amplio sistema de teorías que se aplican en el PAE, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, familia y comunidad. La enfermería que se comprende como el arte de cuidar y sigue siendo la razón de ser de esta profesión, misma que sigue siendo líder por excelencia del cuidado.<sup>4</sup>

#### **2.1.2 LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN MÉXICO**

El gremio de enfermería constituye el sector más numeroso en las instituciones de salud, más de la mitad de los profesionistas que prestan sus servicios son enfermeras y enfermeros. Es por ello que, para garantizar calidad en la atención institucional, es necesario asegurar la calidad de la fuerza laboral de enfermería.

La enfermería es, entonces, un servicio que se desarrolló, hasta que ahora se reconoce la necesidad de su regulación y control, en virtud de ofrecer a la sociedad un servicio libre de riesgos y con garantía en la calidad.

---

<sup>4</sup> MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capítulo 1; Enfermería, ciencia y arte del cuidado, Páginas 1, 2.

Es por ello que se establecieron los sistemas de acreditación de programas académicos, certificación profesional y como garantía de interés público, el sistema de registro de licencias y grados académicos. Un servicio con obligaciones de colaboración en el equipo de salud, pero también con responsabilidades exclusivas y específicas en relación de la continuidad de la vida y el bienestar holístico. Enfermería, arte antiguo, ciencia humana nueva, práctica humanitaria que evolucionó desde que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte, hasta hoy en día, se le aprecia como una disciplina humanística, un servicio con obligaciones de colaboración en equipo de la salud, pero también con responsabilidades exclusivas y específicas en relación con la continuidad de la vida y conservación del bienestar físico y mental. En este período de desarrollo de la enfermería y coincidiendo con Madame Calliere<sup>5</sup>; es factible identificar cuatro períodos, por los cuales también se ha transitado para lograr la construcción de la carrera y profesión de enfermería que se necesita en México (Ver cuadro 1).<sup>6</sup>

### 2.1.2 ORÍGENES DE LA ENFERMERA PROFESIONAL Y LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS.

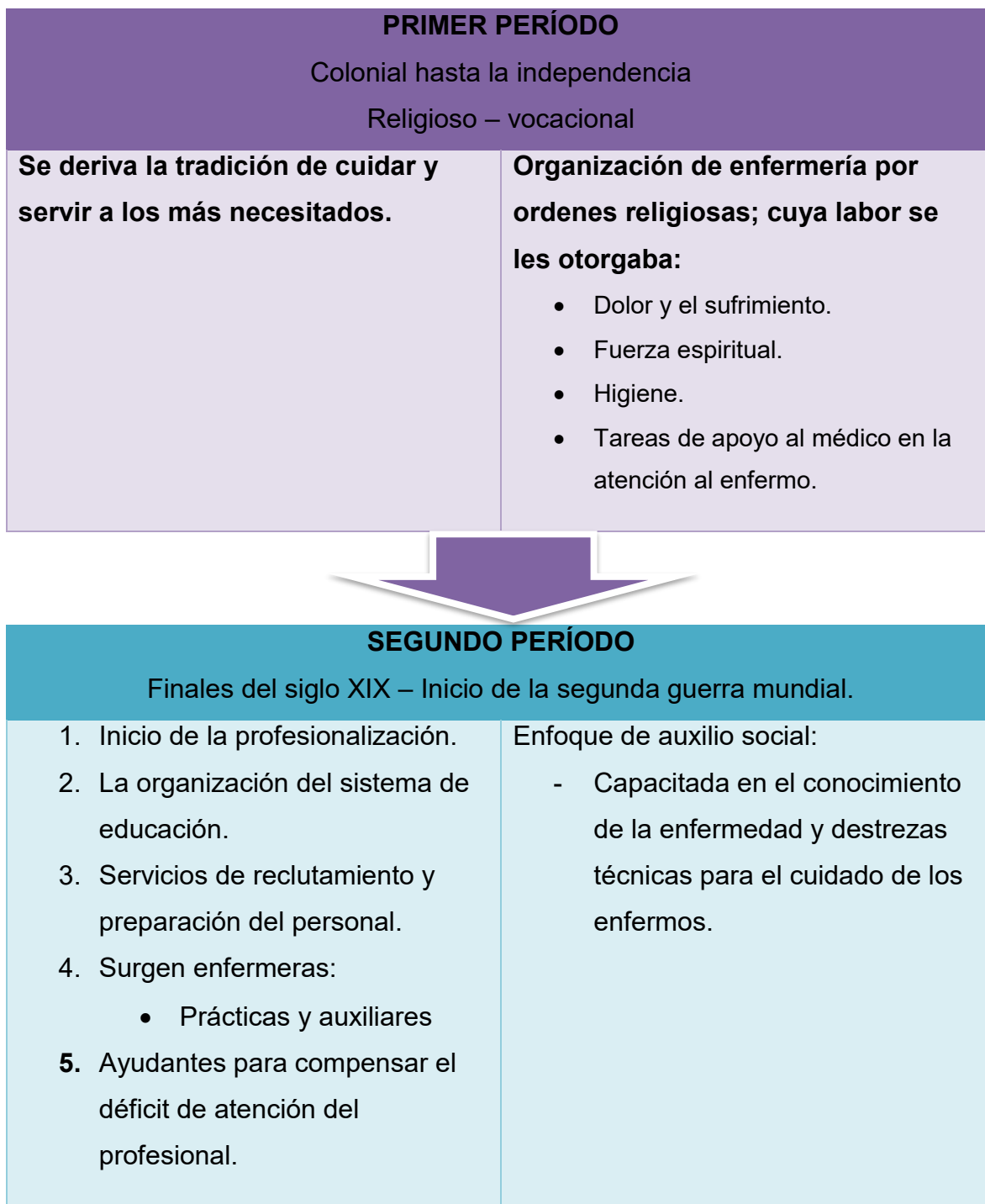
La enseñanza formal de enfermería comienza en la transición al siglo XX, aunque precisamente cuando en México apenas se estaba gestando la idea de preparar enfermeras de carrera, en Europa y Estados Unidos de América ya existían enfermeras profesionales egresadas de escuelas que se crearon con ese propósito. En México el sistema de enseñanza fue determinado por la experiencia de enfermeras británicas y estadounidenses; sin embargo, se debe de una fuerte influencia de la estrategia europea, en particular, la francesa, en el surgimiento del sistema de formación profesional en México (ver cuadro 2).

---

<sup>5</sup> Prof. de Ciencias y Técnicas Sanitarias y Sociales, Universidad de Lyon II, Francia Autora de "Promover la Vida" + 27 de enero de 2005.

<sup>6</sup> Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC Y NOC. Ramírez Tabales A. 2012 McGRAW-HILL interamericana editores capítulo 2 La práctica profesional en México. Página 13 – 14.

**Cuadro 1. Períodos de transición de Enfermería.<sup>7</sup>**



<sup>7</sup> Modelos de cuidados de enfermería, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capítulo 2 La práctica profesional en México. Páginas: 14,15 y 16.

## TERCER PERÍODO

Segunda guerra mundial – Época contemporánea

Período de transición porque socialmente se identificaba a la enfermera aún como auxiliar de la medicina.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Enfermería militar.</li><li>2. La organización piramidal de las jerarquías en la profesión.</li><li>3. Control y programas de formación:<ul style="list-style-type: none"><li>- Integración o surgimiento de las escuelas de enfermería.</li></ul></li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. En 1970 – 1979 período de transición estatus de la profesión.</li><li>2. Inicio de cursos pos técnicos.</li><li>3. Incremento de las enfermeras:<ul style="list-style-type: none"><li>- Prácticas.</li><li>- Técnicas.</li><li>- Universitarias nivel técnico.</li><li>- Profesionistas egresadas de nivel superior.</li><li>- Especialistas, maestría y doctorado.</li></ul></li></ol> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## CUARTA ETAPA

Época moderna

Preceptos teóricos – científicos de cuidados enfermeros

1. Reglamentar el ejercicio profesional.
2. Distinguir funciones de profesionales.
3. Centrar la práctica y la formación en un enfoque holístico.
4. Se reconoce como ciencia en el siglo XX, posee un cuerpo teórico propio que sustenta sus propios principios y objetivos, que se encuentran en constante renovación a través de la investigación científica.
5. Método científico PAE técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de las personas.

Cuadro 2. Orígenes de la enfermera profesional y la formación de las enfermeras. <sup>8</sup>

Inglaterra	Francia	Estados Unidos de América	México
<p>Sistema de implantación de Florence Nightingale (1860)</p> <p>Escuela de las Diaconisas Alemania.</p> <p>Modelo Nightingale.</p> <p>Escuela – Hospital.</p>	<p>1. Primera escuela profesional de enfermería en el hospital Salpêtrière (1 de abril 1878).</p> <p>2. Proporcionar atención médica a enfermos sin recursos.</p> <p>3. Separación de la iglesia – estado (siglo XVII).</p>	<p>Escuelas de enfermería:</p> <p>1. Hospital de mujeres Filadelfia (1861).</p> <p>2. Hospital de mujeres y niños de nueva Inglaterra.</p> <p>3. Programa formal de las Diaconisas Kaiserworth (1872).</p>	<p>1. Deficiencia en las instalaciones y atención.</p> <p>2. expulsión de la orden religiosa “Hermanas de la caridad”. Se acentúa la crisis en la Atención Hospitalaria (responsabilidad de personas sin preparación).</p>

<sup>8</sup> Modelos de los cuidados de enfermería NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capítulo 2. La profesionalización en México. Páginas: 16, 17, 18 y 19.



<p>Sistema de educación.</p> <p>Funciones y cualidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puntualidad.</li> <li>2. Orden.</li> <li>3. Limpieza.</li> <li>4. Método.</li> <li>5. Habilidad técnica.</li> </ol> <p>Promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p>	<p>Programa de estudios obligatorio por la asistencia pública:</p> <p>Cursos teóricos – práctico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anatomía y fisiología.</li> <li>2. Técnicas de cuidado.</li> <li>3. Prácticas:</li> </ol> <p>-Vendajes.</p> <p>-Registro de signos vitales.</p> <p>-Tendido de cama.</p>	<p>Duración de un año dividida en cuatro períodos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cirugía.</li> <li>2. Medicina.</li> <li>3. Maternidad.</li> <li>4. Asistencia domiciliaria.</li> </ol> <p>Cambios en la formación:</p> <p>Formación académica antes de la práctica hospitalaria.</p>	<p>Escuela de enfermería en México se inaugura el 9 de febrero de 1907, en el Hospital General de México:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Anatomía, fisiología y Curaciones.</li> <li>b) Higiene y curaciones en general.</li> <li>c) Pequeña farmacia y cuidados obstétricos.</li> </ol>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 2.1.3 FORMACIÓN DE ENFERMERAS EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM).

La reapertura de la UNAM en septiembre 22 del centenario de la Independencia de México, las escuelas de enfermería se integraron a la UNAM.

1. El 16 de septiembre de 1911 la escuela de Enfermería queda bajo jurisdicción de la Escuela de Medicina donde se modifica el esquema de formación.
2. 1912 se estableció el primer plan de estudios de dos años con cuatro cursos básicos;
  - a) Anatomía
  - b) Fisiología
  - c) Higiene
  - d) Clínica para las Enfermeras (Aplicación de patología y farmacia terapéutica)
3. El segundo curso clínica comprendía la práctica de procedimientos para la atención de enfermos en el hospital.
4. Carrera Obstétrica (Formalizó 1867) se impartía en dos años de teoría y clínica Obstétrica.

Se formó a las enfermeras quienes adquirieron la responsabilidad de los servicios en algunas instituciones hospitalarias. En enero de 1945 se establece el Estatuto General de UNAM y con ello la separación de la Escuela de Enfermería de la de Medicina. Surge la Ley General de Profesiones que regula el Ejercicio de la Enfermería (inicia 1947), en dicho plan se refuerza la base científica de la Enfermería, el contenido humanista, prácticas como enfermería quirúrgica y fisioterapia. Se busca crear una identidad propia de Enfermería, se interesan por vincular a las Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) con instituciones de salud. En 1949 se reorganiza el Plan de Estudios, 1950 se promueve una ampliación del contenido, se centra en la importancia de desarrollar la capacidad de Educadora para la Salud, siendo una característica importante en el Perfil Académico-Profesional. A fin de promover la Profesionalización de la

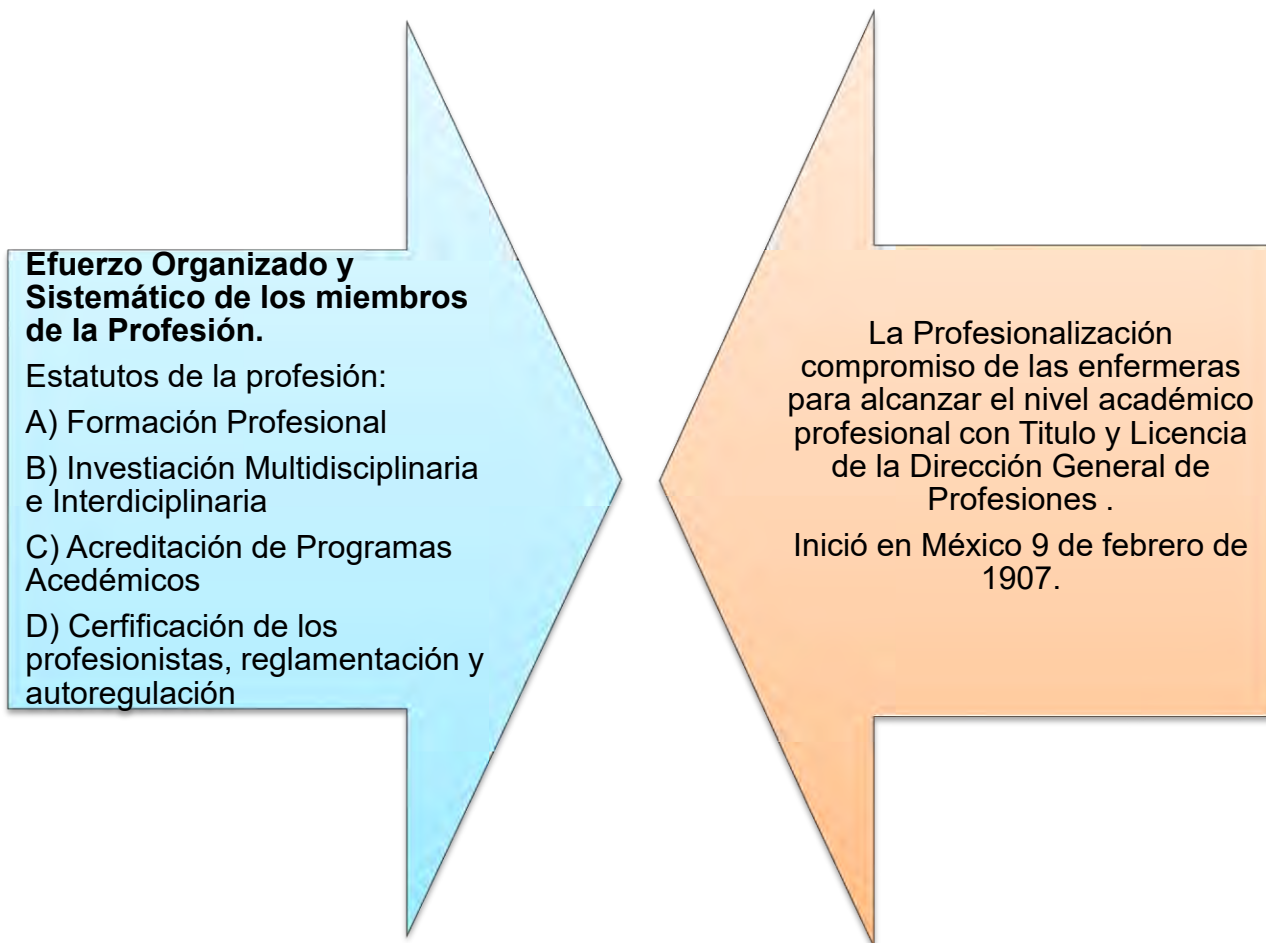
docencia en Enfermería, en 1952 se inició con cursos de formación de Docentes los cuales la ENEO ha contribuido con el sistema de desarrollo de Docencia.

En la década de los 1960 – 1969 época de conquista de y formalización de la enfermera como académica, de compromiso e interés por desarrollar una carrera a nivel de las exigencias de la UNAM y a la altura de las necesidades de la salud en la que enfermería estaba participando para resolver. En 1968 se suprime la carrera de Obstetricia, la cual se integra para complementar la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

En la actualidad ese proceso participativo culminó con una importante transformación del plan de estudios, diferencias de perfil Técnico y Licenciatura, restablece una identidad profesional, valora la formación universitaria y fortalece el compromiso social de la enfermera con las necesidades de salud de la mayoría a través de aplicar y estudiar un enfoque de riesgo con experiencias de aprendizaje, donde el alumno aplica el conocimiento para no cometer daños a la salud. Las tendencias en el proyecto de formación se orientan hacia la modernización de las condiciones para el aprendizaje, un proceso flexible donde las enfermeras se comprometan más con su formación y con el desarrollo de sus habilidades de pensamiento formal, analítico y una mayor y más eficaz colaboración con las instituciones de salud.

## 2.1.4 PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO.

Se entiende a partir de dos vertientes:



La licenciatura en Enfermería se inició en 1967, su desarrollo fue lento, índice bajo en relación ingreso – egreso – titulación. Las primeras generaciones se ubicaron en la docencia y la investigación, de manera transitoria en los hospitales, pero frente a los pacientes predominaban enfermeras técnicas y auxiliares, es por ello la importancia de la Profesionalización con una formación superior en el cuidado de los pacientes. En 1975, por recomendación de la Organización Panamericana de la Salud se inicia el proyecto de Profesionalización en el nivel Superior, se incluía Enfermeras Técnicas y Auxiliares, la ENEO se une al proyecto implementando para impulsar la Nivelación. Ya en los años 1997 – 2010 las matrículas ya habían incrementado, tratando de cubrir en todos los aspectos. Se creó el Sistema de Educación Abierta de la ENEO; dar lugar a la educación a Distancia: para enfermeras Auxiliares y Técnicas que por situaciones territoriales,

etnográficas, económicas, culturales y hasta de género no habían tenido acceso a la formación Universitaria.

Debe destacarse, entonces, que la profesionalización de enfermeras ha logrado cobertura Nacional, establece bases para acuerdos de retabulación y reorganización del sistema de Enfermería para los pacientes, contribuyendo a mejorar la práctica de Enfermería Clínica y la gestión de servicios de enfermería.<sup>9</sup>

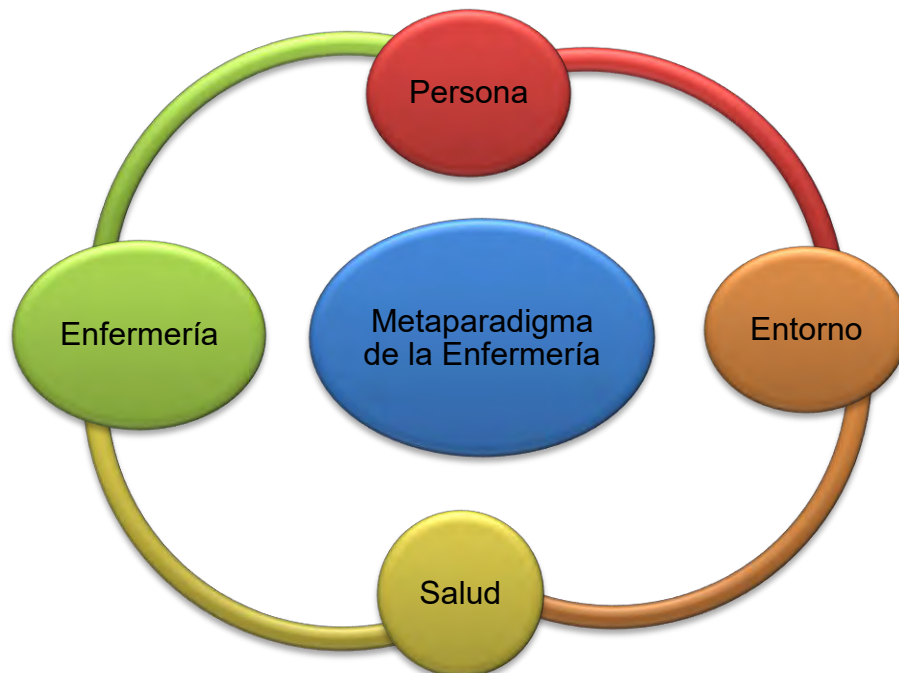
---

<sup>9</sup> MOD ELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capitulo 2; Practica Profesional en México, Paginas 21 y 24.

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

### 2.2.1 MÉTODO DE ENFERMERÍA; METAPARADIGMA ENFERMERO.

Campo de acción en la atención de la Salud es el *Cuidado Enfermero*, las teóricas consensuaron que la práctica se centra en cuatro aspectos: se ha establecido un consenso tomando a estos cuatro conceptos como los principales núcleos de la enfermería teórica. Por sí solos no adquieren significado, pero a través de un modelo teórico que les dote de contenido, cobrarán un sentido unitario.



10

La historia de la enfermera profesional comienza con Florence Nightingale (ver cuadro 3), sus escritos posteriores sobre enfermería sirvieron como guía para establecer escuelas de Enfermería en Estados Unidos a principios del siglo XX. Empezó a surgir lo que se conoce como la *Era de la investigación*: consideraron que la investigación era el camino hacia el nuevo conocimiento. Seguida de la *era de la educación superior*. Fue la fase contemporánea, el énfasis se hace en el uso de la teoría y desarrollo continuo de la teoría y su desarrollo continuo. A mediados del siglo XIX, Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de

---

<sup>10</sup> MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capítulo 3; Método de Enfermería: Herramienta importante para la aplicación de teorías de Enfermería, Pagina 29.

enfermería era distinto al de medicina. Describió que la función propia de una enfermera era el hecho de poner el paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él o ella. En 1950 se confirma la enfermería como ciencia.

En 1980, los desarrollos en la teoría de la enfermería caracterizaron una transición del período paradigmático. Los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían distintas perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior de las enfermeras. La clasificación de los modelos de enfermería como paradigmas, que lanzan un metaparadigma con los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería, vislumbra las obras teóricas de la enfermería de una manera sistemática que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento, sitúa los trabajos de las teóricas en un contexto más amplio, y facilita la comprensión del crecimiento de la ciencia enfermera dentro de las perspectivas de este paradigma. “La mejor manera de entender la ciencia es como aquella actividad que combina investigación (los avances del conocimiento) y teoría (la explicación del conocimiento).”<sup>11</sup>

La enfermería es la única de las profesiones del área de la salud cuyo objeto de estudio es *el cuidado de la persona en su totalidad*. Una acertada definición la da M. Françoise Collière: “El arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida”.<sup>12</sup> Surgen teorías de enfermería que dan soporte científico para describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos propios de la profesión que en la actualidad se considera una disciplina científica. Quienes han teorizado tienen una filosofía de lo que es la profesión; dicha constituye el fundamento para la

---

<sup>11</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Phd, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 1. Introducción a la teoría de la Enfermería; Historia, Terminología y Análisis. Páginas 4 – 7.

<sup>12</sup> 14.1.3. Objeto de estudio de la disciplina enfermera. Metaparadigma enfermero. Artículo PDF. Disponible en [http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO\\_OPCL/Anexo\\_14\\_web.pdf](http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf)

aplicación del proceso científico. Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y también como fundamento de la aplicación del proceso científico. Las teorías conceden autonomía profesional porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación en la disciplina. (Ver cuadro 4). Cada propuesta de teórica proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos y la planeación, ejecución y la evaluación de la intervención de enfermería. Las teorías se aplican en el Proceso de Atención de Enfermería o Método de Enfermería (ME).<sup>13</sup>

La teoría ayuda a la práctica enfermera a:

- A. Organizar, comprender y analizar los datos del paciente
- B. Tomar decisiones sobre las intervenciones enfermeras
- C. Planificar el cuidado del paciente
- D. Predecir los resultados esperados del cuidado
- E. Evaluar los resultados del paciente <sup>14</sup>

### 2.2.2. MODELOS Y TEORÍAS ENFERMERAS.

El modelo conceptual de enfermería trata de representar el ideal de lo que la enfermería debería ser, mediante la definición y la relación de sus elementos metaparadigmáticos: persona, salud, entorno y rol profesional. Son al mismo tiempo una representación y una propuesta de realidad ideal. Los modelos son un paso previo a la elaboración de las teorías. Las proposiciones que se plantean en el modelo teórico deben ser comprobadas por medio de la investigación en la práctica. Si la propuesta de funcionamiento se pone en práctica a través del método científico, en nuestro caso el proceso enfermero, investigando será posible comprobar la validez del modelo teórico. Si la investigación demuestra que la proposición es correcta, entonces se podrá desarrollar la teoría enfermera. En caso de no ser válida, habrá que reformular o rechazar el modelo teórico. Es conveniente señalar que, contrariamente a lo que se cree, los modelos no están

---

<sup>13</sup> MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capítulo 3; Método de Enfermería: Herramienta importante para la aplicación de teorías de Enfermería, Pagina 29 – 30.

<sup>14</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Phd, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Sciece. Capítulo2. Importancia de la teoría para la enfermería como disciplina y profesión. Página 17.



alejados de la práctica. En realidad, alcanzan su verdadero significado cuando son empleados y validados en la práctica enfermera, en cualquiera de sus funciones: asistencial, docente, investigadora o administrativa.

### 2.2.3 VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MODELOS TEÓRICOS.

Por una parte, el hecho de posibilitar una representación teórica de la intervención enfermera es una ventaja en sí misma, puesto que su actuación práctica queda reflejada en un documento escrito, que permanecerá a lo largo del tiempo.

Por otra, al ser una abstracción de la realidad, nos puede ayudar a identificar y explicar el núcleo o la esencia de la actuación de enfermería. El representar teóricamente una realidad compleja, así como sus relaciones laborales, contribuye a clarificar la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad de los profesionales de la salud. Este hecho también ayudará a adquirir y reforzar las competencias que le son propias.

### 2.2.4 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno. Define relaciones entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos. Se diferencia del modelo en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica.

**Interacción:** se fundamentan en las relaciones entre las personas. Para lograr el objetivo perseguido es necesario establecer una interacción recíproca. Las características personales, el autoconcepto y las capacidades comunicativas son pilares básicos en estos modelos. La persona constituye un elemento activo en el cuidado de su salud, y la atención se centra en ella.

**Evolucionistas:** se centran en la teoría del desarrollo, subrayan el progreso, la maduración y el crecimiento. Su atención se centra en el cambio como fenómeno ordenado y predecible, y que toma una dirección concreta. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo.

**De necesidades humanas:** el núcleo en el que se fundamentan las acciones enfermeras es la teoría de las necesidades humanas, para la vida y la salud.

**De sistemas:** se basan en la concepción de las personas como sistemas abiertos, que mantienen una relación de retroalimentación con el entorno. El estado óptimo del sistema es el equilibrio, que se alcanza cuando las fuerzas externas e internas están compensadas. La meta es considerar los fenómenos de forma global más que como la suma de sus partes.

### 2.2.5 PARADIGMAS ENFERMEROS

Desarrollada por Suzanne Kérouac et al., esta clasificación se basa en los conceptos, ideas y postulados que los modelos teóricos tienen en común. Se trata de una clasificación genérica y amplia que identifica tres paradigmas:

- **Categorización:** se orienta hacia la salud pública y hacia la enfermedad.
- **Integración:** con una atención centrada en la persona.
- **Transformación:** orientado hacia la persona unitaria en interacción con el universo.

#### A. Paradigma de categorización

Tomando como base este paradigma, los fenómenos son simplificados para poder analizarlos, cuantificarlos y más tarde clasificarlos. La meta de los modelos englobados en el paradigma de categorización es encontrar la causa de la enfermedad. Se pueden distinguir dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad.

1. Orientación hacia la salud pública Se caracteriza por la necesidad de mejorar las condiciones higiénicas de la época. Entre los siglos XVIII y XIX las hambrunas, las guerras y las epidemias infecciosas de enfermedades como la peste, el paludismo, el tifus exantemático, el cólera, el sarampión, la viruela, la gripe, la escarlatina y otras muchas, diezmaban a la población.

La máxima representante de este paradigma es Florence Nightingale que basaba su atención en aplicar los principios de higiene pública, en la utilización de conocimientos estadísticos comparativos y en una enseñanza formal y rigurosa.

## 2. Orientación hacia la enfermedad

Esta etapa comienza en el siglo XIX. Focaliza el interés en la enfermedad y está muy relacionada con la práctica médica. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. La persona es un sujeto pasivo del cuidado, se deja hacer, no se le permite participar de su propio cuidado. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. Se separa la dimensión biológica de la dimensión psicológica y se estudian los aparatos/ sistemas por separado.

Durante esta época se focaliza en el control de las infecciones, mejorando los métodos antisépticos y las técnicas quirúrgicas.

### B. Paradigma de integración

Prevalente entre los años 1950 y 1975, es consecuencia de la definición de salud de la OMS (1948). Coincide con el auge del modelo biopsicosocial.

A diferencia del paradigma de categorización, en éste se integran los fenómenos en unas circunstancias particulares. Está fuertemente influenciado por la psicología. El elemento hacia el que se orienta este paradigma es la persona, concebida como un todo, formado por la suma de sus partes, que están interrelacionadas. El cuidado es constante, el paciente/cliente es el protagonista y adquiere responsabilidad en su proceso.

La mayoría de los modelos teóricos pertenecen a este paradigma.

PARADIGMA	ORIENTACIÓN	ESCUELA	AUTORA (AÑO)	MODELO (M)/TEORÍA (T)
Categorización	Salud pública		F. Nightingale (1859)	T. del entorno
	Enfermedad			
Integración	Persona	Necesidades	V. Henderson (1955)	Definición de enfermería
			D. Orem (1959)	T. del déficit de autocuidado
		Interacción	H. Peplau (1952)	M. de relaciones interpersonales
		Efectos deseables	D. Johnson (1968)	M. del sistema conductual
			C. Roy (1971)	M. de adaptación
Promoción de la salud	M. Allen (1963)	M. de promoción de la salud en la familia		
Transformación	Mundo	Ser humano unitario	M. Rogers (1970)	M. de los seres humanos unitarios
			M. Leininger (1978)	T. de los cuidados culturales
		Caring	P. Benner (1984)	Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería

Tabla 14.3. Clasificación de la producción científica enfermera

### C. Paradigma de transformación

La persona es considerada de forma holística, como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, es indisociable de su universo. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano y su entorno. Se trata así de un enfoque de promoción de la salud que incita a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y participar con objeto de mejorar su bienestar. La salud es una cuestión subjetiva a la que la persona da una importancia determinada por sus experiencias pasadas y presentes. Representantes de esta corriente son Newman (1983), Parse (1981), Rogers (1970) y Watson (1985), etc.

#### 2.2.6 CLASIFICACIÓN DE MODELOS TEÓRICOS EN ESCUELAS

##### A. Principales características de las escuelas de enfermería

- **Escuela de necesidades:** define la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.
- **Escuela de interacción:** concibe la enfermería como un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.
- **Escuela de los efectos deseables:** intenta conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros.
- **Escuela de la promoción de la salud:** destaca el papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud.
- **Escuela del ser humano unitario:** se interesa por quién es y cómo es el receptor de los cuidados.
- **Escuela del caring:** centrada en el denominado caring. Este nuevo concepto implica un cuidado basado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.

##### Clasificación de Marriner y Raile

Martha Raile y Anne Marriner Tomey en la su obra Modelos y teorías en enfermería proponen en 2007, como tipos de trabajo teórico, las filosofías, los

modelos conceptuales en enfermería, las teorías en enfermería y las teorías intermedias en enfermería:




- Las **filosofías** analizan, razonan y exponen tratando de encontrar el significado de los fenómenos de la enfermería.
- Los **modelos** conceptuales de enfermería son amplios y definen los elementos metaparadigmáticos de la enfermería, proporcionando una perspectiva única de los mismos.
- Las **teorías** de enfermería están desarrolladas a partir de un marco conceptual, resultando más específicas que los modelos, conforman la categoría más específica de la clasificación, se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.
- Las **teorías intermedias** son precisas y se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera. <sup>15</sup>

---

<sup>15</sup>Artículo PDF. Disponible en

[http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO\\_OPCL/Anexo\\_14\\_web.pdf](http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf)

## 2.2.7 LA ENFERMERÍA MODERNA: FLORENCE NIGHTINGALE.


	<p>• <b>FLORENCE NIGHTINGALE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia Italia.</li> <li>-Recibió clases de matemáticas, religión y filosofía (materias que ejercieron una influencia en su trabajo).</li> <li>-Su formación como enfermera la completo en la Institución de Kaiserworth en Alemania.</li> </ul>		
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistió a la Guerra de Crimea en noviembre de 1854</li> <li>2. Su misión era proporcionar atención enfermera.</li> <li>3. Resolvió problemas que existían en el entorno como la falta de higiene y suciedad.</li> <li>4. Su teoría sobre los cinco elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz).</li> <li>5. Sus informes la convirtieron en una científica sobresaliente y una investigadora empírica, así como Estadista.</li> </ol>		
	<p>Después de su extraordinario trabajo en la Guerra, se le concedieron fondos para establecer una Institución educativa de enfermería en el St. Thomas Hospital y en el King's College Hospital de Londres. <b>Florence Nightingale fundadora de la enfermería moderna.</b></p>		
	<p>La teoría sobre el entorno:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ventilación adecuada</li> <li>2. Iluminación</li> <li>3. Higiene</li> <li>4. Temperatura</li> <li>5. Silencio</li> <li>6. Dieta</li> </ol> <p>La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente.</p>		
<p><b>ENFERMERÍA</b></p> <p>Toda mujer ejercía la Enfermería, ya que consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona</p>	<p><b>PERSONA</b></p> <p>Como paciente, las tareas se realizaban para y por él para poder controlar su entorno</p>	<p><b>SALUD</b></p> <p>Sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Prevención de la enfermedad mediante el control del entorno</p>	<p><b>ENTORNO</b></p> <p>Elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas o enfermas. Creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno.<sup>16 17</sup></p>

<sup>16</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Phd, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Sciece. Capítulo 6 Florence Nightingale. La enfermería moderna. Páginas 66 – 70

<sup>17</sup> Sitio web disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?q=florence+nightingale&rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&source=Inms&bm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwifveMgYHbAhVBiqwKHQLZAwQ\\_AUICigB&biw=1366&bih=662](https://www.google.com.mx/search?q=florence+nightingale&rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&source=Inms&bm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwifveMgYHbAhVBiqwKHQLZAwQ_AUICigB&biw=1366&bih=662)

## 2.2.8 TEORÍAS DE LA ENFERMERÍA.

TEÓRICA	TEORÍA	ENFERMERÍA	PERSONA	SALUD	ENTORNO
 <p><b>Lydia E. Hall.</b> <sup>18</sup></p>	<p>El modelo de introspección, cuidado y curación.</p> <p>1. La persona: Ciencias sociales. Uso Terapéutico del yo (elementos de la enfermería) “La introspección”</p> <p>2. El cuerpo Ciencias naturales y biológicas. Cuidado íntimo corporal. “El cuidado”</p> <p>3. La enfermedad Ciencias patológicas y terapéuticas. Consideración del paciente y de la familia mediante el cuidado médico. “La Curación”.</p>	<p>1. Puede y debe ser profesional.</p> <p>2. Profesionales tituladas que puedan responsabilizarse del cuidado y de la enseñanza de los pacientes.</p> <p>3. Tras el período de crisis el paciente está más dispuesto a aprender de las enseñanzas de la enfermera.</p> <p>4. La enfermera que se relaciona con el paciente entra en un proceso de enseñanza y aprendizaje.</p> <p>5. La personalidad del paciente para poder modificar el proceso patológico.</p>	<p>1. Los pacientes alcanzan su máxima capacidad mediante el proceso de aprendizaje.</p> <p>2. La terapia que precisan es la educación.</p> <p>3. La rehabilitación: es aprender con sus limitaciones, habilidades físicas y mentales.</p> <p>4. Conocerse a uno mismo, sentimientos, conductas y descubrir las motivaciones.</p> <p>5. Enseñanza – Aprendizaje</p>	<p>1. Ponerse enfermo no es una conducta.</p> <p>2. Los sentimientos de los cuales la persona no es consciente son la base de los problemas de adaptación, condicionan la enfermedad.</p> <p>3. La curación ayudando al paciente a la “Autoconciencia” cuando conozca sus verdaderos sentimientos y motivaciones será libre.</p>	<p>1. Los servicios de enfermería hospitalaria están organizados para realizar tareas con eficacia.</p> <p>2. En los centros médicos existen dos fases de cuidado médico: - La crisis biológica y la medicina evaluadora. <sup>19</sup></p>

<sup>18</sup> Sitio web disponible en: <http://teoristasenfermeria.blogspot.mx/2016/05/lydiahall-modelo-del-nucleo-el-cuidado.html>

<sup>19</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Phd, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 10. Lydia E. Hall. El modelo de introspección, cuidado y curación. Páginas 134- 139.

## TEÓRICA



Dorothea E. Orem <sup>20</sup>

## TEORÍA

La teoría enfermera del déficit de autocuidado.

Describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit del autocuidado, que escribe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

Un requisito de autocuidado formulado comprende:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida

Requisitos de autocuidado universales:

1. El mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficiente.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.


La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Sitio web disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbn=isch&sa=1&ei=wcP4WvWxC4S2sAXOhbuoBQ&q=dorothea+orem+&og=dorothea+orem+&gs\\_l=img..3..0l10.122285.126735.0.127474.20.14.0.4.4.0.217.1371.0j8j1.9.0....0...1c.1.64.img..8.12.1333...0i67k1.0.k2Yw\\_xk\\_2yl#imgrc=O2P7MWz57V1A9M:](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbn=isch&sa=1&ei=wcP4WvWxC4S2sAXOhbuoBQ&q=dorothea+orem+&og=dorothea+orem+&gs_l=img..3..0l10.122285.126735.0.127474.20.14.0.4.4.0.217.1371.0j8j1.9.0....0...1c.1.64.img..8.12.1333...0i67k1.0.k2Yw_xk_2yl#imgrc=O2P7MWz57V1A9M:)

<sup>21</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 13. Dorothea E. Orem. La teoría enfermera del déficit de autocuidado. Páginas 189 – 197.




TEÓRICA	TEORÍA	ENFERMERÍA	PERSONA	SALUD	ENTORNO
 <p>Martha E. Rogers<sup>22</sup></p>	<p><b>Seres humanos unitarios.</b></p> <p><b>Resonancia:</b> El cambio continuo entre los movimientos de ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno.</p> <p><b>Helicidad:</b> La creciente diversidad, continúa, innovadora y probable de los modelos de los campos humano y del entorno.</p> <p><b>Reciprocidad:</b> Integración mutua y continua entre el campo humano y el entorno.</p> <p><b>Integración:</b> El proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno.</p>	<p>Se considera como:</p> <p><b>1. Ciencia:</b> Empírica; la integración de las personas y su entorno, que funciona como un universo pandimensional. Con fin de fomentar la salud y el bienestar de los individuos.</p> <p><b>2. Arte:</b> es el uso creativo de la ciencia de la enfermería que serviría para provocar una mejora en las personas.</p>	<p>Sistema abierto en proceso continuo con el sistema abierto, que es su entorno (Integración).</p> <p>“Campo de energía irreducible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y a las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto.</p>	<p>La salud pasiva para simbolizar un estado bueno de salud y la ausencia de enfermedad y dolencias graves.</p> <p>Es un valor definido por la cultura o el individuo.</p> <p>Son manifestaciones del modelo y se consideran “Indicadores de los comportamientos que son de alto y bajo valor.”</p>	<p>Un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, diferentes de los de las partes. Cada campo humano. Ambos cambian de un modo continuado y creativo. Son infinitos y su modificación siempre es innovadora e impredecible y se caracteriza por una diversidad en aumento.<sup>23</sup></p>

<sup>22</sup> Sitio web disponible en:


[https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=RMT4WtvuHgyYtgXg0JmgBQ&q=martha+rogers&og=mar&gs\\_l=img.3.0.0i67k1j0i67k1i2j0i6.47860.63477.0.64979.4.4.0.0.0.267.495.0j2j1.3.0....0...1c.1.64.img..1.3.492....0.TtibK8aKJw0](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=RMT4WtvuHgyYtgXg0JmgBQ&q=martha+rogers&og=mar&gs_l=img.3.0.0i67k1j0i67k1i2j0i6.47860.63477.0.64979.4.4.0.0.0.267.495.0j2j1.3.0....0...1c.1.64.img..1.3.492....0.TtibK8aKJw0)

<sup>23</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Sciece. Capítulo 15. Martha E. Rogers. Seres humanos unitarios. Páginas 227 – 232

TEÓRICA	TEORÍA	ENFERMERÍA	PERSONA	SALUD	ENTORNO
 <p><b>Sor Callista Roy</b><sup>24</sup></p>	<p>El modelo de adaptación.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Entrada de información: Estímulos Nivel de adaptación.</li> <li>Proceso de control: Mecanismo de afrontamiento regulador relacionador</li> <li>Causantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Función fisiológica</li> <li>• Autoconcepto</li> <li>• Desempeño del rol</li> <li>• Interdependencia</li> </ul> </li> <li>Salida de información: Respuestas de adaptación y respuestas ineficaces.</li> </ol>	<p>Actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno: para fomentar la adaptación.</p> <p>Su objetivo: es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y grupos de personas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Para una buena salud.</li> <li>Buena calidad de vida.</li> <li>Morir con Dignidad.</li> </ol>	<p>Los sistemas humanos tienen la capacidad para pensar sentir, se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y a su vez influyen en el mismo. Los procesos internos (Relacionador y regulador) actúan para mantener la capacidad de adaptación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fisiológico</li> <li>La autoestima</li> <li>La función del rol</li> <li>Interdependencia</li> </ol>	<p>La salud pasiva para simbolizar un estado bueno de salud y la ausencia de enfermedad y dolencias graves. Es un valor definido por la cultura o el individuo. Son manifestaciones del modelo y se consideran “Indicadores de los comportamientos que son de alto y bajo valor.”</p> <p>La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y competente. Es un reflejo de su adaptación; persona y su entorno.</p>	<p>Todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales.<sup>25</sup></p>


<sup>24</sup> Sitio web disponible en: [https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbn=isch&sa=1&ei=iMT4Wo7mloqUtQW-z73gBA&q=betty+neuman&og=bet&gs\\_l=img.3.0.0i67k1I2j0I2j0i67k1j0I3j0i67k1j0.79709.87853.0.89498.5.4.1.0.0.303.582.2-1j1.2.0....0...1c.1.64.img..2.3.590...0i10k1.0.xoNCj\\_3milM](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbn=isch&sa=1&ei=iMT4Wo7mloqUtQW-z73gBA&q=betty+neuman&og=bet&gs_l=img.3.0.0i67k1I2j0I2j0i67k1j0I3j0i67k1j0.79709.87853.0.89498.5.4.1.0.0.303.582.2-1j1.2.0....0...1c.1.64.img..2.3.590...0i10k1.0.xoNCj_3milM)

<sup>25</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 17. Sor Callista Roy. El modelo de adaptación. Páginas 269 – 277

TEÓRICA	TEORÍA	ENFERMERÍA	PERSONA	SALUD	ENTORNO
 <p><b>Betty Neuman</b> <sup>26</sup></p>	<p>Modelo de sistemas. En su teoría une los cuatro conceptos básicos de persona, entorno, salud y enfermería en sus afirmaciones sobre prevención, primaria, secundaria y terciaria. Desarrolla herramienta de valoración e intervención, del Proceso de Atención Enfermería.</p>	<p>Profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés. La percepción de la enfermera influye en el cuidado que suministra. Desarrollo una herramienta de valoración e intervención.</p>	<p>Cliente / sistema cliente que puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad, o un problema social. Es un compuesto dinámico de interrelaciones entre factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fisiológico</li> <li>2. Psicológico</li> <li>3. Sociocultural</li> <li>4. Desarrollo y Espiritual</li> </ol>	<p>Un bienestar o una estabilidad óptimos indican que las necesidades totales del sistema están satisfechas. El cliente se encuentra en un estado dinámico ya sea de bienestar o de enfermedad, en diferentes grados, en cualquier punto temporal específico.</p>	<p>El entorno se define como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Los elementos estresantes (Intrapersonal, interpersonal y extra personal). Estas interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla.<sup>27</sup></p>

<sup>26</sup> Sitio web disponible en: [https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=iMT4Wo7mloqUtQW-z73gBA&q=betty+neuman&og=bet&gs\\_l=img.3.0.0i67k112j0l2i0i67k1j0l3i0i67k1j0.79709.87853.0.89498.5.4.1.0.0.0.303.582.2-1j1.2.0....0...1c.1.64.img..2.3.590...0i10k1.0.xoNCj\\_3milM](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=iMT4Wo7mloqUtQW-z73gBA&q=betty+neuman&og=bet&gs_l=img.3.0.0i67k112j0l2i0i67k1j0l3i0i67k1j0.79709.87853.0.89498.5.4.1.0.0.0.303.582.2-1j1.2.0....0...1c.1.64.img..2.3.590...0i10k1.0.xoNCj_3milM)

<sup>27</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Sciencence. Capítulo 18. Betty Neuman. Modelo de sistemas. Páginas 299 – 305.


TEÓRICA	TEORÍA	ENFERMERÍA	PERSONA	SALUD	ENTORNO
 <p><b>Hildegard E. Peplau</b><sup>28</sup></p>	<p>Enfermería psicodinámica. Relación enfermera paciente, el paciente y el conocimiento de sus sentimientos y la enfermera, y la conciencia de sus sentimientos. Presenta a la enfermería como una fuerza educativa madura que utiliza el método de aprendizaje mediante experiencias tanto para el paciente como la enfermera.</p>	<p>Un proceso importante, terapéutico, interpersonal. Trabaja con otros procesos humanos que hacen posible la salud para las personas en las comunidades. Es un instrumento educativo una fuerza, que pretende promover el desarrollo de la personalidad.</p>	<p>Un hombre; que vive en equilibrio inestable.</p>	<p>Símbolo de una palabra que implica un movimiento de la personalidad y otros procesos humanos en dirección a un estilo de vida creativo, constructivo, productivo, personal y comunitario.</p>	<p>El entorno se define como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Los elementos estresantes (Intrapersonal, interpersonal y extra personal). Estas interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla.<sup>29</sup> Las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura. Las condiciones generales que más probablemente lleven a la salud siempre incluyen el proceso interpersonal.<sup>30</sup></p>

<sup>28</sup> Sitio web disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbn=isch&sa=1&ei=v8f4WrKoHY2itQXs85bQBQ&q=peplau&oq=peplau&gs\\_l=img\\_3..018j0i30k1I2.1460.16762.0.17323.6.6.0.0.0.466.955.0j2j1j0j1.4.0..1.0...1c.1.64.img..2.4.954...0i67k1.0.0SnqrJrum4k](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbn=isch&sa=1&ei=v8f4WrKoHY2itQXs85bQBQ&q=peplau&oq=peplau&gs_l=img_3..018j0i30k1I2.1460.16762.0.17323.6.6.0.0.0.466.955.0j2j1j0j1.4.0..1.0...1c.1.64.img..2.4.954...0i67k1.0.0SnqrJrum4k)

<sup>29</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 18. Betty Neuman. Modelo de sistemas. Páginas 299 – 305.

<sup>30</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 21. Hildegard E. Peplau. Enfermería psicodinámica. Páginas 379 – 385.

TEÓRICA	TEORÍA	ENFERMERÍA	PERSONA	SALUD	ENTORNO
 <p><b>Ida Jean Orlando (Pelletier)<sup>31</sup></b></p>	<p>Teoría del proceso enfermero. Se centra en como provocar la mejoría de la conducta del paciente. Cuando la enfermera actúa da lugar a un proceso de acción, se le denomina <i>proceso enfermero</i>.</p>	<p>La función de la enfermería profesional consiste en descubrir la necesidad inmediata de ayuda al paciente y satisfacerla. La responsabilidad de la enfermera es comprobar que “las necesidades de ayuda del paciente se satisfacen ya sea directa o indirectamente pidiendo ayuda a terceros”. Para ella el proceso enfermero se divide en: 1. La conducta del paciente 2. La reacción de la enfermera. 3. Las acciones enfermeras La interacción de estas conforma el Proceso Enfermero.</p>	<p>Considera que el paciente tiene conductas verbales y no verbales. Observación de la conducta del paciente, cada paciente es único y responde de forma individual.</p>	<p>No definió la salud, pero asumió que a ausencia de problemas mentales y físicos y los sentimientos de adecuación y de bienestar contribuían a conseguir salud. “Orlando supuso implícitamente que los sentimientos de adecuación y de bienestar que provienen de las necesidades satisfechas mejoran la salud”.</p>	<p>No definió el entorno. Situación enfermera se da cuando existe contacto entre un paciente y una enfermera. Cualquier aspecto del entorno, aunque este diseñado para propósitos terapéuticos o de ayuda, puede causar molestia al paciente.<sup>32</sup></p>

<sup>32</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Sciencence. Capítulo 22. Ida Jean Orlando (Pelletier). Teoría del proceso enfermero. Páginas 399 – 405.

### 2.2.9 EL MODELO CONCEPTUAL EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS.

Manera concreta de trabajar con una realidad compleja, presentada esquemáticamente con el fin de considerarla globalmente, y de captar las relaciones entre sus elementos intrínsecos sus relaciones con el exterior. Las ventajas de un modelo conceptual:

- Delimitar el campo de actuación.
- Proporcionar observación y análisis
- Organizar los cuidados
- Hacer más personales y humanos los cuidados respondiendo a las necesidades de la persona.
- La aportación de los cuidados enfermeros en el campo de salud y del trabajo **interdisciplinario**.
- Revalorizar el rol autónomo de la enfermera.

#### **Modelo conceptual de Virginia Henderson**


Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en los conocimientos y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia. (Ver cuadro 5).

#### **El rol de la enfermera**

Ayudar al individuo, sano o enfermo, al mantenimiento y a la recuperación de la salud (o asistirle en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos.


**Independencia:** como una de las características de una persona capaz de ejercer libremente actividad depender de otro, capaz de ser autónoma.

**Necesidad:** es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo. (Ver cuadro 6).

TEÓRICA	TEORÍA
 <p>PATRONES DE SALUD DE M. GORDON.</p>	<p>Ofrece una apreciación de las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad según un proceso racional y científico, necesario para la determinación de su orden de identificación y evaluación. Se centra, en particular, en los comportamientos que se suceden a lo largo de la existencia humana, mostrando una imagen total de la persona, más que un fragmento o una parte de su vida.</p> <p>Todos los seres humanos tienen en común algunos patrones funcionales que contribuyen a su salud, calidad de vida y logro de su potencial humano. Estos patrones son el eje de la valoración de enfermería.</p>

<b>1. Percepción – manejo de la salud.</b>	<b>Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud.</b>
<b>2. Nutricional – metabólico</b>	Consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes
<b>3. Eliminación</b>	Función excretora (intestino, vejiga y piel)
<b>4. Actividad y ejercicio</b>	Ejercicio, actividad y ocio.
<b>5. Sueño y descanso</b>	Sueño, descanso y relajación.
<b>6. Cognitivo perceptual</b>	Sensibilidad de percepción y cognición.
<b>7. Auto percepción – autoconcepto</b>	Autoconcepto del paciente y la percepción del estado de ánimo
<b>8. Rol- relaciones</b>	Compromiso del rol y relaciones
<b>9. Sexualidad y reproducción</b>	Satisfacción sexual y patrón reproductivo.
<b>10. Adaptación – tolerancia al estrés</b>	Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés
<b>11. Valores – creencias</b>	Valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona. <sup>33</sup>

<sup>33</sup> Enfermería gineco obstétrica. Miriam Guana. Capítulo 1. Teorías y conceptos de la disciplina obstétrica. Mc Graw Hill. Páginas 23- 25.

Teórica	Enfermería	Persona	Salud	Entorno
 <p><b>Virginia Henderson</b> <b>Teoría,</b> <b>definición de</b> <b>la enfermera</b> <b>clínica.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos o Enfermos.</li> <li>2. La enfermera forma parte del equipo de salud.</li> <li>3. El trabajo de la enfermera es independiente de trabajo del médico.</li> <li>4. la enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.</li> <li>5. La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.</li> <li>6. Los catorce elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermería.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.</li> <li>2. La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.</li> <li>3. El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.</li> <li>4. El paciente y su familia son una unidad.</li> <li>5. Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La salud es la calidad de vida.</li> <li>2. La salud es esencial para el funcionamiento humano.</li> <li>3. La salud precisa independencia e interdependencia.</li> <li>4. La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.</li> <li>5. Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.</li> <li>2. Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad.</li> <li>3. Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.</li> <li>4. Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones sobre la construcción de edificios y compra y mantenimiento de equipos.</li> <li>5. Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre los dispositivos de protección.</li> <li>6. Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que puedan derivarse de éstas. <sup>34</sup></li> </ol>

<sup>34</sup> Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Sciece. Capítulo 8. Virginia Henderson. Definición de la enfermería Clínica. Páginas 98 – 107.



**Cuadro 6. Necesidades de Virginia Henderson.** <sup>35</sup>

NECESIDAD	DEFINICIÓN	OBSERVACIONES
1. RESPIRACIÓN	Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (Respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y tejidos (respiración interna).	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplitud</li> <li>• Frecuencia</li> <li>• Ritmo</li> <li>• La presencia de secreciones               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Color</li> <li>b) Consistencia</li> </ul> </li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación estrecha entre las emociones y la respiración</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos de vida</li> <li>• El entorno</li> </ul>
2. BEBER Y DE COMER.	Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Necesidad de beber:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Equilibrio hídrico</li> </ul> </li> <li>• <b>Necesidad de comer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Necesidades nutricionales</li> </ul> </li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) El psiquismo y las emociones</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p>

<sup>35</sup> La planificación de los cuidados enfermeros. Margot Phaneuf, Ph. D. Mc Graw – Hill interamericana. Páginas 27-51.

		a) Comportamiento de socialización
3. ELIMINACIÓN.	Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminación comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <p>a) Eliminación urinaria  b) Eliminación intestinal  c) Excreción por el sudor  d) Excreciones relacionadas con los órganos sexuales.</p> <p>Y en cada una de ellas se observar y valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Color</li> <li>• Olor</li> <li>• Concentración</li> <li>• Cantidad y presencia de sustancias anormales.</li> <li>• Frecuencia de la eliminación.</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <p>a) Las emociones ejercen un papel importante en la eliminación.</p> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <p>a) Entorno</p>
4. MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA.	Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la concentración de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <p>a) Tener en cuenta la integridad de estos sistemas y aparatos y la capacidad de sus componentes de asegurar el movimiento.</p> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las emociones influyen en el movimiento y postura; pueden provocar una inhibición parcial o total.</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La familia y a comunidad son factores determinantes en el desarrollo</li> </ul>

		de los hábitos de ejercicio.
5. DORMIR Y DESCANSAR	Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración</li> <li>• Calidad</li> <li>• Dificultad del sueño</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las emociones, preocupaciones, ansiedad, el estrés actúan directamente sobre la calidad y duración del sueño.</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclo de trabajo</li> </ul>
6. VESTIDO.	Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerza física</li> <li>• Coordinación de los movimientos</li> <li>• Flexibilidad articular</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El psiquismo y las emociones</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultural</li> <li>• Normas sociales</li> <li>• Consideraciones económicas</li> <li>• Religión</li> </ul>
7. ESTAR LIMPIO Y	Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor y el	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotermia</li> </ul>

<p>ASEADO, Y DE PROTEGER LOS TEGUMENTOS.</p>	<p>metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertermia</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las emociones intensas y la fatiga pueden contribuir a la elevación de la temperatura corporal.</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Económico y medioambiental</li> <li>a) Clima</li> <li>b) Calefacción</li> <li>c) Climatización</li> </ul>
<p>8. EVITAR PELIGROS</p>	<p>Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.</p>	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar fuerza y debilidad.</li> <li>• Limitaciones visuales, auditivas</li> <li>• Edad</li> <li>• Medicamentos</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el estado cognitivo</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b> La familia y grupo social ofrecen casi siempre apoyo y protección</p>
<p>9. COMUNICARSE CON LOS SEMEJANTES</p>	<p>Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer su sexualidad.</p>	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración de los órganos de los sentidos.</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades cognitivas</li> <li>• Problemas psicológicos</li> </ul>

		<p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La familia y el grupo social</li> <li>• Entorno</li> </ul>
10 ACTUAR SEGÚN LAS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES	Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Averiguar si la persona desea asistir a eventos religiosos.</li> <li>• Valorar el sufrimiento y diversas limitaciones.</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender los valores y los deseos de la persona frente a esta necesidad.</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la pertenencia a una religión o a la fidelidad de unos valores espirituales es personal sin embargo interviene la cultura.</li> </ul>
11 PREOCUPARSE POR LA PROPIA REALIZACIÓN	Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valorar la autonomía de la persona y en qué medida puede ejercer sus roles.</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El estado psicológico de la persona influye en su capacidad de realización</li> <li>• Cambios de rol y conflictos en este.</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La noción del rol está ampliamente determinada por la sociedad.</li> </ul>
	Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y	<b>De naturaleza física:</b>

12 DISTRAERSE	diversiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la capacidad física para realizar sus actividades preferidas.</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar las facultades cognitivas y psicológica.</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental.</b> Los encuentros en grupos de equipo son formas de distracción muy apreciadas</p>
13 TEMPERATURA	Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.	<p><b>De naturaleza física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotermia</li> <li>• Hipertermia</li> </ul> <p><b>De naturaleza psicológica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las emociones intensas y la fatiga pueden contribuir a la elevación de temperatura corporal.</li> </ul> <p><b>De naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar de residencia.</li> </ul>
14 APRENDER	Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información.	<p><b>Factores físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige integridad de las estructuras biológicas cerebrales y un funcionamiento suficiente de los órganos de los sentidos.</li> </ul> <p><b>Factores psicológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El estado psicológico, de madurez o de viveza intelectual influye enormemente en el aprendizaje.</li> </ul> <p><b>Factores socioculturales, espirituales y medioambientales:</b></p>

### 3.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

#### 3.2 ENFERMERÍA

Es la ciencia y el arte dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar humano. La enfermería ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover la salud, prevenir las enfermedades, fomentar y educar para el autocuidado de la salud, así como, a desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas, por lo tanto, Enfermería es la ciencia del cuidado basado en: el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

#### 3.3 CUIDAR

Es una actividad indispensable para la supervivencia, y constituye una función primordial para promover el desarrollo de todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. Las acciones del cuidado se refieren a aquellas actividades que ejecuta el personal de enfermería, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad que, en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud o enfermedad. La praxis en el ámbito de la enfermería no se concibe sin una clara intencionalidad hacia el objeto de estudio de la profesión, por lo tanto, la teoría y la investigación fundamentan el ejercicio profesional de la enfermera, el cual está basado en la herramienta metodológica llamada, Proceso de Atención de Enfermería, en este sentido es necesario conceptualizar y definir cada uno de estos elementos.

#### 3.4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

### 3.5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE).

Según Griffith-Kenney y Christensen, el PLACE “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/ cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

**Individualizado:** Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

**Estandarizado:** Según Mayers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

**Estandarizado con modificaciones:** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

**Computarizado:** Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

La aplicación de un Método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método que se conoce como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso en las propuestas teóricas de Lidia Hall y Johnson Orlando ( ver cuadro 4), algunas de ellas consideraban al proceso con tres etapas (valoración, planeación y ejecución ) sin embargo después Callista Roy, establecieron cinco etapas ( valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). Es así como por medio del PAE se lograron aplicar las bases teóricas al ejercicio práctico de la enfermería, es una excelente herramienta para resolver los problemas de salud y al bienestar de las personas.

El Proceso es un Método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas reales o potenciales del individuo, la familia y su finalidad es la de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.



La aplicación de un método científico en el quehacer de enfermería. El empleo del PAE exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con los individuos. Así mismo proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica que logra el principal objetivo de la enfermería. La definición que dio la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias y comunidades. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados. La enfermera (o), con la colaboración de los miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza los recursos. Con prioridad, evalúa los resultados; la información recibida de la evaluación deberá ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo la enfermería se convierte en un proceso dinámico que se presta a la adaptación y mejoría”.

En 1973 la American Nurses Association (ANA) publicó los estándares del ejercicio de la enfermería que describen cinco pasos del proceso. ROY EN 1975 y algunos autores más retomaron el término diagnóstico de enfermería con el cual alcanzó un considerable reconocimiento en la literatura de enfermería, ya que se aplicó para la identificación de los problemas o necesidades del paciente. ANA declaró en 1980 que “La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”. El método enfermero tiene características importantes:

- 1) Sistemático
- 2) Flexible
- 3) Posee una base teórica

El objetivo principal del método enfermero es:

- Identificar las necesidades reales o potenciales del paciente, familia y comunidad.

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar una enfermedad.

Su finalidad es mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, proporcionarle la calidad y cantidad de cuidados necesarios para restituirlo y en caso de que no se pudiera lograrse el bienestar del paciente, el método enfermero debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como sea posible durante el mayor tiempo.

### **3.7 FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA**

El método enfermero es una adaptación de las técnicas de solución de problemas y de la teoría de sistemas. Este recolecta datos de las necesidades y respuestas humanas, diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa el logro de los objetivos que se establecieron.

El Proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

Cada una de las etapas se relaciona de manera estrecha una con la otra y en su aplicación; son cambiantes y se pueden aplicar en diferentes momentos.

#### **3.7.1 VALORACIÓN**

Proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes: estas incluyen al individuo, familia o comunidad como fuente primaria, y al expediente clínico, la familia o comunidad o cualquier otra persona que de información del paciente es fuente secundaria. La finalidad de la valoración inicial del estado de salud o bienestar consiste en identificar los parámetros de funcionamiento físico,

psicológico, social y espiritual, que indiquen necesidades de salud. Esta etapa debe contar con una valoración inicial en donde se debe de identificar:

- Las respuestas humanas ante las preocupaciones para el mantenimiento de la salud o de los problemas de salud reales o potenciales.
- Factores directos e indirectos que contribuyen, en forma importante, en los problemas de salud.
- Factores que pueden ser generadores de problemas, pero que aún no están presentes.
- Factores que pueden coadyuvar al mantenimiento de la salud o a recuperarla en su caso.

#### **Recogida de datos**

Proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona y planificar las intervenciones que puedan ayudarla.

### **La finalidad de la recogida de datos**

#### **Al principio de los cuidados**

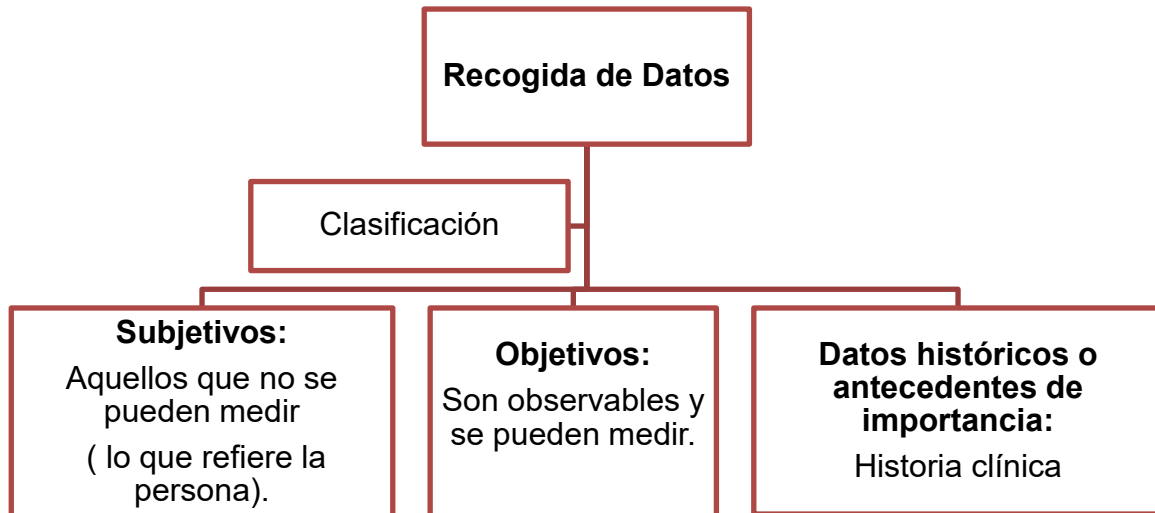
- Descubrir los deseos y necesidades más inmediatas de la persona.
- Saber cuáles son sus reacciones frente a su problema de salud
- Determinar las modificaciones del estado de salud de la persona
- Descubrir los factores de riesgo que puedan constituir una amenaza para ella
- Conocer sus hábitos de vida
- Recoger la información que permita elaborar una hipótesis de diagnóstico de enfermería

#### **A lo largo de los cuidados**

- Examinar la información recogida a fin de precisar la hipótesis de diagnóstico de enfermería.
- Confirmar la hipótesis acudiendo a fuentes fiables
- Actualización permanente del proceso de cuidados.

## Al finalizar los cuidados.

- Preparar el alta de la persona.



## Métodos para obtener datos:

### A) ENTREVISTA CLÍNICA:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar y fomentar la relación enfermera / paciente.
3. Permitir a paciente mantenerse informado, así como participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de los objetivos
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren de un análisis específico a lo largo de la valoración

Fases de la entrevista		
<b>Apertura:</b> Relación interpersonal positiva (Empatía) .	<b>Cuerpo o Desarrollo:</b> Historia clínica	<b>Cierre o conclusión:</b> Datos más importantes que dan pauta a las siguientes etapas.

## B) OBSERVACIÓN

La observación sistemática implica recolectar datos con el empleo de los cinco sentidos. Tiene dos aspectos:

1. Notar estímulos y seleccionar
2. Organizar e interpretar los datos.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos identificados mediante la observación después deberán ser validados con otras fuentes de información.

## C) EXPLORACIÓN FÍSICA

Se centra en determinar a profundidad la respuesta de la persona en proceso de enfermedad, obtener una base de datos para establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos objetivos y subjetivos mediante cuatro técnicas:



## **D) VALORACIÓN DE LOS DATOS.**

Cuando se ha obtenido la suficiente información de las condiciones respuestas humanas y /o estado de salud de la persona, es de suma importancia verificar que los datos sean correctos.

## **E) ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS**

La forma de organizar los datos va a depender del sustento teórico o modelo conceptual que se emplee, por ejemplo, los datos se pueden organizar por necesidades humanas (14 necesidades de Henderson) o patrones funcionales (Gordon)

## **F) DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN**

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (Indicadores de calidad).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios de enfermería, incluida la gestión de calidad.
- Son una prueba de carácter legal:
  - a) Permite la investigación en enfermería.
  - b) Permite la formación de pregrado y posgrado.

Existen normas para el adecuado registro de datos:

1. Deben estar escritos de forma objetiva
2. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben de apoyar en pruebas y observaciones concretas.
3. Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos.
4. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, especificando características específicas de la sintomatología.
5. La anotación debe ser clara y precisa.

6. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble.
7. Las anotaciones serán correctas ortográficamente y gramaticalmente. Se usan las abreviaturas de uso común.

### 3.7.2. DIAGNÓSTICO

En la novena conferencia de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. La formulación de diagnósticos enfermeros no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea (1854 – 1855), Nigthingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta, y de la creación de una taxonomía diagnóstica que cada determinado tiempo se actualiza.

#### **Diagnóstico Enfermero**

Enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para elegir las intervenciones de cuidados encaminados a la consecución de los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

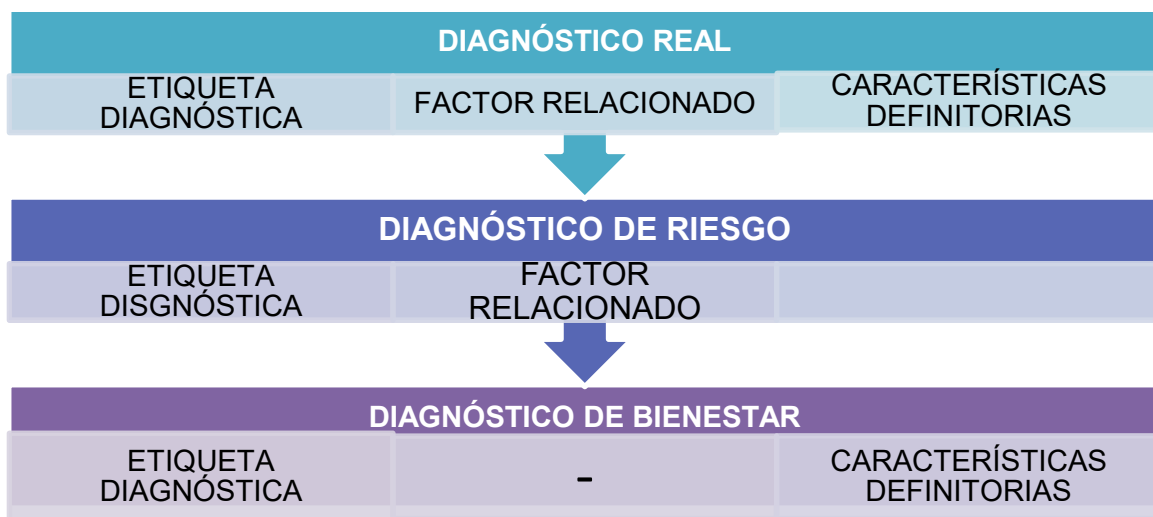
- Previo a la elaboración del Diagnóstico se debe llevar a cabo una valoración completa o focalizada con base al modelo teórico, que adoptó la institución en la que se labora.
- Una vez que se localiza el problema principal, relacionarlo con uno de los diagnósticos aprobados por la NANDA.
- Determinar la causa o etiología del problema (su factor relacionado).

- Identificar los factores de riesgo.
- Formular el Diagnóstico.

### Juicio clínico

El juicio clínico es el acto de emitir una apreciación, una opinión de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de la persona.

### TIPOS DE DIAGNÓSTICOS



Los componentes de los diagnósticos de la NANDA incluyen:

- Etiqueta Diagnóstica: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial).
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que da el significado del diagnóstico.
- Factores relacionados: se organizan en torno de los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.



En la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, o cuando esto no es posible, en el control de los signos y síntomas. Los profesionales de enfermería, por el contrario, deben dirigir su atención en la identificación de las respuestas humanas o problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales (ver cuadro 7).

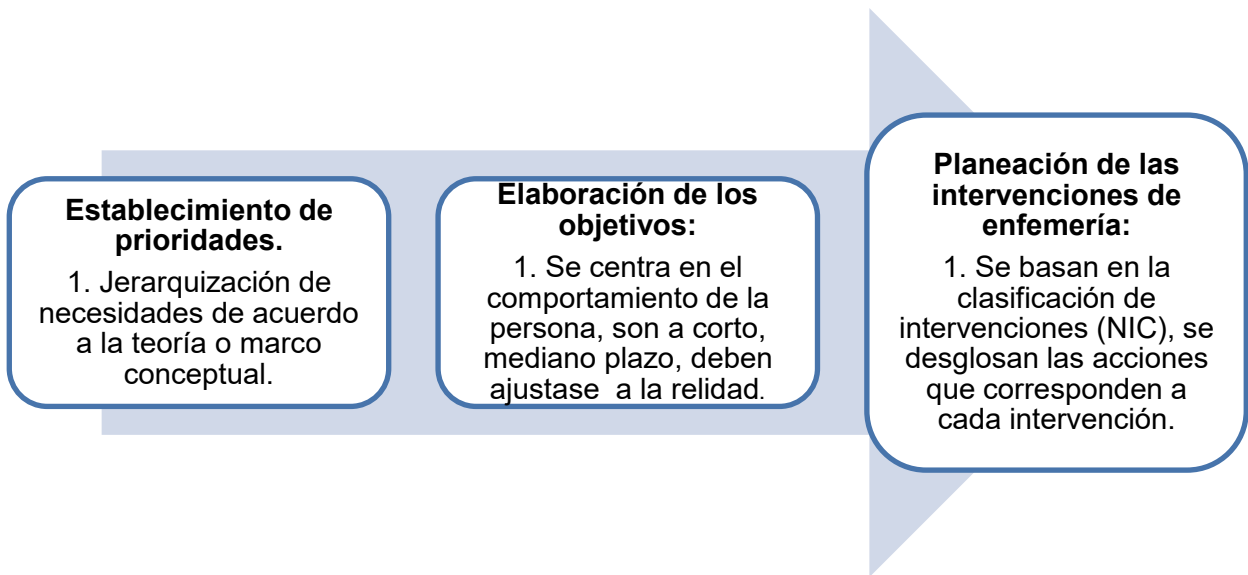
**Cuadro 7. Diferencias entre diagnóstico de enfermería y médico.**

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	<b>DIAGNÓSTICO MÉDICO</b>
Describe la respuesta humana a los problemas de salud.	Describe la situación patológica o de enfermedad.
Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.	Se mantienen en cuanto la enfermedad este presente.
Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería.	Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica.
Casi siempre tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención.	Casi siempre tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
Puede aplicarse a alteraciones de individuos colectivos.	Se aplica sólo a las enfermedades de individuos o colectivos.

### **3.7.3. PLANEACIÓN**

La planificación de los cuidados consiste en establecer un plan de acción, en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida.<sup>36</sup>

<sup>36</sup> La planificación de los cuidados enfermeros. Margot Phaneuf, Ph. D. Mc GRAW – Hill Interamericana. Páginas 76-.

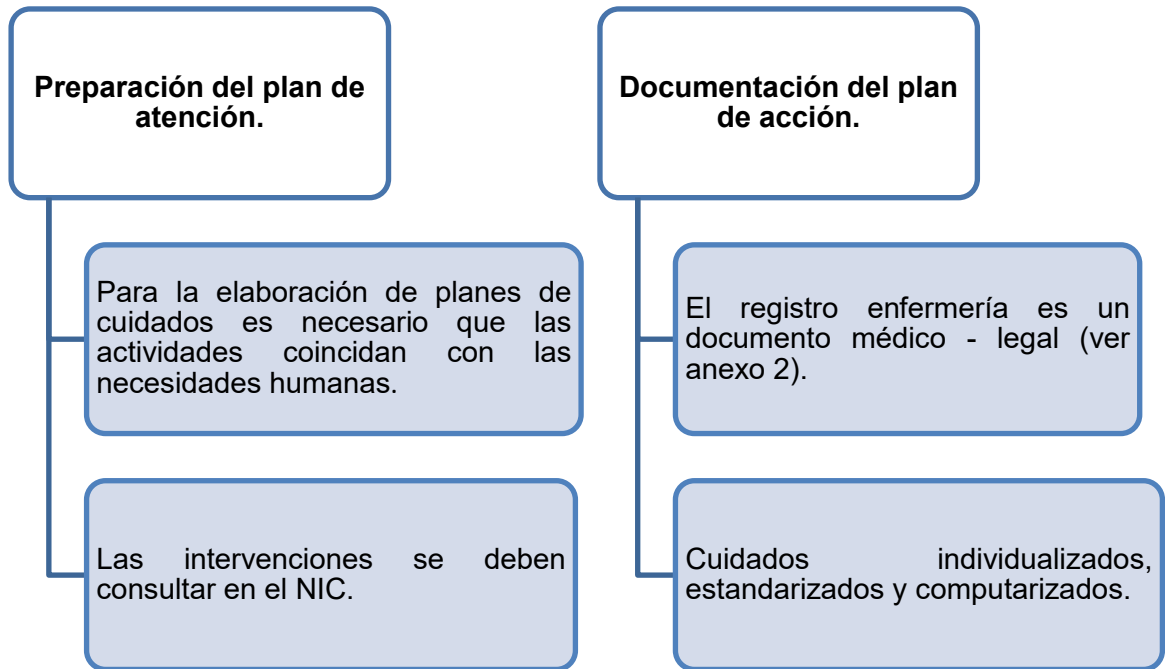


### 3.7.4 EJECUCIÓN

La ejecución es la cuarta etapa del proceso de cuidados en el curso de la cual se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados para que la persona pueda alcanzar los objetivos establecidos.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capítulo 3: Método de enfermería: Herramienta importante para la aplicación de teorías de enfermería, Pagina 29 – 55.



### 3.7.5. EVALUACIÓN

La evaluación es un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos. Al medir el progreso realizado, la enfermera puede darse cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones.



### 3.8 TAXONOMÍAS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA NANDA, NOC Y NIC

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

## **North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).**

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales. El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso enfermero, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal, el que servirá de base para elegir las intervenciones que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.**

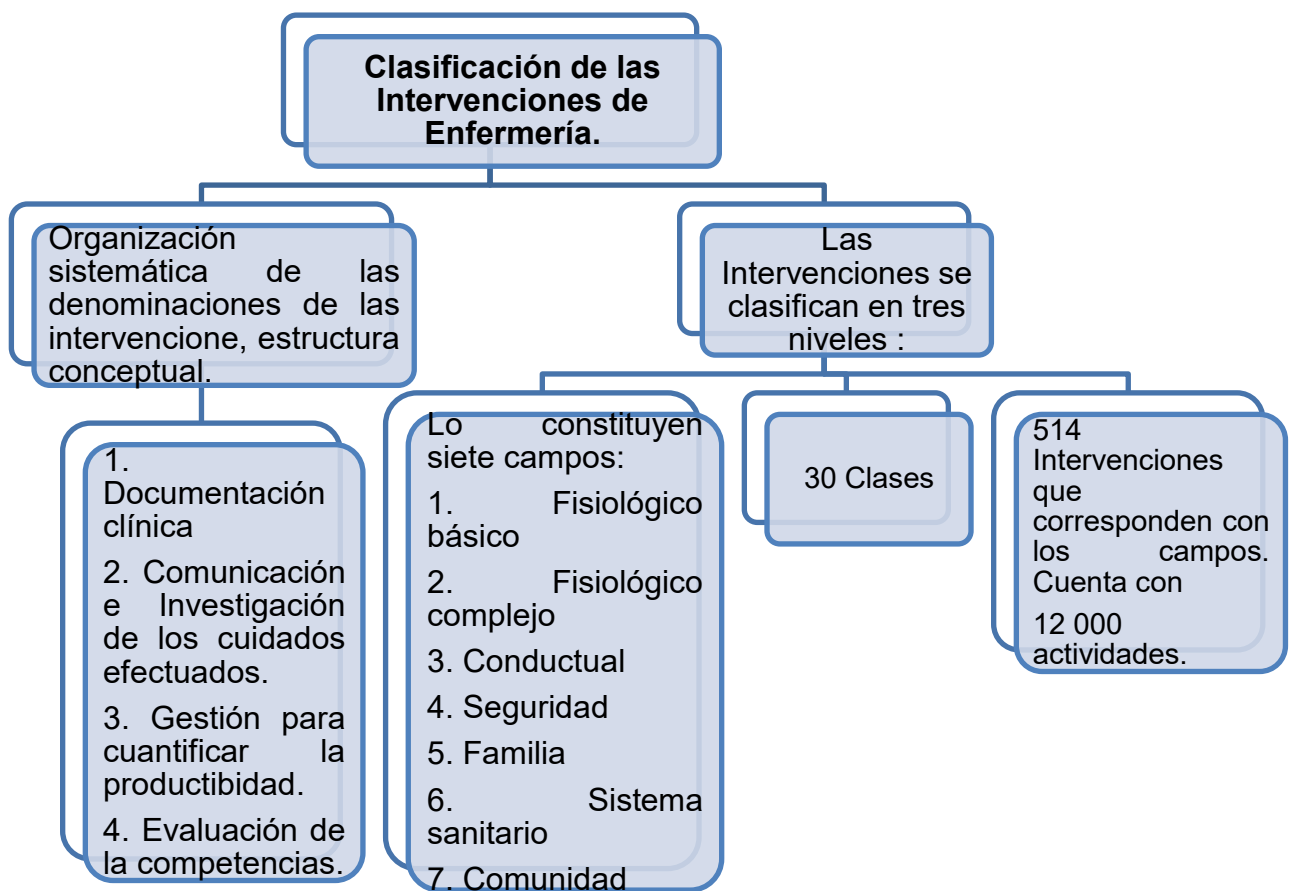
### **Nursing Interventions Classification NIC clasificación de intervenciones de enfermería.**

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

**Interdependientes:** Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.

**Independientes:** Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa. Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado.



**Clasificación de las intervenciones de enfermería:** “Orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones a este grupo”.

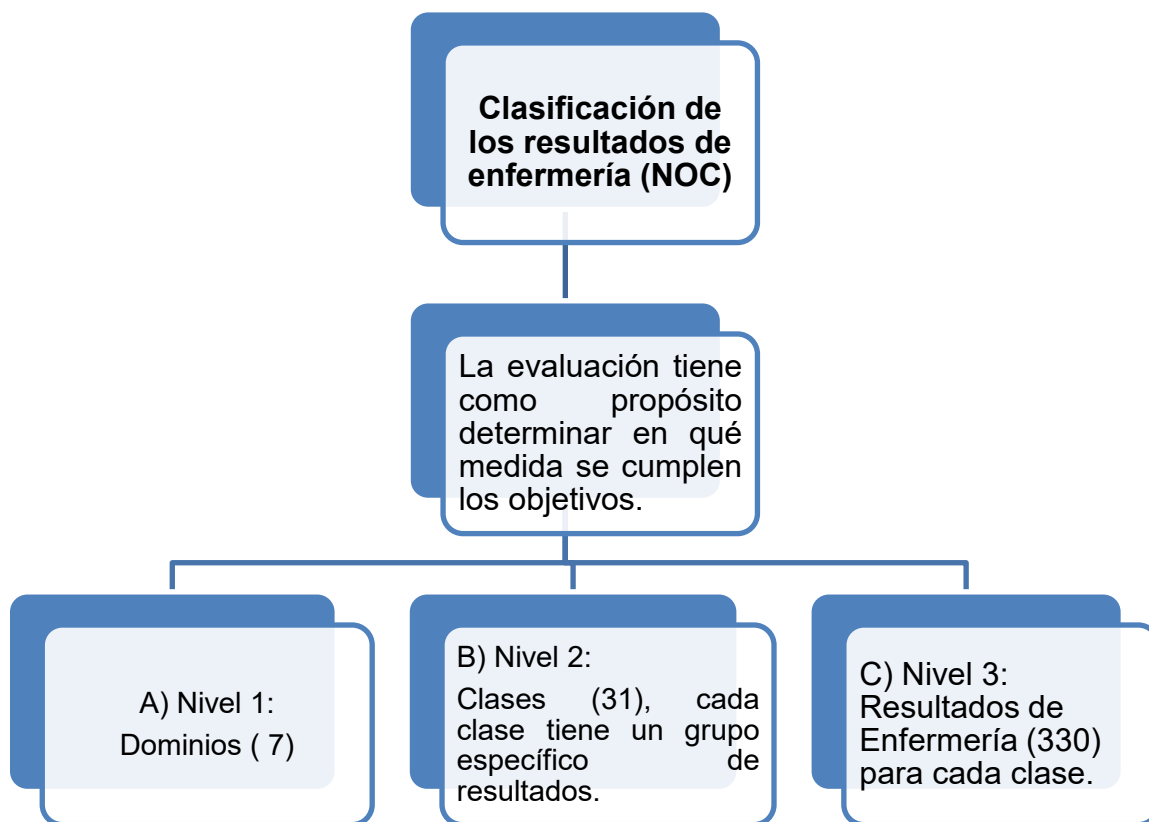
**Intervención de enfermería:** “Cualquier tratamiento basado en el criterio y conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente”.

**Actividad de enfermería:** “Actividad o acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayuda al paciente / cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Se traducen en una acción concreta.

## **CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA**

**Nursing Outcomes Classification NOC, Clasificación de resultados de enfermería.**

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería. Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas. El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.



**Resultado:** “Estado, percepción de un paciente o cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que se utiliza para determinar el estado de salud del paciente en relación con el resultado.

**Indicador:** Estado, conducta o percepción de un individuo, familia y comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

La NOC tiene escalas de medida cuantitativa. La escala de tipo Likert de cinco puntos cuantifica el estado de salud del resultado del menos al más deseable, y proporciona una puntuación en un momento dado. Los resultados esperados ofrecen cuantitativamente una forma de monitorear el cuidado enfermero y evaluar si existen cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y espirituales a través de los indicadores establecidos durante la etapa de planeación, por tanto, cuando se elaboran Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) se genera una herramienta útil para agilizar y garantizar la vida diaria.



### **3.9 VINCULACIÓN DE NANDA, NIC Y NOC**

El uso de las taxonomías es una herramienta útil que genera y desarrolla la capacidad de análisis y reflexión en el profesional de enfermería; además, le permite la toma de decisiones para dar la solución a los problemas de salud y respuestas humanas identificadas, emitir juicios y brindar cuidados de calidad, previo a realizar una planeación efectiva de resultados e intervenciones.

La vinculación taxonómica genera en las diferentes áreas de aplicación (hospitalarias, comunitaria, investigativa y docencia) cambios favorecedores como: actitud positiva, calidad en el cuidado otorgado, desarrollado profesional, calidad en el cuidado otorgado, crecimiento institucional, desarrollo profesional, proyección y reconocimiento dentro de las áreas de la salud, en el gremio de liderazgo proactivo; así como la implementación de programas informáticos de gestión de cuidados que estandaricen e individualicen el cuidado ( indicadores de cuidado ), ejecución de procesos de mejora continua.

Facilita el trabajo, forja calidad en el registro clínico de la enfermería, crea apertura en la comunicación interpersonal y profesional, evita duplicidad de los cuidados otorgados, favorece la evaluación, mantiene el desarrollo competitivo hacia la autonomía. Respecto a la sociedad, genera cambios ideológicos, rompiendo los esquemas y paradigmas que se han forjado a lo largo de la historia de la profesión, lo que garantiza ganarse un estatus y la confianza de la sociedad que se atiende.

Respecto a la sociedad, genera cambios ideológicos, rompiendo los esquemas y paradigmas que se han forjado a lo largo de la historia de la profesión, lo que garantiza ganarse un estatus y la confianza de la sociedad que se atiende.

### 3.10 Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA).

En la evolución del desarrollo científico de enfermería se han desarrollado herramientas para demostrar, unificar y sustentar su trabajo: el proceso de atención de enfermería (PAE) es el método científico aplicado a la resolución de las respuestas humanas en un paciente sano o enfermo que ha evolucionado a un método basado en los resultados que requiere de una base teórica conceptual, (modelo o teoría de enfermería) para brindar el cuidado.

Un instrumento valioso que se puede aplicar conjuntamente con el Proceso de Atención de Enfermería es el Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (Modelo AREA) Del DR. Pesut, en el que se lleva a cabo un razonamiento clínico para reconocer las relaciones entre un gran número de diagnósticos de enfermería mediante una red y seleccionar cual es el diagnóstico clave que nos dará la resolución de los otros problemas y así, decidir cuáles serán los resultados esperados y las intervenciones específicas para el cuidado del paciente, para lograr establecer los resultados esperados y los resultados finales se fundamenta en la taxonomía de Nursing Outcomes Clasification (NOC), así mismo, para establecer el plan de las intervenciones se auxilia en la Nursign Interventions Clasification (NIC) desarrollados por el grupo de investigación de Iowa y que pueden ser muy útiles en la aplicación del PAE de forma individualizada.

La enfermera responsable de cuidados, necesita abarcar todos los campos, matices, horizontes del ser humano a fin de lograr una mayor comprensión, conciencia y encuadre de la persona como ser bio-psico-social. Dicha complejidad pone en manifiesto la necesidad de un modelo que facilite a las enfermeras el razonamiento clínico que permita captar lo más “aproximadamente posible” la realidad humana en su totalidad y al mismo tiempo oriente los cuidados a llevar a cabo con el paciente, único protagonista del proceso. El Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA) desarrollado por el Dr. Pesut y A. Herman, proporciona una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas y también los resultados esperados en la práctica enfermera, haciendo especial énfasis en la detección de patrones y el

reconocimiento de las relaciones causa- efecto, que se establecen en un número elevado de diagnósticos y que son reflejadas en una red de razonamiento clínico.

El modelo AREA, gestado por el Dr. Pesut surge a raíz de la evolución del PAE, pero se centra en los resultados, justificando que el razonamiento clínico que adopta este enfoque es más valioso y beneficioso en el costo-efectividad que el que se centra en los problemas: en él, la comparación de los resultados esperados con el estado actual del cliente permite contrastar y comprobar diferencias, de las cuales se puede derivar evidencias y también significados atribuibles a dichas evidencias. De este modo, este tipo de juicio puede estar sujeto a través de la reflexión.

**Evolución de los distintos enfoques de pensamiento crítico de la enfermera:**

<b>Etapas del PAE</b>	<b>Enfoque</b>
<b>1. 1950 – 1970</b>	Estaba centrado en los problemas y el proceso.
<b>2. 1970 – 1990</b>	Se centraba en dar prioridad a los diagnósticos y el razonamiento.
<b>3. 1990 actualidad</b>	<p>- Centrado en la habilidad de manejar y pensar sobre cómo se relacionan los problemas con los resultados esperados, con una mayor complejidad, tanto en el pensamiento como en el razonamiento.</p> <p>A esto hemos de añadir la revolución informática, la cual ha influido también en la manera de pensar y aprender el pensamiento clínico.</p>

La aplicación del modelo AREA enfatiza la detección de patrones y el reconocimiento de relaciones establecidas entre un número elevado de diagnósticos. Sirve como guía cuando se quiere diseñar planes de cuidados estandarizados, ya que

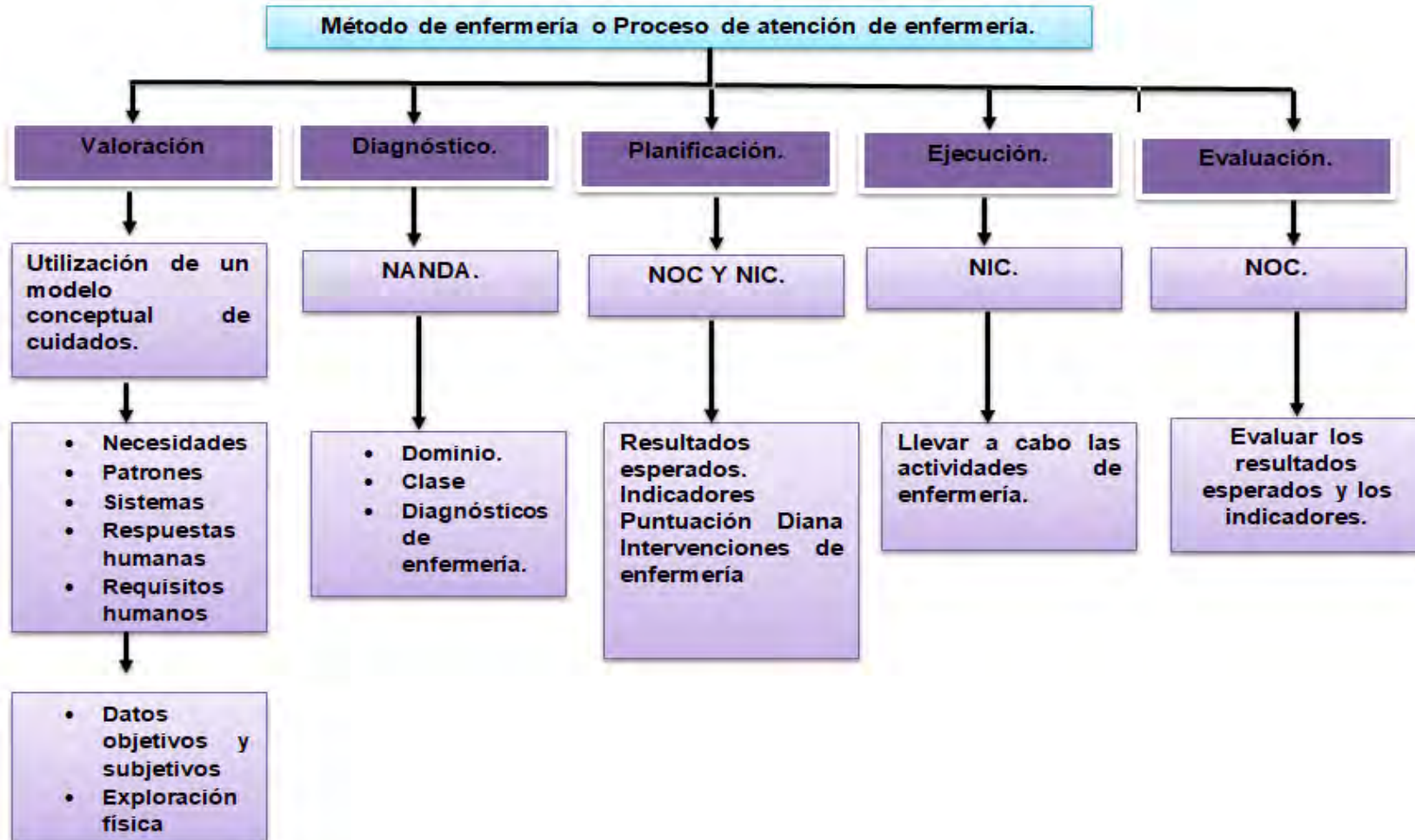
ayuda a identificar las prioridades de los cuidados y facilita una recuperación de los conocimientos mucho más ágil, dada su estructura visual.

La utilización del modelo AREA conjuntamente con los lenguajes NANDA, NIC Y NOC, ha permitido diseñar un currículum de formación con una perspectiva verdaderamente enfermera. Constituye un fundamento, para construir el saber enfermero, dota a nuestra profesión de un método sistemático de trabajo y de un lenguaje propio para comunicar a nuestro saber, la ciencia enfermera, y por lo tanto constituye al avance profesional de la disciplina. <sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Manual de enfermería. Sociedad mexicana de capacitación y educación para la salud s.c. guía práctica para la elaboración y registro de planes de cuidados estandarizados. Página 12 – 13.

## RELACIÓN ENTRE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA UTILIZACIÓN DE TAXONOMÍ



## 4.1 MARCO REFERENCIAL.

### 4.2 PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMERÍA

#### 4.2.1 MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA.

Las acciones para la estandarización del cuidado de enfermería, iniciaron desde 2007 con el desarrollo de acciones dirigidas a establecer un "Modelo de cuidados de enfermería" con una postura ecléctica enfocado a dar respuesta a las necesidades de atención de la población mexicana; el enfoque considera la especificidad de sus características, diversidad cultural, así mismo, la estructura organizacional de los elemento del modelo, y la formación de recursos humanos en enfermería, que fortalezcan los procesos de la atención a través de mejorar la calidad técnica y la cobertura de la atención en todos los niveles de atención. Elementos del modelo: Metaparadigma de enfermería o supuestos principales, Proceso Atención de Enfermería (PAE), Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) y las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE).

El "Modelo del cuidado de enfermería", integra en los planes de cuidados las intervenciones basadas en evidencia científica, utiliza y adapta el contenido de las clasificaciones taxonómicas de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA por sus siglas en ingles), la Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en ingles), la Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en inglés), ya que las tres clasificaciones contribuyen a la homologación del lenguaje y estandarización del cuidado; en México, dichas clasificaciones se utilizan con adecuación lingüística de los contenidos acordes a la cultura, infraestructura y recursos con los que se cuenta en el país, así mismo, se incluye en dichos planes de cuidados o protocolos de enfermería la experiencia clínica de los profesionales de enfermería expertos en cada temática de cada uno de ellos. El objetivo del modelo es impulsar el desarrollo e implementación de un "Modelo del cuidado de enfermería" estandarizado como herramienta metodológica, que permita al personal de enfermería realizar un plan de cuidados con prácticas basadas en la mejor evidencia disponible, que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en

el ámbito ambulatorio y hospitalario con enfoque intercultural, integral y sistémico para disminuir la variabilidad de la práctica en la cotidianidad del cuidado; así para fortalecer la Práctica Basada en Evidencia (PBE), se sustenta en las aportaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC), tanto médicas como de enfermería. Dichas GPC pueden ser consultadas en sus dos versiones en: <http://cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

### [Modelo del Cuidado de Enfermería](#)<sup>39</sup>



<sup>39</sup> Modelo del cuidado de enfermería. Artículo pdf disponible en [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo\\_cuidado\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf)

## MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

### Esquema del Modelo del Cuidado de Enfermería

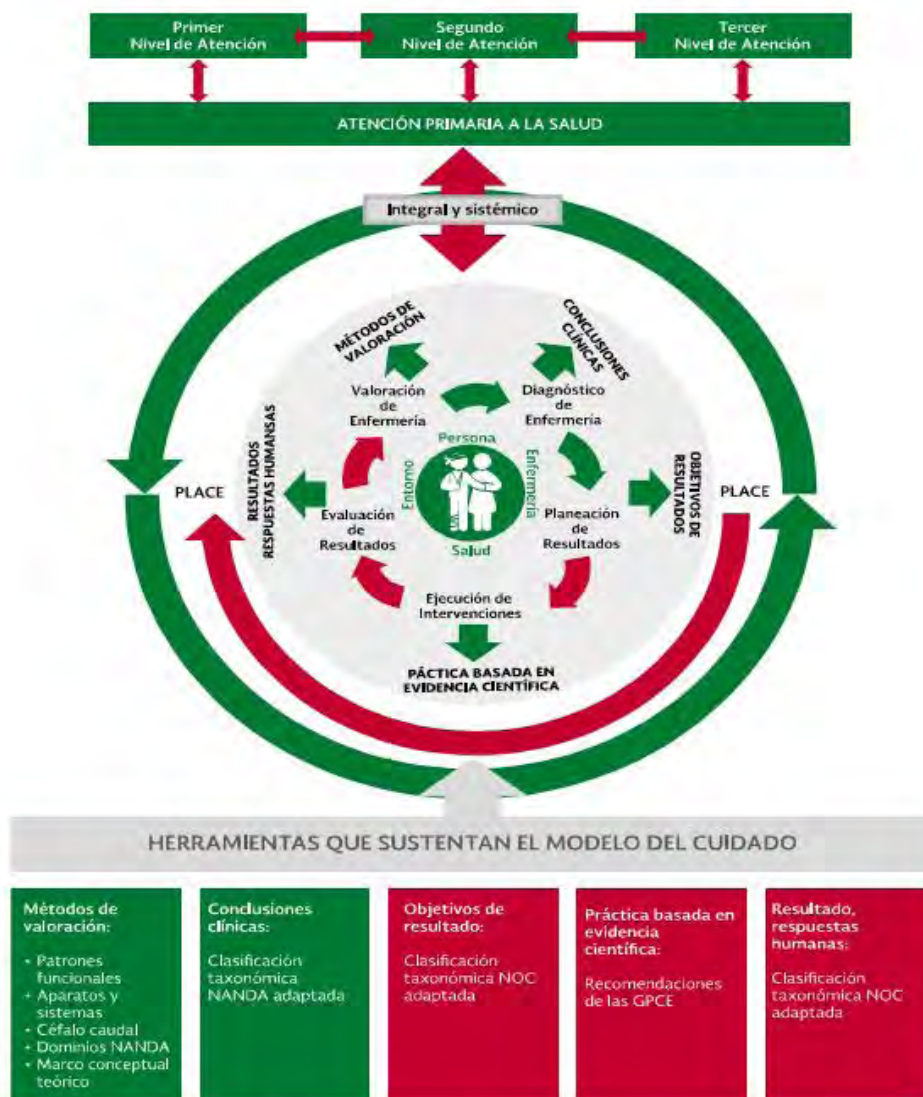


FIGURA 3. Esquema del modelo del cuidado de enfermería integrado con elementos y herramientas.



#### 4.3 CURSO - TALLER SUPERVISIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL ENLACE DE TURNO: ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.

La CONAMED en respuesta a los resultados de la investigación “Identificación de la mala práctica de Enfermería a partir de la queja médica” realizada en 2012 se revisaron 100 expedientes al interior de la CONAMED y donde los resultados revelaron alta incidencia de error en la práctica de Enfermería lo cual generó acciones de mejora con la implementación de estrategias educativas a niveles de dirección y jefaturas de Enfermería, capacitando con el curso - taller Supervisión y fortalecimiento del enlace de turno: estrategia para mejorar la práctica de Enfermería.

De acuerdo con la Comisión Permanente de Enfermería y en coordinación con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México quien identificando un área de oportunidad en esta materia y aceptando el reto de que sus unidades hospitalarias sean capacitadas y evaluadas para posteriormente implementar mejoras para aumentar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente. Este proceso se realizó en 4 momentos el curso – taller visitas a las 2 y 4 semanas de iniciado el proyecto y la 3era visita no programada a las 12 semanas con la finalidad de cuantificar el impacto real efectuado en cada una de las unidades hospitalarias.

El proyecto se llevó en 3 etapas, capacitando en la primera al personal de 5 unidades hospitalarias, en la segunda se capacitaron a 6 hospitales más, en estas dos de forma personalizada, por último se llevó a cabo (los pasados días 13,14 y 16,17 de marzo) la etapa tres en la que se capacito a 20 unidades hospitalarias a la vez, el curso taller estuvo a cargo de la Mtra. Verónica Domínguez Orozco Jefe del Departamento de Investigación de la Sub Comisión Médica de la CONAMED, en coordinación con la Dra. En Enfermería Edith Espinosa Dorantes Coordinadora Operativa de Enfermería de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México y su equipo. La asistencia aproximada fue de 300 participantes en el Auditorio de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

**COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED).**  
**INSTRUCTIVO DE REQUISICIÓN ADECUADA DE LA CÉDULA PARA**  
**EVALUAR EFICACIA DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: 40 ESTÁNDARES**  
**BÁSICOS.**

**Justificación**

La jefatura de investigación en enfermería de la Subcomisión médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico tiene como misión la de revisar y analizar los expedientes de queja médica, con la finalidad de mejorar la investigación y obtener información fidedigna oportuna y eficiente, para realizar recomendaciones en base a los posibles errores por acción u omisión, que se encuentran documentados en los registros clínicos principalmente de enfermería y con esto coadyuvar a la prevención del conflicto entre el usuario y el prestador de servicio médico, promoviendo la calidad y seguridad en la atención de los pacientes por ello se ha realizado este Instructivo de requisición adecuada de la cédula para evaluar la eficacia de la práctica de “40 estándares básicos”.

**Concepto**

El presente instructivo es una herramienta para uso técnico administrativo en el que el supervisor y/o evaluador se sujetará y sustentará a la definición de los 40 estándares básicos para evaluar la eficacia de la práctica de enfermería que se aplican a través de la cédula.

**Objetivo**

- Puntualizar el correcto llenado de la cédula.
- Favorecer y apoyar la competitividad profesional.
- Obtener información verídica, confiable oportuna y eficiente en el momento que se requiera.

**Políticas**

El presente instructivo es una guía general para el profesional de enfermería y/o individuo que requiera realizar evaluación de la eficacia de la práctica de enfermería con la cédula propuesta.

Tendrá carácter obligatorio el llenado en todos los contenidos de dicha cédula.

- En la revisión de los expedientes clínicos podrá realizarse en tres contextos
  1. Expedientes dentro de la CONAMED.
  2. Expedientes de archivos en unidades médicas.
  3. Expedientes de pacientes hospitalizados en el momento de la evaluación (in vivo).
- Este formato debe ser utilizado en original.
- Los registros se anotarán preferentemente con tinta azul o negra.
- El registro adecuado del formato es responsabilidad del profesional de la salud evaluador del expediente. Manual para mejorar la supervisión de Enfermería y el enlace de turno 153 Instrucciones específicas

El presente instructivo orienta al profesional de salud a llevar a cabo el correcto registro de la cédula para evaluar la eficacia de la práctica de enfermería en pacientes hospitalizados “40 estándares básicos”.

El profesional de salud realizará la recolección de datos de forma directa, con la revisión de expedientes clínicos, así como de fuentes indirectas con la exploración física del paciente si es el caso utilizando las técnicas de inspección.<sup>40</sup>



<sup>40</sup> INSTRUCTIVO DE REQUISICIÓN ADECUADA DE LA CÉLULA PARA EVALUAR EFICACIA DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: 40 ESTÁNDARES BÁSICOS. CONAMED. DISPONIBLE EN [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/MAE40/MAE40\\_2instructivo.pdf](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/MAE40/MAE40_2instructivo.pdf)

## 4.4 LINEAMIENTO GENERAL PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### I. Introducción

En 1979, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) para Europa publicó un documento básico sobre enfermería en el que expresa: “La enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/ comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren”.

Por otra parte, el Consejo Europeo destaca que la enfermera desempeña cuatro tareas principales:

1. Garantiza los cuidados generales a individuos, familias y comunidades, ya sea en el plano de fomento de la salud, de la prevención, de la cura, de la rehabilitación, de los cuidados paliativos o de ayuda y gestiona los cuidados de enfermería.
2. Actúa en calidad de experto en cuidados de enfermería en el marco de un equipo de asistencia multidisciplinar y en la sociedad.
3. Educa al personal sanitario, a los pacientes, a los clientes y a sus familias.
4. Desarrolla la práctica de los cuidados de enfermería mediante la reflexión crítica apoyándose en la investigación. Tras la necesidad de definir el quehacer de enfermería surgieron los cambios generados en el sistema de salud de los Estados Unidos de América; las enfermeras pese a las restricciones y regulaciones, debían mantener la calidad del cuidado. La profesión de enfermería, congruente con las demandas de la sociedad moderna, evolucionó su actuar al incorporar el Proceso de Cuidados de Enfermería, también denominada Proceso de Atención de Enfermería, como una metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad. Una cuestión importante en el trabajo del profesional de enfermería lo constituye la aplicación en sus acciones de un método capaz de transformar en toda su gama la serie de tareas que junto con el paciente y sus familiares realizan. El PAE es el método que aplica la enfermera para identificar necesidades y problemas del paciente, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa, sin lugar a dudas, el

ejercicio de este método ha devenido en una consecución de acciones, formas de pensar y proyectar al mundo la nueva concepción del profesional de enfermería. Cabe resaltar que la aplicación del PAE ha sido causa de múltiples revisiones y modelos de aplicación; sin embargo, sin restar méritos a la efectividad de estos modelos, son pocos los estudios en América Latina que reportan intervenciones en los cuales se utilice el proceso de atención de enfermería estandarizado con las causas de morbilidad de las instituciones como evidencia de la continuidad del cuidado de enfermería, que permita la validación constante y evidente de la coherencia en las actividades de enfermería. México se encuentra inmerso en las transformaciones del entorno global, así como, en los grandes cambios producto de los avances tecnológicos que traen como resultado amenazas y oportunidades en materia de salud. La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades, demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, la cual exige el empleo de alta tecnología, precisa la participación de múltiples áreas de especialidad y el desarrollo de nuevos planteamientos para la prestación de servicios de salud a la población.

## **II. Justificación**

Para los propósitos del sector salud y específicamente de la línea de acción incluida en el proyecto SICALIDAD, la CPE ha determinado que los Planes de Cuidados de Enfermería se estandaricen de acuerdo al planteamiento de Mayers ya que responde a la necesidad de unificar criterios en la atención de enfermería, teniendo como objetivo el logro de un lenguaje común entre los profesionales del país, además de que se contribuirá en:

1. Garantizar la seguridad de los pacientes.
2. Aplicar una práctica sistematizada de los cuidados de enfermería.
3. Replicar y favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.
4. Implementar nuevos modelos de atención centrados en la persona, familia y comunidad.

5. Favorecer el desarrollo profesional a partir de una buena práctica.

Esta propuesta no es distinta a la utilizada en otros países en donde el ejercicio profesional de la enfermería tiende a la modernización y a la profesionalización. El proceso de estandarización, constituye la base para homologar los cuidados de enfermería, sin que esto suponga, alguna limitación a la atención individualizada a cada persona. Considerando lo anterior se retoma la integración de las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

### **III. Objetivos**

#### **General:**

Disponer de una herramienta metodológica con base en el Proceso de Atención de Enfermería para estructurar Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados que contribuyan en la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Comisión Permanente de Enfermería.

#### **Específicos**

- Contar con un lineamiento para la estructura, elaboración, implementación y evaluación de Planes de Cuidados de Enfermería.
- Identificar el lenguaje disciplinar estandarizado a fin de que exista una comunicación eficaz y eficiente entre profesionales de enfermería en México.
- Permitir la reflexión crítica en la atención individualizada de los pacientes.
- Homologar los criterios para la construcción de Planes de Cuidados de Enfermería con base en el Proceso de Atención de Enfermería y con la aplicación de las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).
- Conformar un catálogo de Planes de Cuidados de Enfermería para su difusión en el Sistema Nacional de Salud.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Primera Edición, enero de 2011. Dirección General de Calidad y Educación en Salud Dirección de Enfermería Comisión Permanente de Enfermería disponible en [alumnos.cobachbcs.edu.mx/descargar-adjunto/1409/](http://alumnos.cobachbcs.edu.mx/descargar-adjunto/1409/)

#### 4.1.5 PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA

En los últimos años, el desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia (PBE) ha revolucionado el mundo sanitario con sus planteamientos. Su aplicación se basa en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes. Dos de los términos más destacados relacionados con la PBE, y que seguramente le resultarán familiares, son la evidencia científica y la toma de decisiones. Dentro del contexto de la PBE, el término evidencia se emplea para referirse a la evidencia científica o a la evidencia aportada por la investigación y, por lo tanto, su interpretación debe ser fiel al significado del término en inglés.

Así, evidencia es algo que se comprueba, demuestra o verifica; la certeza la proporcionan las pruebas científicas obtenidas a través de la investigación realizada sobre la base de criterios metodológicos rigurosos. Es necesario realizar esta breve aclaración sobre su significado, ya que en castellano la palabra evidencia se aplica a algo que no necesita probarse. Con relación al concepto toma de decisiones es importante destacar que adquiere distinto significado en función de quién tome la decisión. Así, los profesionales asistenciales toman decisiones acerca del cuidado individual de sus pacientes, los gestores hospitalarios toman decisiones que afectan a grupos de pacientes, y los gestores políticos toman decisiones que influyen al conjunto de la población. Una de las características de la PBE es que tiene en cuenta las preferencias y valores de los pacientes, lo que implica su participación en el proceso de toma de decisiones.

A menudo tomar decisiones implica tener que escoger entre varias alternativas; algunas de las decisiones que tomamos en nuestra práctica diaria están basadas en evidencias científicas y otras no. Tal y como señala Mulrow, las decisiones clínicas acertadas son complejas. Para tomarlas recabamos información de varias fuentes: datos primarios, preferencias de los pacientes, experiencia personal y profesional, normas externas y evidencia científica, entre otras. La mezcla de todas estas fuentes de información hace que la toma de decisiones pueda variar

en función del momento, de la información disponible y de la persona que decida. El desarrollo de la PBE, junto con el incremento exponencial de la información, lleva implícito el razonamiento de que, si el conocimiento científico es mayor, la práctica clínica debe ser por lo tanto más efectiva si se basa en las decisiones adecuadas. Ya no se puede esperar que la atención que dispensamos a los pacientes sea sólo buena, sino que debe ser la mejor.

Por lo tanto, la propuesta de la PBE encaja con un cambio en el planteamiento de la atención sanitaria, dando respuesta a una serie de factores que han provocado que el planteamiento clásico sea insuficiente. Entre estos factores destacamos: un aumento creciente de las expectativas y demandas de los servicios sanitarios; el progresivo envejecimiento de la población; el incremento de las expectativas de los pacientes y de los profesionales; y el avance en los conocimientos y tecnologías entre otros. La interrelación de todos los factores compone el escenario sanitario actual, en el que el uso racional de los recursos disponibles es absolutamente indispensable. Por lo tanto, con la creciente presión sobre la limitación de los recursos de los cuidados de salud, las enfermeras debemos considerar que, además de que nuestra práctica clínica sea efectiva, es necesario que sea también eficiente (los resultados, además de ser beneficiosos en las condiciones reales de la práctica habitual, deben ser beneficiosos con relación con el esfuerzo empleado en términos de recursos humanos, materiales y costes).<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Pablo Alonso Coello, Olga Ezquerro Rodríguez. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Disponible en <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf> páginas 10-13.



# Enfermería Basada en Evidencia (EBE)

## ¿Qué es?

Es el **uso** consciente, explícito y **juicioso** de información derivada de la **teoría** y con un sustento en la **investigación**,

para **tomar decisiones** sobre prestación de cuidados a pacientes o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias, **necesidades** individuales y valores.

Además incorpora la **pericia del profesional** en la toma de decisiones.

## Consta de 5 etapas:



Ingersooll G. Evidence based nursing: what it is and what it isn't. Nurs Out-look. 2000; 48(4):151-152



## CAPITULO 3

### 5.1 METODOLOGÍA

#### 5.1.1 TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo con el alcance de la investigación es:

- **Descriptivo**

Según Méndez: propone cinco criterios:

1. Periodo en que se capta la información

- **Retrospectivo**

2. Evolución del fenómeno: **Trasversal**

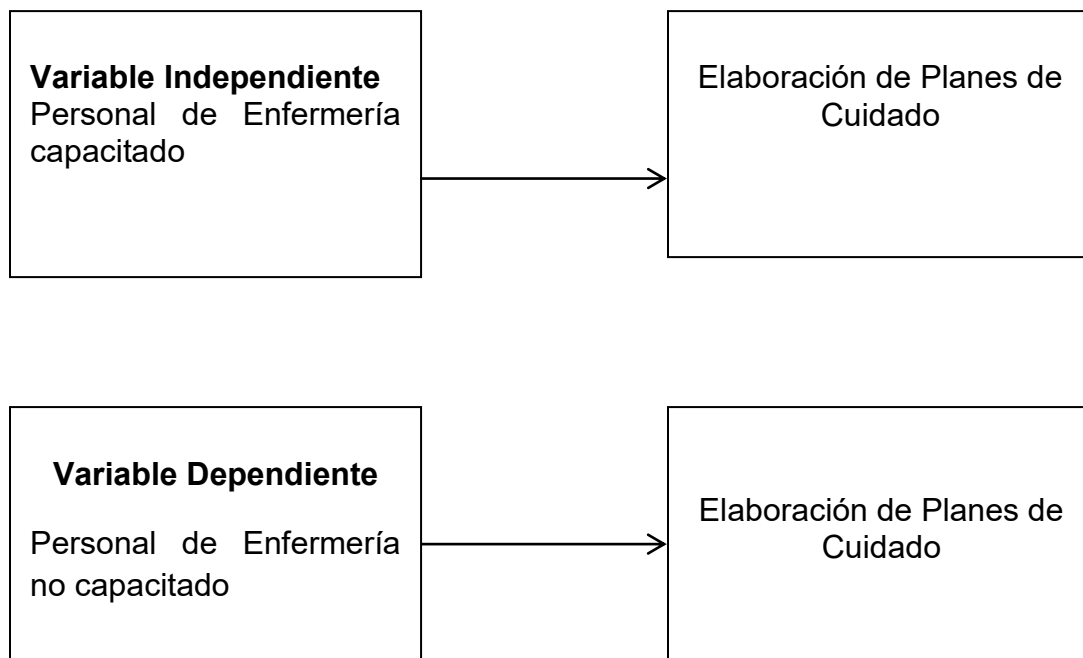
3. Al número de poblaciones (grupos): **Comparativo**

4. La interferencia del observador: Observacional

***Por lo tanto, el protocolo corresponde a una encuesta comparativa-retrospectiva***

#### 5.1.2 VARIABLES

##### Especificación de las variables



## **VARIABLES UNIVERSALES**

- Edad
- Sexo:
  - Mujer
  - Hombre
- Escolaridad:
  - General
  - Licenciatura
  - Especialista.
- Lugar de origen:
  - Mexicano
  - Extranjero
- Tiempo de trabajo:
  - Antigüedad como enfermera
  - Antigüedad en el Hospital

## **ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

1. Nominal o Cualitativa
2. Discreta
3. Finita

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

1. Nominal o Cualitativa
2. Discreta
3. Finita

## **INDICADORES**

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Capacitado: Si / No

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Elabora Planes de Cuidado: Adecuado / Inadecuado

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE ACUERDO CON LAS VARIABLES:

### CONCEPTUAL:

#### V.I. CAPACITADO:

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE), capacitar es “formar”, preparar, implica hacer a alguien apto, habilitarlo para algo”. Por otro lado, entrenar, “involucra la práctica o adiestramiento a personas”. Así mismo, si hablamos de adiestramiento, la RAE, menciona que “Se refiere a hacer diestro, enseñar, instruir a alguien, guiar, encaminar”.<sup>43</sup>

**“Variable Independiente” No capacitado:** opuesto a lo anterior no es preparado.

**Variable Dependiente:** Elaboración de Planes de Cuidado de Enfermería Estandarizados: A la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.<sup>44</sup>

Operacionalización de la Variable Dependiente:

Las dimensiones son:

- Concepto
- Teóricas
- Normas
- Procedimientos
- Tipo de Diagnóstico
- Estructura

---

<sup>43</sup> Propuesta de evaluación de la Capacitación y su impacto en la calidad del servicio. Tesis. Lilia Verónica Ahumada Carmona. Capítulo 2 La Capacitación, 2.1.1 concepto pág. 23. <http://www.rae.es/raehtml> . Artículo pdf disponible en <http://tesis.ipn.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/9613/96.pdf?sequence=1> consultado 2017.

<sup>44</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 4. Definiciones. Disponible en [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013) página web. Consultado 2018.

De lo cual se establece un cuestionario con 14 preguntas con la codificación de:

- 0 – 5 Bajo
- 6 – 10 Medio
- 11 – 14 Alto

**ADECUADO:** 8 – 14

**INADECUADO:** 0 – 7

**Control:**

**a. Técnicas para controlar las diferencias de los sujetos:**

Técnica de selección homogénea.

**b. Técnica para control de las diferencias situacionales:**

Técnica de aleatorización.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN O ELIMINACIÓN.**

Tabla 1. Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión o eliminación.

<b>INCLUSIÓN</b>	<b>NO INCLUSIÓN</b>	<b>EXCLUSIÓN O ELIMINACIÓN</b>
Personal de Enfermería operativo	Personal de Enfermería administrativo	Personal de enfermería que no responda el cuestionario
Personal de Enfermería turno matutino y vespertino	Personal de Enfermería -Quirófano -Ceye	
Jefe de servicio	Personal de Enfermería del turno Nocturno	
	Pasantes de Enfermería	
	Estudiantes de Enfermería	

#### **Grupo Experimental.**

Personal de Enfermería que asiste a la capacitación y que cumple con los criterios de inclusión (ver tabla 1).

### **Grupo control**

Personal de Enfermería que no asiste a la capacitación y que cumple con los criterios de inclusión (ver tabla 1).

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Personal de Enfermería del Hospital General de Xoco, de los diferentes servicios, de los Turnos Matutino y Vespertino.

### **MUESTREO Y DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA**

**MUESTRA:** Se hará un muestreo no probabilístico por conveniencia y el tamaño de la muestra se hará mediante la estimación de proporciones.

La proporción será de: 7% (0.07) y la  $q=1-P$ , donde  $q=.93$

$$N = \frac{Z^2 P q}{D^2} = \frac{(1.96)^2 (.07) (.93)}{(.05)^2} = 100 \text{ enfermeras}$$

### **Ámbito Geográfico en el que se desarrollara la investigación**

Hospital General Xoco. Ciudad de México.

#### **Recursos Humanos que se utilizaran:**

- Morales Viscaino Noemí

#### **Recursos materiales que se emplearán:**

- Computadora
- Hojas blancas
- Lápices
- Calculadora
- Impresora
- Engargolado

#### **Financiamiento del proyecto:**

El estudio es autofinanciable

#### **Límite de tiempo de la investigación:**

1 de agosto de 2016 a 31 de julio del 2017

**Consideraciones y Normas en Materia de la investigación:** Norma Oficial Mexicana Nom-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (Ver anexo 3).

## 6.1 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Para la obtención de los resultados se realizaron una serie de procedimientos que se enunciarán a continuación:

- La información se obtuvo mediante un cuestionario que contiene 14 reactivos que equivalen al 100% (ver anexo 1) cuenta con un apartado donde se clasifica al personal que ha recibido Capacitación y al que no y el porqué de esta, para evaluar el grado de conocimiento e impacto de la capacitación en el personal de Enfermería, en diferentes servicios del Hospital General Xoco (Ver Tabla 2 y 2.1).
- Mediante la obtención de los resultados de cada cuestionario aplicado. Se utilizará una escala de ponderación para poder clasificar: Adecuado /Inadecuado de acuerdo con la capacitación, incluyendo los dos turnos Matutino y Vespertino.

	Adecuado (8 – 14)	Inadecuado ( 0 – 7 )
Capacitado		
No Capacitado		

- De igual forma se obtuvieron resultados por turno, y se Clasificó de la siguiente manera:

	Turno matutino	Turno vespertino
Alto (10 – 14)		
Medio (5 - 9)		
Bajo (0 – 4)		

Cada instrumento de evaluación se clasificó de acuerdo con el número de reactivos obtenidos. Para la obtención de la Decisión Estadística (ver cuadro 1)

- Para a asignar un porcentaje a cada reactivo se realizó una regla de 3, tomando en cuenta que del turno Matutino se aplicaron 53 instrumentos de evaluación que equivale al 100%, y en el Turno Vespertino 42 que equivale al 100%. Se clasificó el número de reactivos adecuados e inadecuado de acuerdo si el personal es Capacitado o No Capacitado.

**Tabla 2. Servicios en los que se aplicó el instrumento de evaluación del turno Matutino**

**TURNO MATUTINO**

SERVICIO	NÚMERO DE CUESTIONARIOS APLICADOS
Urgencias	8
Unidad de Cuidados Intensivos	8
Consulta Externa	4
Cirugía Plástica y Reconstructiva	7
Ortopedia	3
Neurocirugía	7
Cirugía General	7
Medicina Interna	4
Ginecología	2
Toco cirugía	2
Clínica de Catéter	1
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>

**TURNO VESPERTINO**

SERVICIO	NÚMERO DE CUESTIONARIOS APLICADOS
Urgencias	4
Unidad de Cuidados Intensivos	3
Quirófano	1
Cirugía Plástica y Reconstructiva	6
Ortopedia	4
Neurocirugía	8
Cirugía General	7
Medicina Interna	4
Ginecología	2
Toco cirugía	3
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>

**Tabla 2.1 Servicios en los que se aplicó el instrumento de evaluación del turno Vespertino.**



## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA VARIABLES UNIVERSALES

### EDAD:

El rango más destacado de la edad del personal de enfermería de los turnos matutino y vespertino; fue de 23 a 32 años con un 35%, seguido de un rango de 43 a 52 años que equivale al 27%, mientras que el 1% pertenece al personal de 63 a 72 años (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Edad del personal de enfermería del Hospital General Xoco, de los turnos matutino y vespertino**

Edad en el personal de Enfermería		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
63 – 72	1	1%
53 – 62	6	6%
43 – 52	27	27%
33 – 42	26	26%
23 – 32	35	36.84%
Total	95	100%

*Fuente de información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

### EDAD DEL TURNO MATUTINO

El rango de edad más representativo fue de 43 a 52 años con un 19%, teniendo en cuenta que el 53% equivale al 100%; seguido de un rango de 23 a 32 años con un 17%. El 1% pertenece al rango de 63 a 72 años (Ver Tabla 3.1).

Tabla 3.1 Edad del personal de Enfermería turno matutino

Edad en el personal de Enfermería Turno Matutino		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
63 – 72	1	1%
53 – 62	4	4%
43 – 52	19	19%
33 – 42	12	12%
23 – 32	17	17%
Total	53	100%

*Fuente de información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

### EDAD DEL TURNO VESPERTINO

A diferencia del Turno Matutino podemos destacar que el mayor porcentaje de edad se encuentra en el 18% en un rango de edad 23 a 32 años, seguido de un 14% en un rango de 33 a 42 años, el 42% equivale al 100% del Personal. Con 2% se encuentra el rango de edad 53 a 62 años (ver tabla 3.2).

Tabla 3.2 Edad del Personal de Enfermería Turno Vespertino.

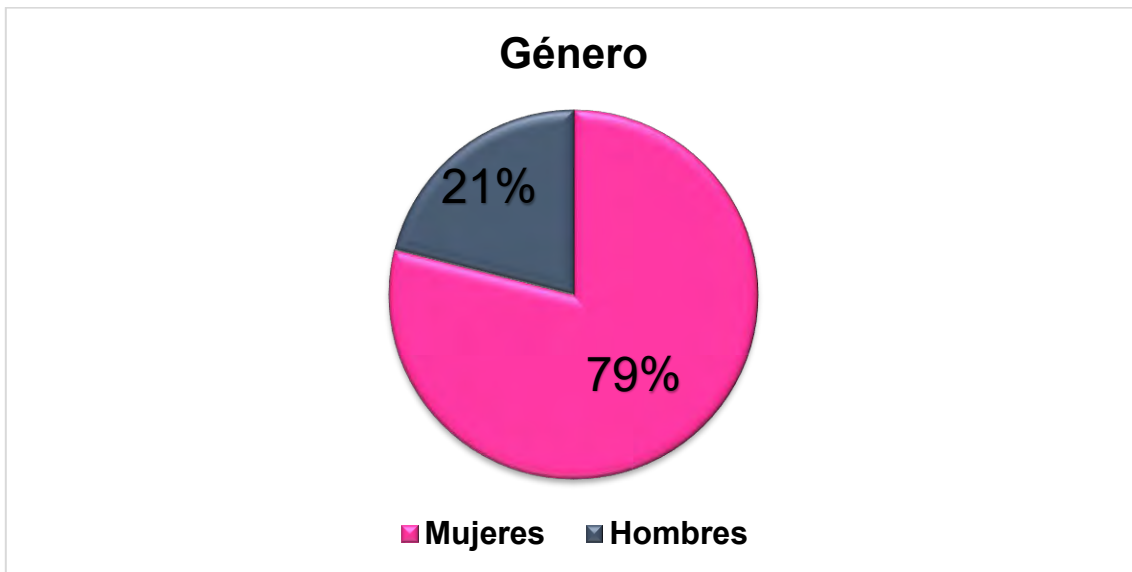
Edad en el personal de Enfermería Turno Vespertino		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
53 – 62	2	2%
43 – 52	8	8%
33 – 42	14	14%
23 – 32	18	18%
Total	42	42%

*Fuente de Información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

## **GÉNERO:**

Entre los dos turnos matutino y vespertino de un universo de 95% que equivale al 100% se destaca que 79% es del género femenino, mientras que el 21% pertenece al personal Masculino (ver gráfica 1).

**Gráfica 1. Género de los Turnos matutino y vespertino.**

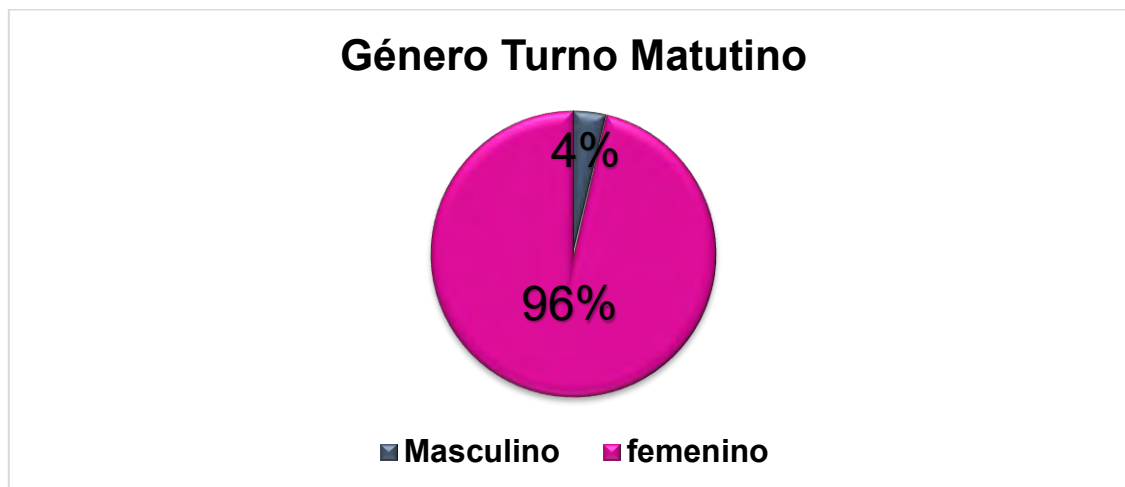


**Fuente de Información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

## GÉNERO DEL TURNO MATUTINO

Del 53% que equivale al 100% del personal el 96% pertenece al género femenino, mientras que el 4% al personal masculino (ver gráfica 1.2).

Gráfica 1.2 Género del Turno Matutino.

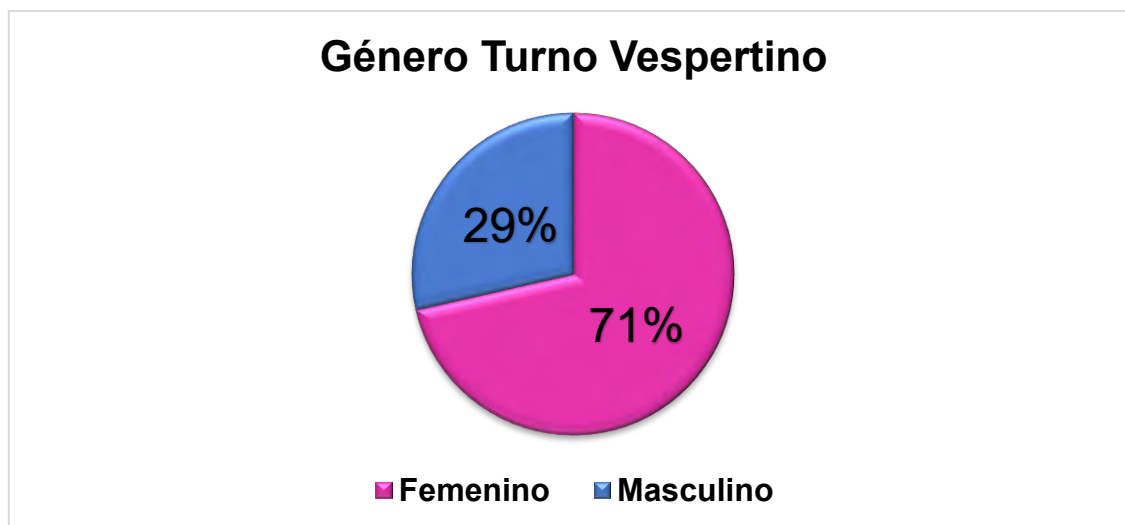


*Fuente de información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

## GÉNERO DEL TURNO VESPERTINO

El 71% del personal de enfermería pertenece al género femenino, mientras que el 29% al masculino. Teniendo en cuenta que el 42% equivale al 100% (ver Gráfica 1.3).

Gráfica 1.3. Género del Turno Vespertino

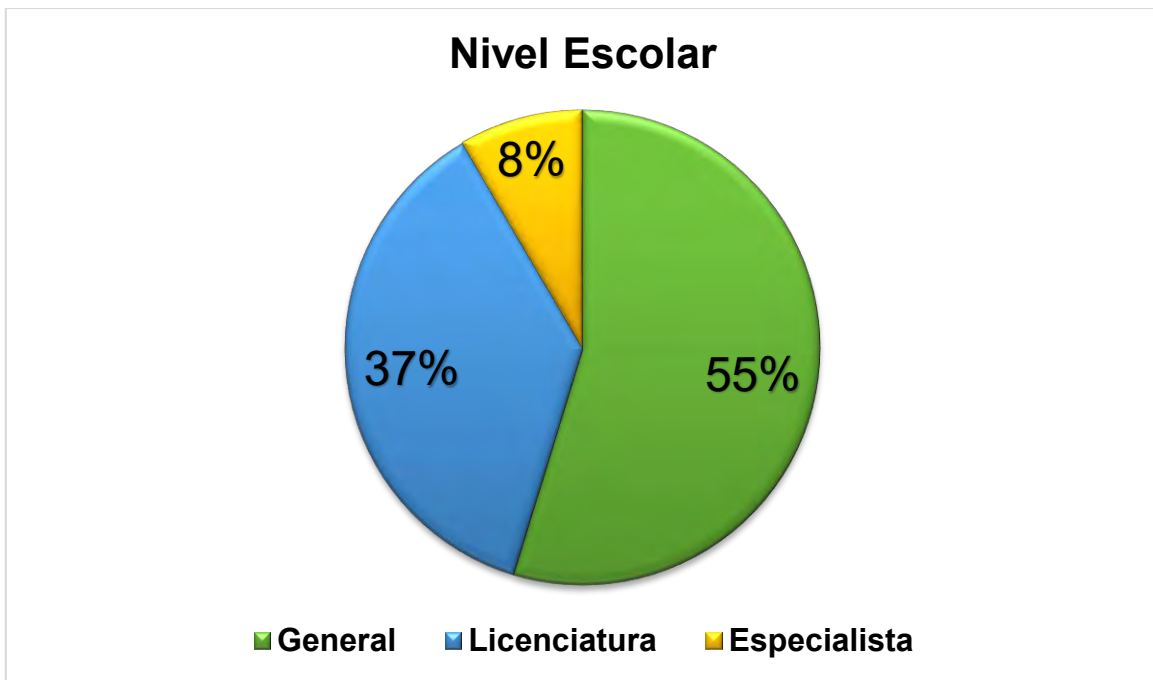


*Fuente de información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

## NIVEL ESCOLAR

El 55% son enfermeras Generales, el 37% son Licenciadas en Enfermería, y el 8% son especialistas (ver gráfica 2).

**Gráfica 2. Nivel escolar del Personal de Enfermería de los turnos Matutino y Vespertino.**



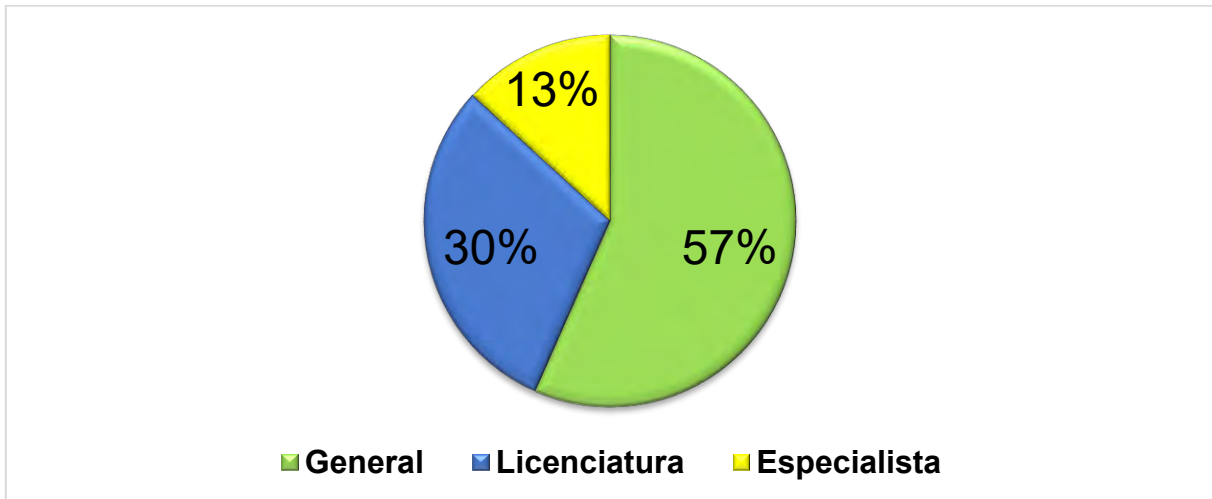
**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

<

### NIVEL ESCOLAR TURNO MATUTINO.

El 57% del personal son generales, mientras que el 30% son licenciados y el 13% especialistas. (Ver gráfica 2.2)

GRÁFICA 2.2 Nivel Escolar Turno Matutino.

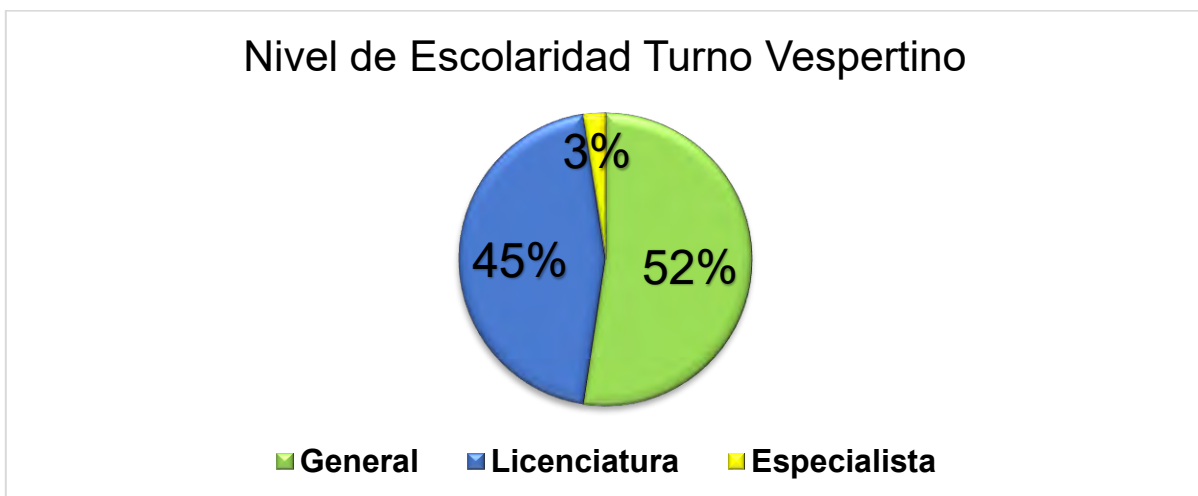


*Fuente de Información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

### NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL TURNO VESPERTINO

El porcentaje más alto es del 52% que pertenece a los enfermeros generales, seguido de un 45% con licenciatura mientras que el 3% son especialistas (ver gráfica 2.3)

Gráfica 2.3 Nivel de Escolaridad del Turno Vespertino.

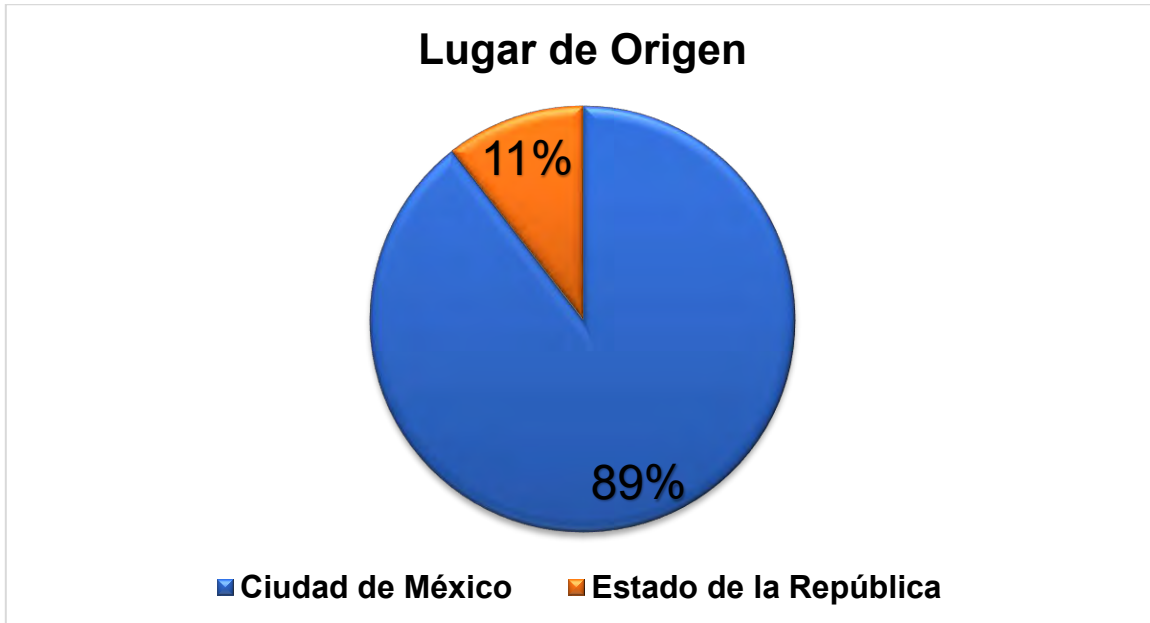


*Fuente de información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

## LUGAR DE ORIGEN

El 89% del Personal de Enfermería son originarios de la Ciudad de México, mientras que el 11% son de algún estado de la República (ver gráfica 3).

**GRÁFICA 3. Lugar de origen de los turnos matutino y vespertino**

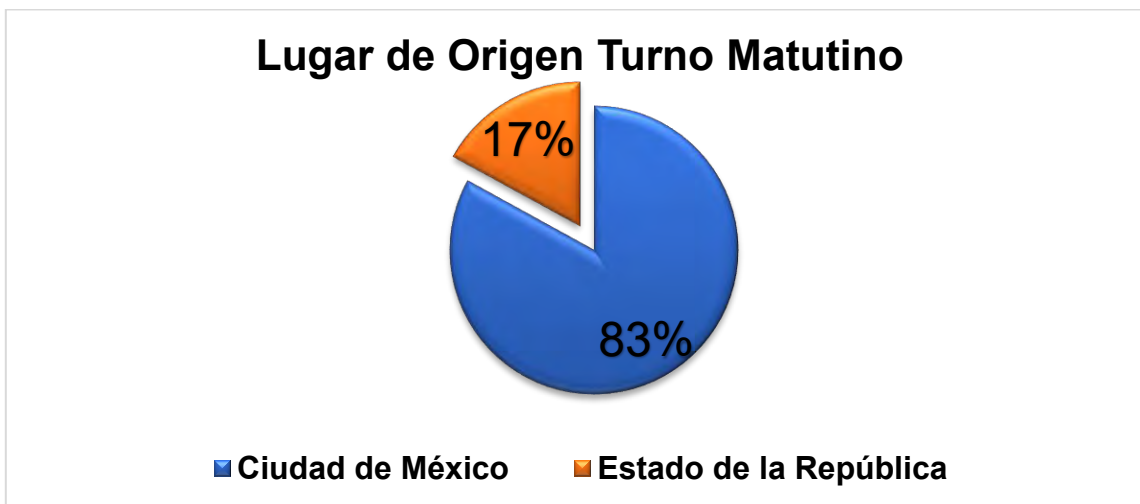


*Fuente de información: Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.*

### LUGAR DE ORIGEN DEL TURNO MATUTINO

El 83% del personal de Enfermería es originario de la Ciudad de México, mientras que el 17% son originarios de algún estado de la República (ver gráfica 3.1)

Gráfica 3.1. Lugar de origen del turno matutino

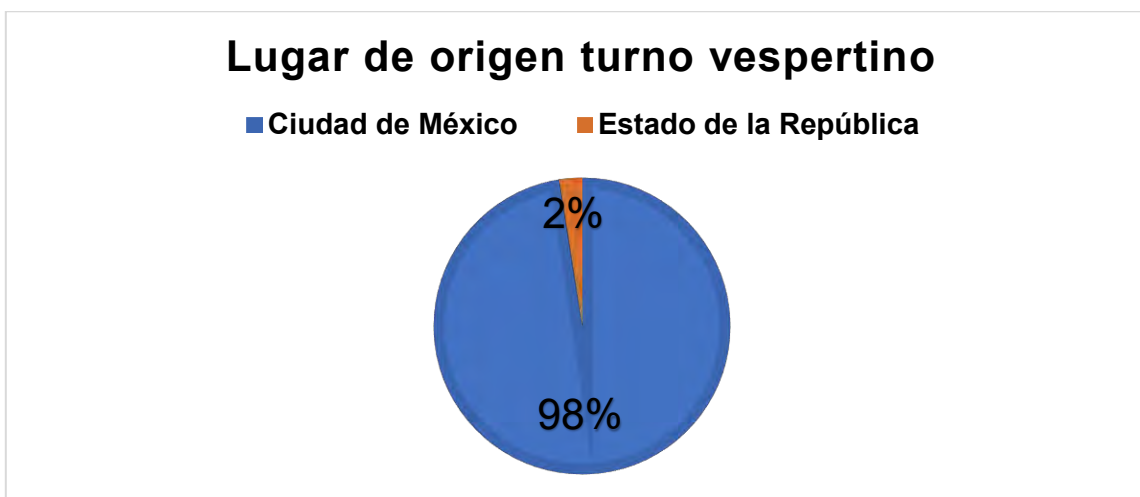


*Fuente de información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

### LUGAR DE ORIGEN DEL TURNO VESPERTINO

El 98% del personal de Enfermería son originarios de la ciudad de México, y el 2% de algún estado de la República (ver gráfica 3.2)

Gráfica 3.2 Lugar de origen de turno vespertino.



*Fuente de información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.



## ANTIGÜEDAD COMO ENFERMERA

El rango de años de antigüedad más representativo es de 1 a 10 años con un 35%, seguido de un 30% en un rango de 11 a 21 años de antigüedad. Mientras que el porcentaje menor es de 8% con 31 y 41 años de antigüedad (ver tabla 4).

**Tabla 4. Antigüedad como enfermera de los turnos matutino y vespertino.**

Antigüedad como Enfermera		
Años de Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
31 – 41	8	8%
21 – 31	22	22%
11 – 21	30	30%
1 – 10	35	35%
Total	95	100%

*Fuente de información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

### ANTIGÜEDAD COMO ENFERMERA DEL TURNO MATUTINO.

El porcentaje más destacado es del 19% con un rango de 1 a 10 años de antigüedad, el 16% pertenece a 11 y 20 años como enfermera, y el menor porcentaje 4% al rango de 31 a 40 años como enfermera (ver Tabla 4.1).

Tabla 4.1 Antigüedad como enfermera turno matutino

Antigüedad como Enfermera Turno Matutino		
Años	Frecuencia	Porcentaje
Bgt5631 – 40	4	4%
21 – 30	14	14%
11 – 20	16	16%
1 – 10	19	19%
Total	53	100%

*Fuente de Información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

### ANTIGÜEDAD COMO ENFERMERA DEL TURNO VESPERTINO

El mayor porcentaje es el 17% de 1 a 10 años de antigüedad, el 15% de 11 a 21 años de antigüedad, el 3% de 32 a 42 años de antigüedad (ver tabla 4.2).

Tabla 4.2 Antigüedad como enfermera turno vespertino

Antigüedad como Enfermera Turno Vespertino		
Años	Frecuencia	Porcentaje
32 – 41	3	3%
22 – 31	7	7%
11 – 21	15	15%
1 – 10	17	17%
Total	42	100%

*Fuente de Información:* Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

## ANTIGÜEDAD COMO ENFERMERA EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO

El 56% que equivale al 100% de las Enfermeras, pertenece al rango de 1 a 10 años de antigüedad en el hospital, seguido de un 17% con 11 a 20 años, mientras que el menor es de un 3%. Del total de la población el 56% de las enfermeras pertenece al rango de 1 a 10 años de antigüedad en el hospital, seguido de un 17% con 11 a 20 años (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Antigüedad como enfermera en el Hospital General Xoco.**

Antigüedad como Enfermera en el Hospital General Xoco		
Años de Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
31 – 40	3	3%
21 – 30	9	9%
11 – 20	17	17%
1 – 10	56	56%
Total	95	100%

*Fuente de información: Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.*

## ANTIGÜEDAD COMO ENFERMERA EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO DEL TURNO MATUTINO

El mayor es de 29% que es equivalente a 1 a 10 años de antigüedad en el Hospital, mientras que el menor es 2% de 31 a 40 años de antigüedad (ver tabla 5.1).

**Tabla 5.1 Antigüedad como enfermera en el Hospital General Xoco del Turno Matutino**

<b>Antigüedad como Enfermera en el Hospital General Xoco del Turno Matutino</b>		
<b>Años</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
31 – 40	2	2%
<b>21 – 30</b>	13	13%
<b>11 – 20</b>	9	9%
<b>1 – 10</b>	<b>29</b>	<b>29%</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

*Fuente de información: Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.*

## ANTIGÜEDAD COMO ENFERMERA EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO DEL TURNO VESPERTINO

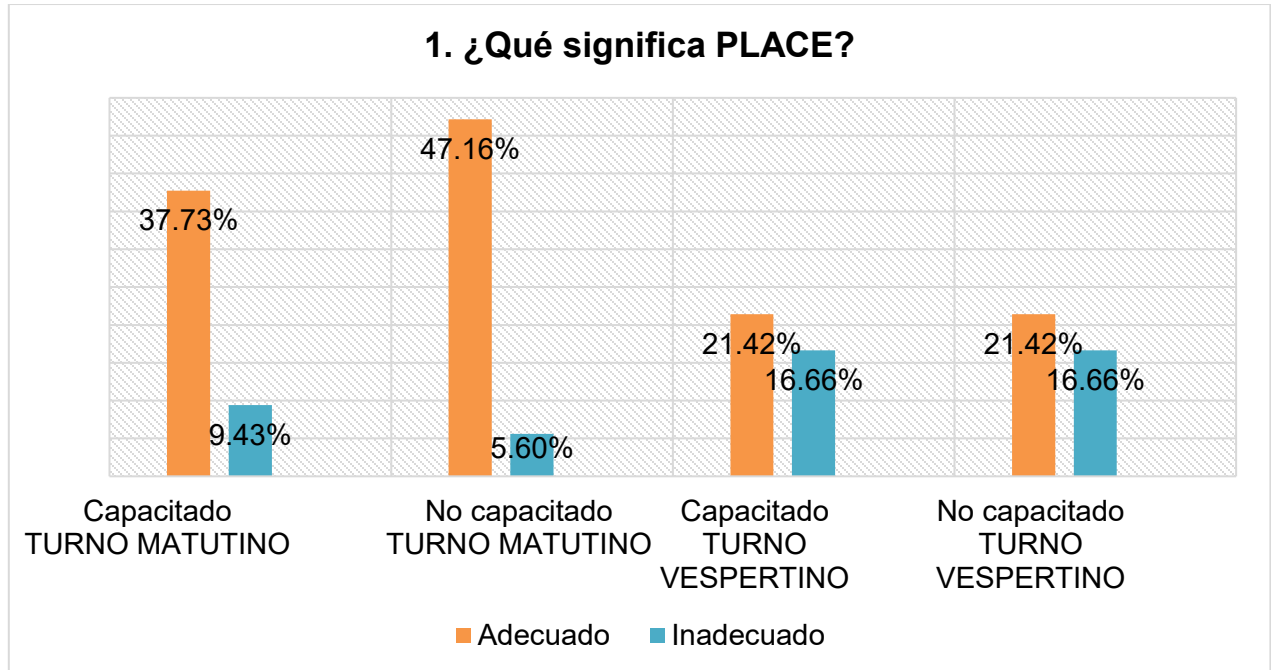
De un 42% el 27% corresponde al mayor porcentaje en un rango de 1 a 10 años de antigüedad, mientras el 1% representa 31 a 40 años de antigüedad (ver tabla 5.2)

**Tabla 5.2 Antigüedad como enfermera en el Hospital General Xoco del Turno Vespertino**

<b>Antigüedad como enfermera en el Hospital General Xoco del Turno Vespertino</b>		
<b>Años</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
31 – 40	1	1%
21 – 30	6	6%
<b>11 – 20</b>	<b>8</b>	<b>8%</b>
<b>1 – 10</b>	<b>27</b>	<b>27%</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

## 7.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

**Gráfica 4. Conocimiento del significado de PLACE**

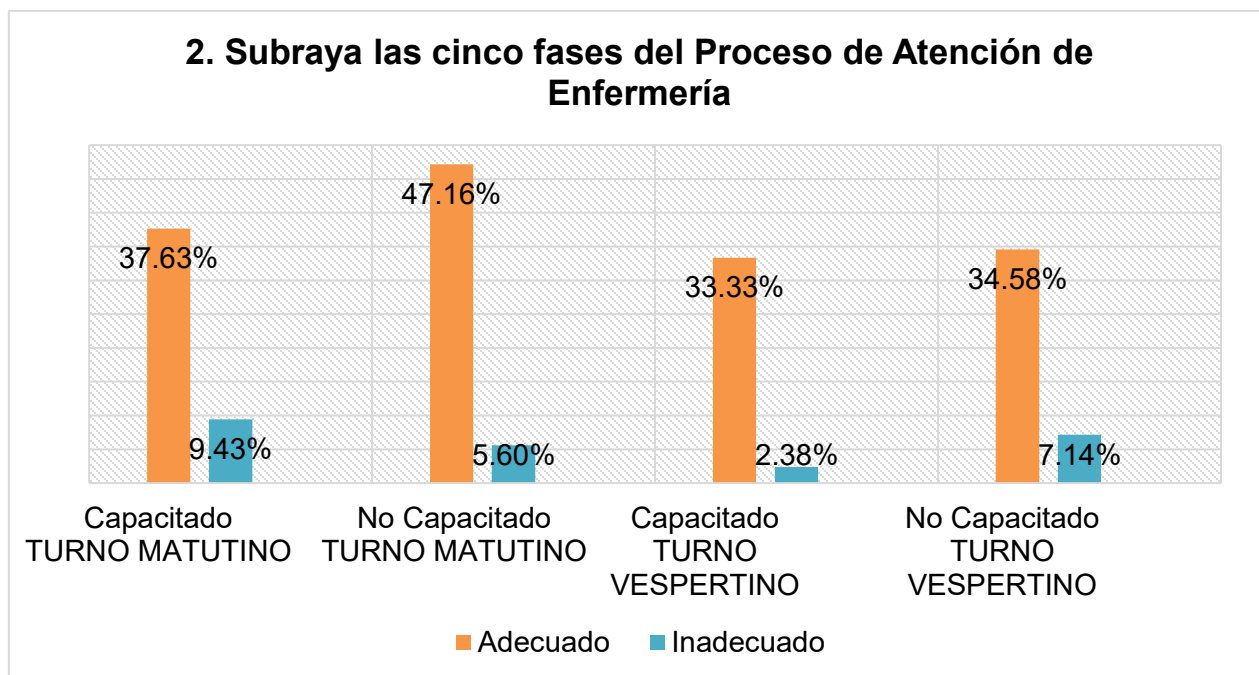


**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

Entre la población encuestada se encontró que el turno matutino el 46.16% corresponde al personal no capacitado con un conocimiento adecuado. Seguido de un 21.42% del turno vespertino.

Así mismo el 16.66% del personal capacitado del turno vespertino, tiene un conocimiento inadecuado al igual que el no capacitado. Mientras que el 5.60% del turno matutino pertenece al no capacitado.

**Gráfica 5. Conocimiento de las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería.**

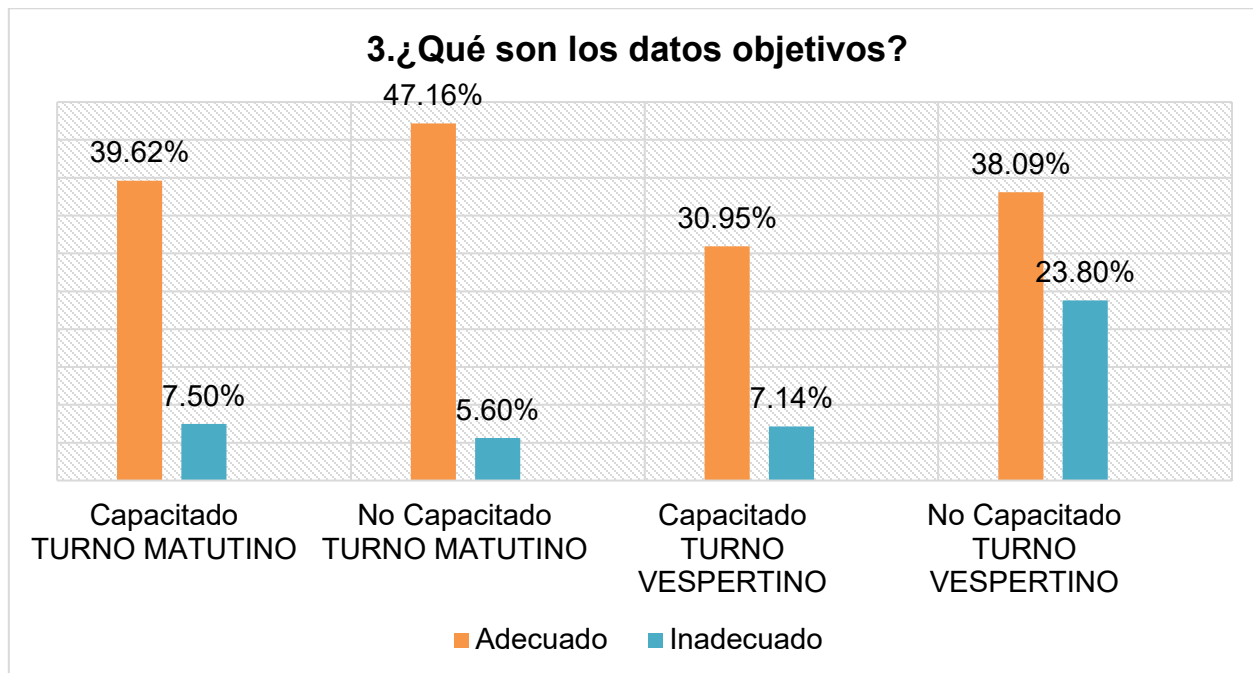


**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

El 47.16% del personal de enfermería del turno matutino no capacitado, respondió de manera asertiva las cinco fases. Y el personal capacitado del turno vespertino obtuvo un 33.33%.

De igual forma el turno matutino del personal capacitado, obtuvo un 9.43% desconociendo las fases y un 2.38% del turno vespertino.

**Gráfica 6. Conocimiento de los datos objetivos.**

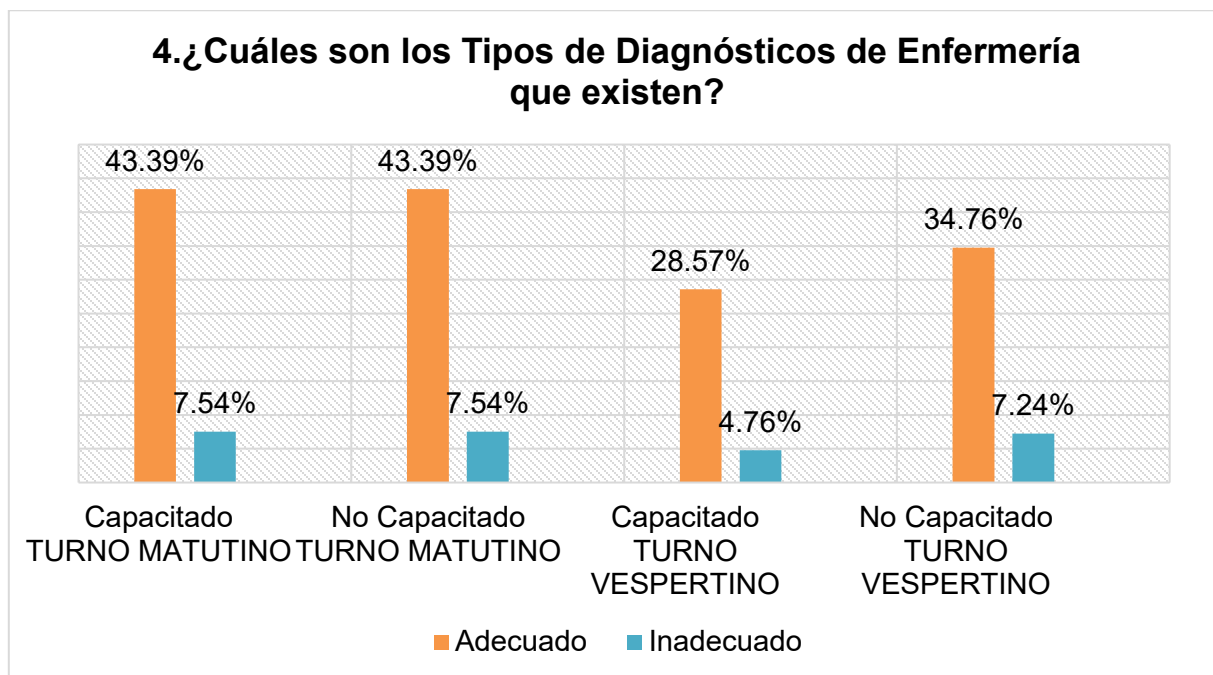


**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

De acuerdo con la gráfica se muestra que el 47.16% del turno matutino no capacitado conoce los datos objetivos, y el 39.95% del turno vespertino del personal capacitado.

Así mismo el personal no capacitado del turno vespertino tiene un conocimiento inadecuado con un 23.80% y el turno matutino un 5.60%.

**Gráfica 7. Conocimiento de los Tipos de Diagnósticos de Enfermería.**



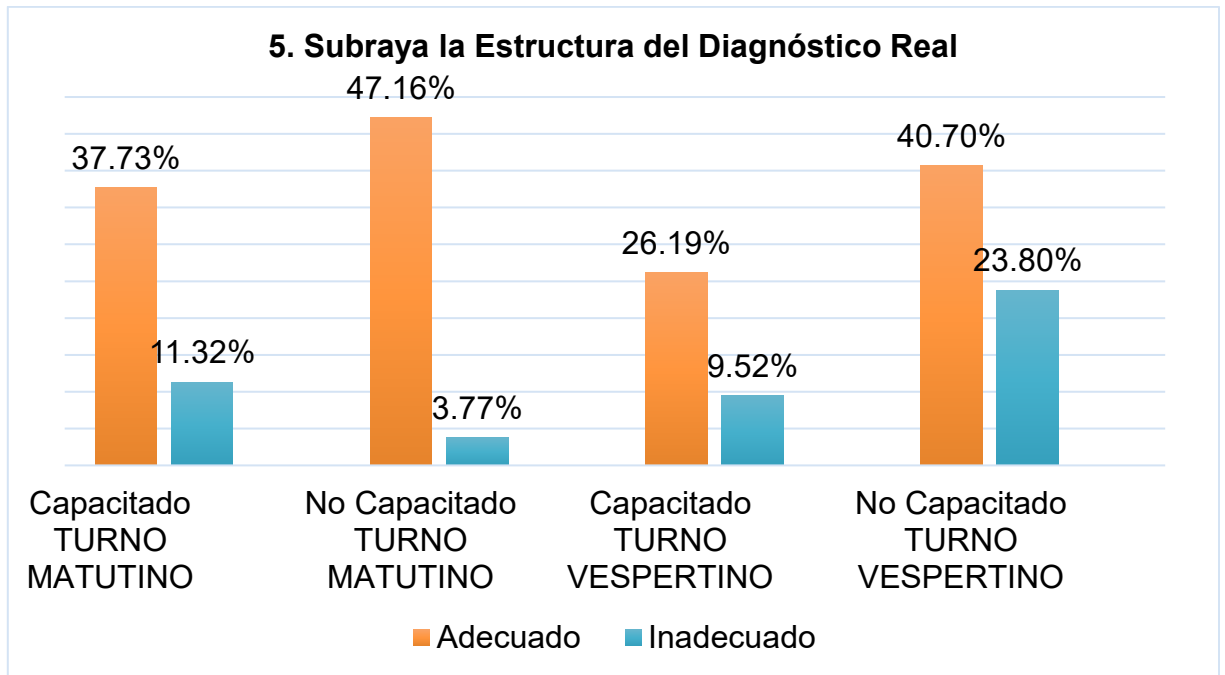
**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

Al observar la gráfica, se muestra el personal de turno matutino no capacitado, identifica de manera adecuada, los tipos de diagnósticos con un 43.39% al igual que el capacitado.

Mientras tanto, el personal capacitado y no capacitado del turno matutino, con un 7.54% no distingue los tipos de diagnósticos. Por otro lado, el personal capacitado del turno vespertino obtuvo un 4.76%.



**Gráfica 8. Conocimiento de la Estructura del Diagnóstico Real.**

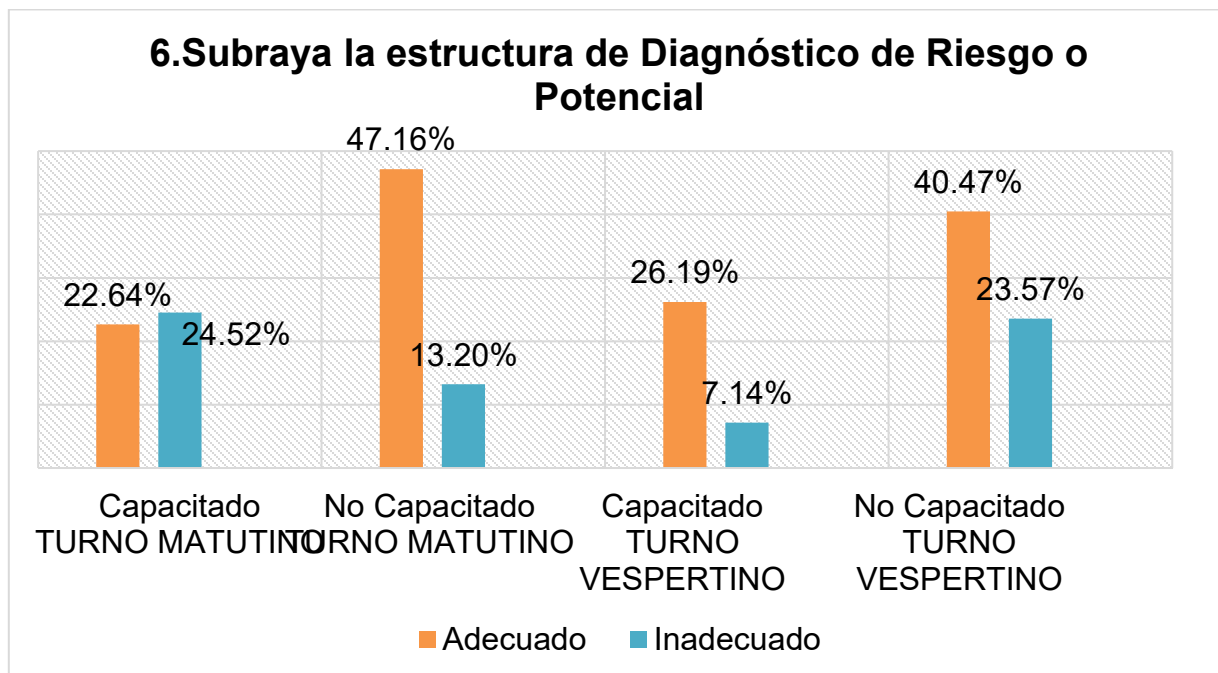


**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

Entre la población encuestada se encontró que, del turno matutino, el 47.16% corresponde al personal no capacitado con un conocimiento adecuado. Seguido de un 26.19% del personal capacitado del turno vespertino.

Así mismo el 23.80% del personal no capacitado del turno vespertino, tiene un conocimiento inadecuado y un 3.77% del turno matutino.

**Gráfica 9. Conocimiento sobre la estructura de Diagnostico de Riesgo o Potencial.**

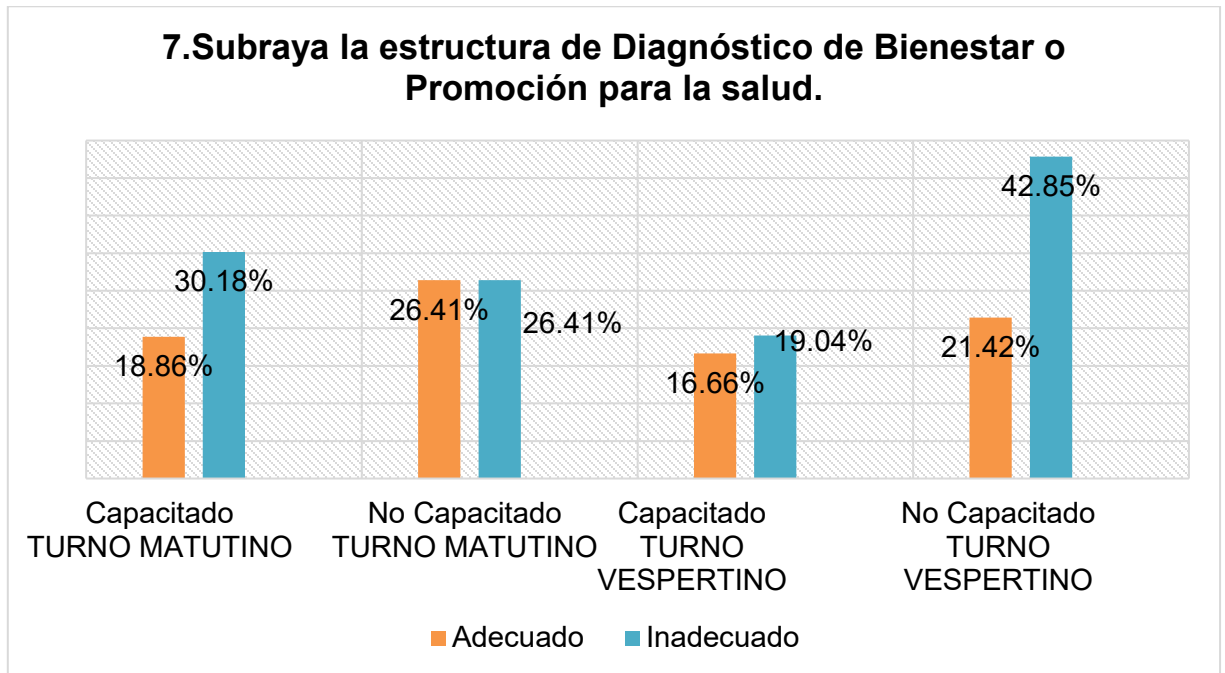


**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

El personal de enfermería del Hospital General Xoco el 47.16% del turno matutino no capacitado respondió la estructura del diagnóstico y el 22.64% no obtuvo respuesta alguna.

En cuanto al personal capacitado del turno matutino, obtuvo un porcentaje de 24.52% desfavorable y el turno vespertino un 7.14%.

**Gráfica 10. Conocimiento sobre la estructura de Diagnóstico de Bienestar o Promoción para la salud.**

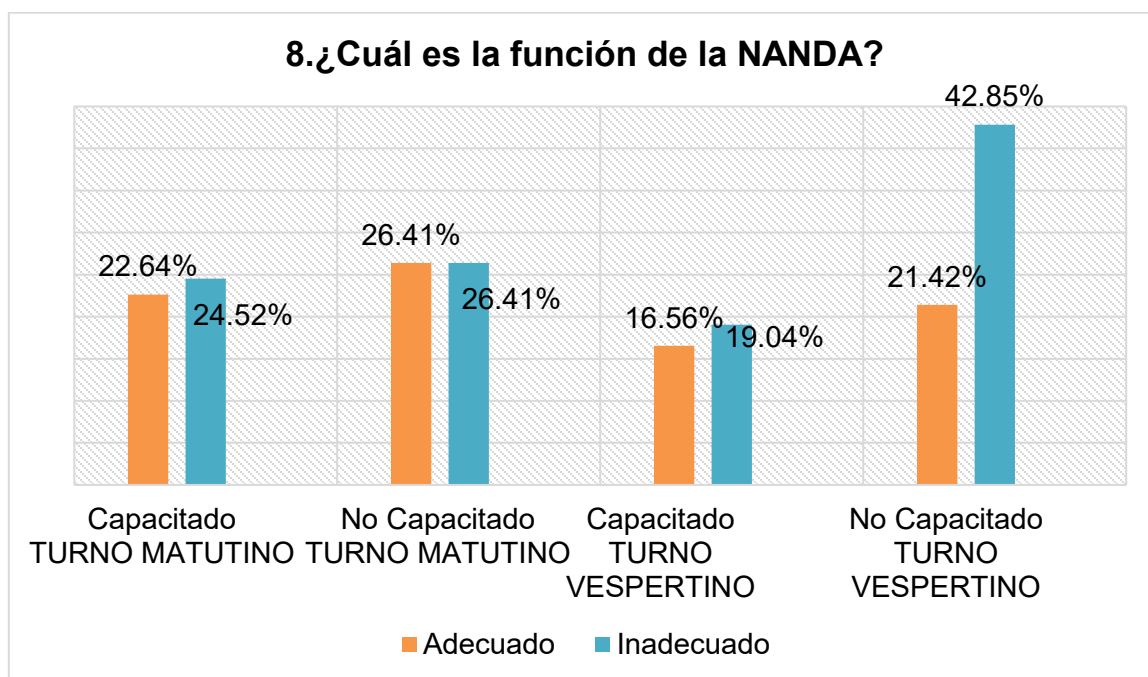


**Fuente de información:** Personal de Enfermería Hospital General Xoco.

Los resultados obtenidos por esta gráfica indican que el personal no capacitado del turno matutino reconoce la estructura del diagnóstico de bienestar con un 24.41% y del personal capacitado del turno vespertino obtuvo 16.66%.

Finalmente, el 42.85% del personal no capacitado del turno vespertino, desconoce la estructura y un 19.04% del personal capacitado.

**Gráfica 11. Conocimiento de la función de la NANDA.**

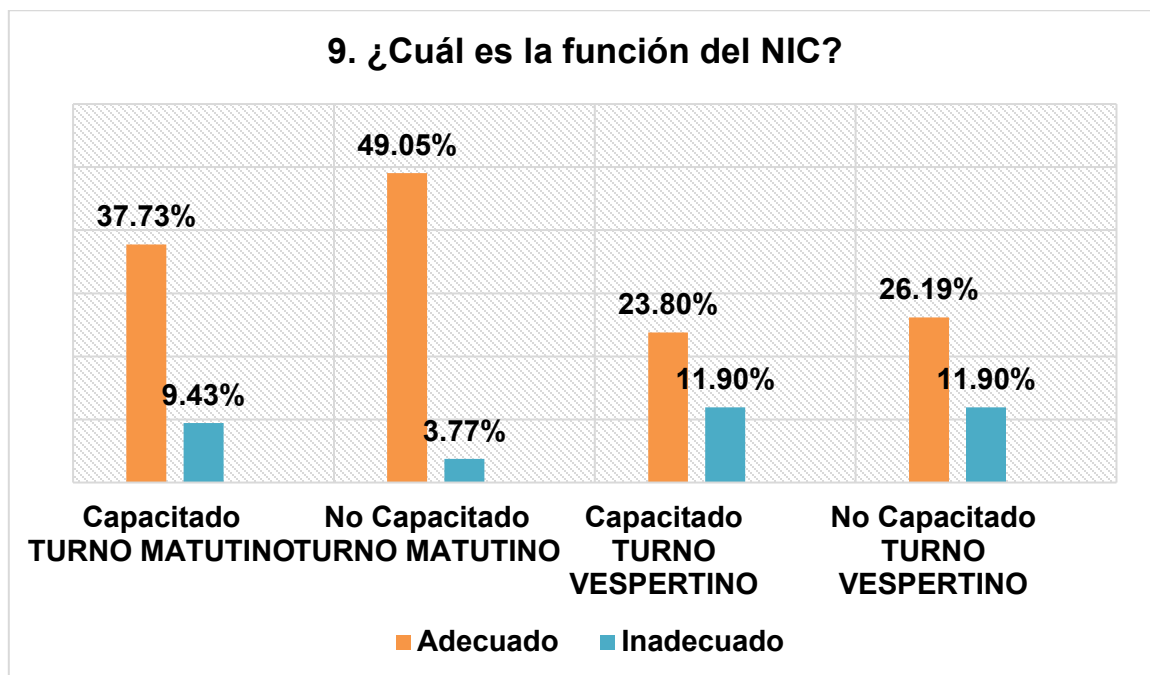


**Fuente de Información:** Personal de Enfermería Hospital General Xoco

De acuerdo con la gráfica se muestra que el 26.41% del turno matutino no capacitado, domina la función de la NANDA, el 16.56% del turno vespertino del personal capacitado.

Por otro lado el personal no capacitado del turno vespertino, tiene un conocimiento inadecuado con un 42.85% y el personal capacitado un 19.04%.

Gráfica 12. Conocimiento de la función de NIC

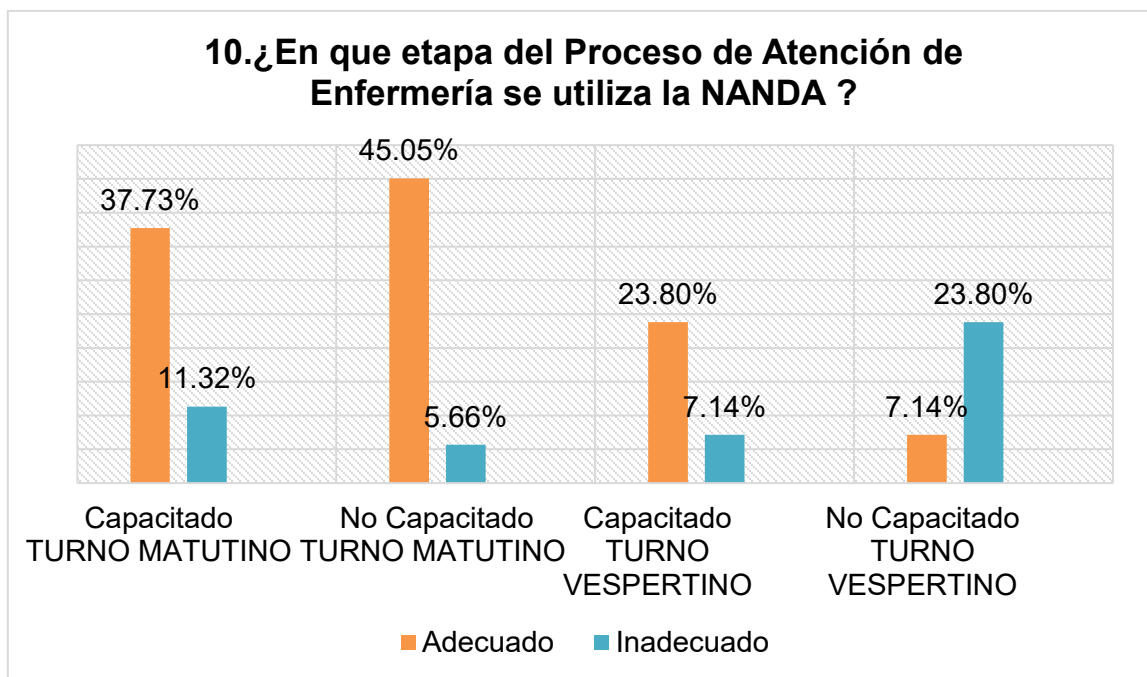


**Fuente de información:** Personal de Enfermería Hospital General Xoco.

El 49.05% del personal de enfermería del turno matutino no capacitado, conoce la función del NIC, mientras que el personal capacitado del turno vespertino obtuvo un 23.80%.

De igual forma el turno vespertino del personal capacitado obtuvo un 11.90% y el personal no capacitado del turno matutino 3.77%.

**Gráfica 13. Conocimiento del uso de la NANDA en el Proceso de Atención de Enfermería**

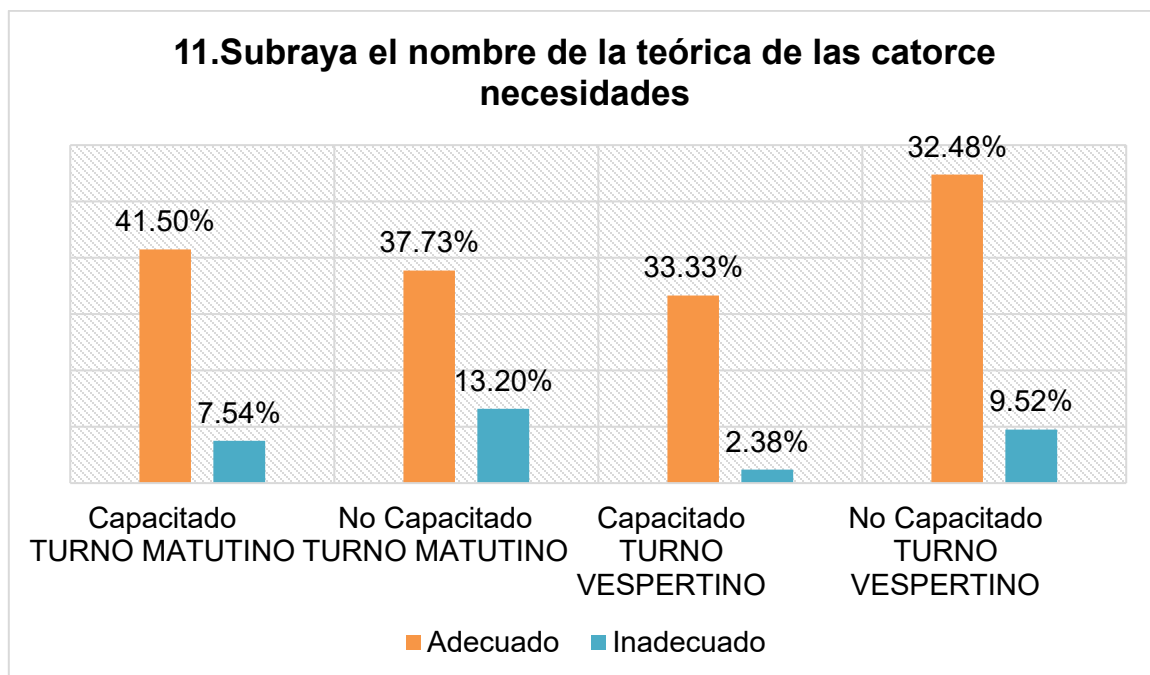


**Fuente de Información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

En esta gráfica se puede apreciar con mayor claridad que el 45.05% del personal no capacitado del turno matutino detecta la etapa en la que se utiliza la NANDA; por otro lado, el personal no capacitado del turno vespertino obtuvo un porcentaje del 7.14%.

Por otro lado, el 23.80% no detecta la etapa en la que se utiliza la NANDA, al igual que el personal no capacitado del turno matutino con un 5.66%.

**Gráfica 14. Conocimiento de la teórica de las catorce necesidades**

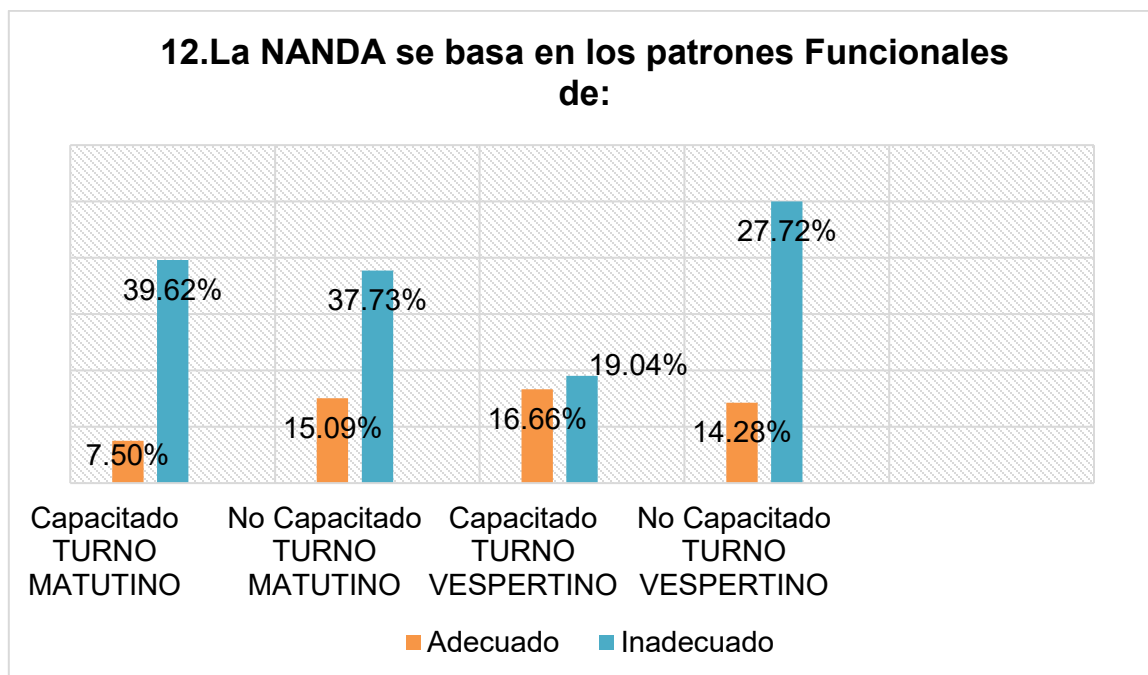


**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco

Entre la población encuestada se encontró que el turno matutino, el 41.50% corresponde al personal capacitado del turno matutino, seguido de un 33.33% del personal capacitado del turno vespertino.

Así mismo el 13.20% del personal no capacitado del turno vespertino tiene un conocimiento inadecuado, mientras que el 2.38% del turno vespertino pertenece al personal capacitado.

**Gráfica 15. Conocimiento de los patrones funcionales de la NANDA**



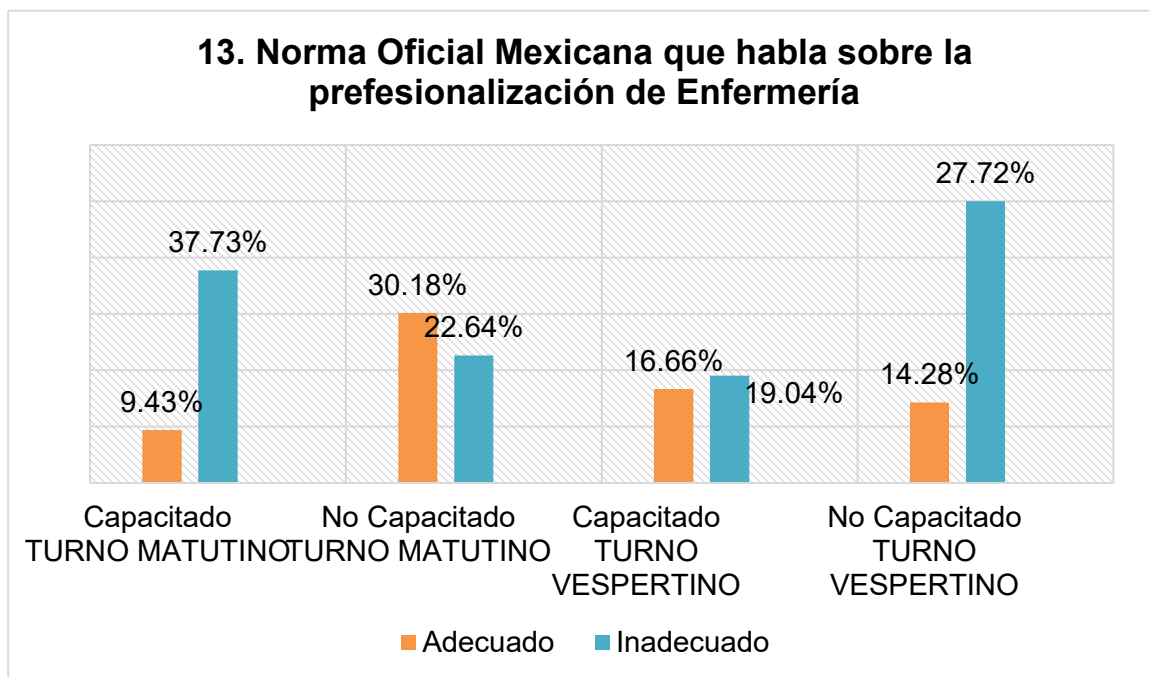
**Fuente de Información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

El personal de enfermería del Hospital General Xoco el 16.66% del turno vespertino capacitado respondió en que patrones funcionales se basa la NANDA.

En cuanto al personal capacitado del turno matutino, obtuvo un porcentaje de 39.62% desfavorable y el turno vespertino un 14.28%.



**Gráfica 16. Conocimiento de la Norma Oficial Mexicana para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.**



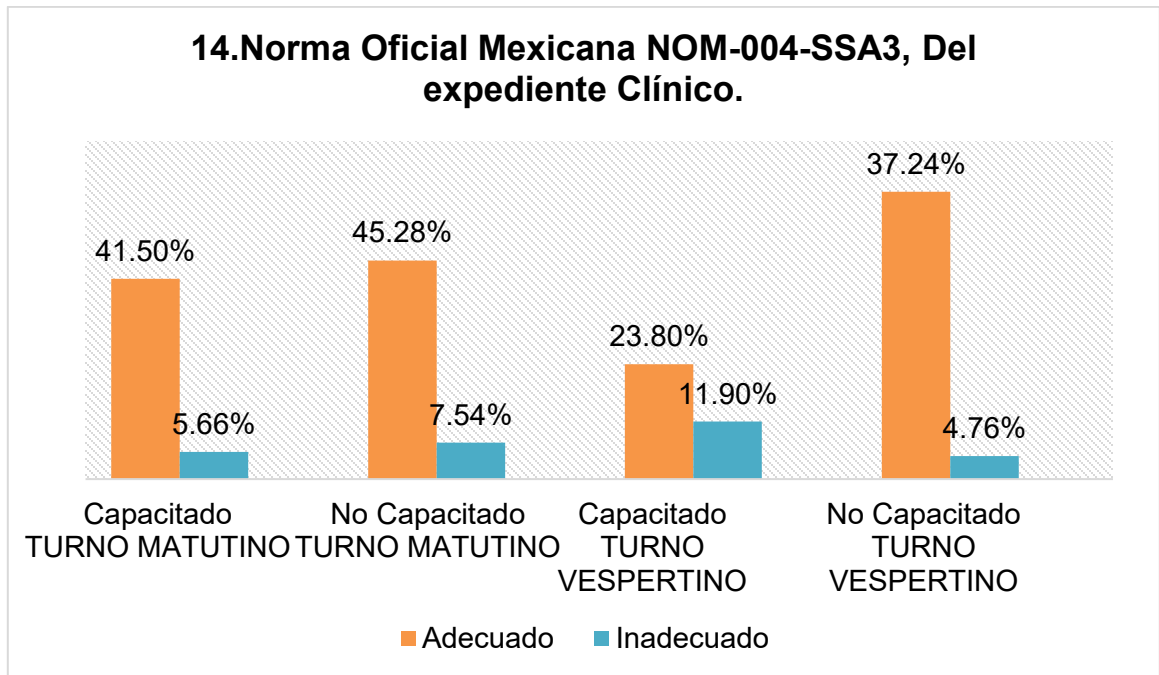
F

**Fuente de información:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco

Los resultados obtenidos por esta gráfica indican que el personal no capacitado del turno matutino reconoce cual es la norma oficial mexicana que habla sobre la profesionalización de enfermería con un 30.18% y el 9.43% del personal capacitado.

Finalmente, el 37.73% del personal capacitado del turno matutino desconoce la norma oficial al igual que un 19.04% del personal capacitado del turno vespertino.

**Gráfica 17. Conocimiento de la Norma Oficial NOM-004-SSA3, Del expediente Clínico**



**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Personal de Enfermería del Hospital General Xoco.

Al observar la gráfica, se muestra que el personal del turno vespertino no capacitado identifico la norma oficial mexicana del expediente clínico con un 45.28% y un 23.80% del personal capacitado del turno vespertino.

Mientras tanto, el personal capacitado del turno vespertino con un 11.90% no identifico de forma correcta al igual que el personal no capacitado con un 4.76%.

## 7.1 DISCUSIÓN

Es importante que la práctica de enfermería esté respaldada por un conocimiento científico, que establece bases sólidas para ejecutar los cuidados con un método sistemático para definir, organizar, implementar y evaluar las intervenciones de enfermería; dado lo anterior los resultados obtenidos del primer indicador de evaluación sobre el conocimiento del significado en PLACE sobresale que el mayor porcentaje pertenece al personal del turno matutino que no está capacitado con un 47.16%. Se reconoce al personal operativo principal conocedor, al aplicar las fases del proceso de atención de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, además de contar con un juicio clínico, análisis, deducción y conocimiento para implementarlo; a lo que el segundo indicador de evaluación, nos muestra que el personal no capacitado del turno matutino, con un porcentaje del 50.94% tiene conocimiento adecuado de las fases del proceso de atención de enfermería, y el 9.43% inadecuado, al favorecer el conocimiento de las fases y su aplicación la calidad del cuidado del paciente y de su familia, se refleja en una mejora de la calidad de los servicios de salud. La obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, nos brindan información concreta sobre el estado de salud del paciente; el personal de enfermería no capacitado tiene un conocimiento adecuado con un 47.16% y un 23.80% inadecuado, la obtención continua de nuevos datos determina modificación en los planes de cuidados.

El diagnóstico de enfermería es el enunciado que explica y describe el estado de salud, problema real o potencial en los procesos vitales de una persona que requiere intervención de un personal debidamente formado; el personal no capacitado tiene un conocimiento adecuado con un 43.19% y un 7.54% inadecuado; sobre los tipos de diagnósticos y su estructura. Y el 26.41% del personal no capacitado tiene un conocimiento adecuado de la función de la NANDA. Y el 45.05% del personal no capacitado, tiene conocimiento adecuado sobre la etapa en la que se utiliza. El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: etiqueta diagnóstica, factor relacionado y características definitorias. De acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería según el marco o modelo conceptual escogido: 14 necesidades de Virginia Henderson; el

personal no capacitado tiene un conocimiento adecuado sobre estas con un 54.76% y un 13.20% inadecuado. O patrones funcionales de Gordon; el personal no capacitado tiene un conocimiento adecuado con un 39.62% y un 37.73% inadecuado. La organización de datos va a depender del sustento teórico o modelo conceptual se emplee en cada institución. El registro de enfermería es un documento específico que forma parte del expediente clínico de cualquier institución de salud, y también de la historia clínica. El conocimiento adecuado sobre la Norma Oficial mexicana 004 del expediente clínico, corresponde a un 30.18% y un 7.54% inadecuado. Es considerado un instrumento jurídico, porque se utiliza como evidencia entre usuarios y prestadores de servicios de salud al permitir evaluar la actuación de los miembros de salud.

## 8.1 DECISIÓN ESTADÍSTICA

### A) Por personal capacitado y No capacitado.

		Adecuado manejo de Registros clínicos de Enfermería	Inadecuado manejo de Registros clínicos de Enfermería	TOTAL
Personal de Enfermería Capacitado	de	23	18	41
Personal de enfermería no capacitado	no	23	31	54
TOTAL		46	49	95

Como se puede observar: al aplicar prueba no paramétrica de hipótesis  $\chi^2$  para dos muestras independientes se obtiene  $\chi^2$  para dos muestras independientes se obtiene  $\chi^2$  crítica de 2.706 con un grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 al calcular que  $\chi^2$  experimental mediante:

$$\chi^2 c: 2.706$$

$$Gl: 1$$

$$\chi^2 \text{ exp} = \frac{N (|AD-BC| - N/2)^2}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)}$$

$$\frac{95(|713 - 414| - 47.5)^2}{(41)(54)(46)(49)}$$

$$(41)(54)(46)(49)$$

$$95(299 - 47.5)^2 = \frac{60080963.75}{4990356.0} = \chi^2 \text{ exp} = 1.20$$

**Decisión estadística:** se acepta  $H_0$  ya que  $\chi^2 \text{ exp}$  es menor que  $\chi^2 c$ ; es decir 1.20 es menor 2.706; con P mayor 0.05, es decir el grupo de enfermeras capacitada en comparación con los no capacitados no mostraron diferencia estadísticamente significativa.

## Decisión estadística

### B) Por turno

	Alto	Medio	Bajo	Total
Turno matutino	31	21	1	53
Turno vespertino	14	27	1	42
TOTAL	45	48	2	95

$X^2 c: 4.605$

$gl > 1$

$gl = 2$

$= 0.05$

$$X^2 \text{ exp} = \frac{E (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$6 = 100\% - 33\%$  de casillas son  $< 5^{ooo}$  Colapso<sup>ooo</sup>

	Alto	Medio / Bajo	TOTAL
Turno matutino	31	22	53
Turno vespertino	14	28	42
TOTAL	45	50	95

Como se puede observar: al aplicar prueba no paramétrica de enseñanza de hipótesis de  $x^2$  para dos muestras independientes se obtiene  $x^2$  para dos muestras independientes se obtiene  $x^2$  crítica de 2.706 con un grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 al calcular que  $x^2$  experimental mediante:

$X^2 c: 2.706$

Gl: 1

$$X^2 \text{ exp} = \frac{N (|AD - BC| - N/2)^2}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)}$$

$$95 (|713 - 414| - 47.5)^2$$

$$(41)(54)(46)(49)$$

$$95(299 - 47.5)^2 = \underline{60080963.75} = X^2 \text{ exp} = 1.20$$

4990356.0

**Decisión estadística:** se acepta  $H_0$  ya que  $X^2_{exp}$  es menor que  $X^2_c$ ; es decir 1.20 es menor 2.706; con  $P$  mayor 0.05, es decir el grupo de enfermeras capacitada en comparación con los no capacitados no mostraron diferencia estadísticamente significativa.

## 9.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

**Conclusión:** no existe diferencia entre el personal de enfermería capacitado y no capacitado en el manejo adecuado de los registros clínicos de enfermería ya que  $P > 0.05$ .

Es importante destacar que a pesar de no existir diferencia estadísticamente. Al análisis de los resultados de cada reactivo de la cédula de aplicación, se muestra diferencia entre el personal capacitado y no capacitado en cuanto al conocimiento y manejo del PLACE. De acuerdo a los resultados de las variables universales se obtiene que el mayor número sea de personal de edad joven. Por otro lado, tomando en cuenta el apartado de la cédula de aplicación, donde se pregunta si han recibido capacitación el mayor porcentaje no ha recibido capacitación por parte del hospital. Pero ellos por iniciativa propia se actualizan en este tema. Es por ello la importancia de realizar un análisis dentro del área hospitalaria para poder actualizar a todo el personal adecuándose a horarios y actividades de los mismos, para así poder brindar una buena calidad en las actividades e intervenciones de enfermería.

### RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

De acuerdo a las conclusiones obtenidas con base en los resultados podemos establecer las siguientes sugerencias.

- Servir de base de datos para seguir una línea de investigación sobre:
- La competencia del personal de enfermería que está capacitado sobre los planes de cuidado.
- Realizar una intervención educativa con la finalidad que el personal de enfermería mediante la capacitación continua logre la competencia sobre planes de cuidado, para mejorar la calidad de la atención. Por último, podemos dar la propuesta de que este trabajo sirve como estudio preliminar para poder continuar con la investigación de identificar las probables causas de no tener la competencia sobre este.



## 10.1 BIBLIOGRAFÍA O FUENTES ELECTRÓNICAS

### Bibliografías:

- Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC. Pacheco Arce A. L. 2012. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.CAPITULO 1 Enfermería, ciencia y arte del cuidado pág:1
- MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capitulo 1; Enfermería, ciencia y arte del cuidado, Paginas 1, 2.
- Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC Y NOC. Ramírez Tabales A. 2012 McGRAW-HILL interamericana editores capítulo 2 La práctica profesional en México. Página 13 – 14.
- Modelos de cuidados de enfermería, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capitulo 2 La práctica profesional en México. Páginas: 14,15 y 16.
- Modelos de los cuidados de enfermería NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capitulo 2. La profesionalización en México. Páginas: 16, 17, 18 y 19.
- MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capitulo 2; Practica Profesional en México, Paginas 21 y 24.
- MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capitulo 3; Método de Enfermería: Herramienta importante para la aplicación de teorías de Enfermería, Pagina 29.
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Phd, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Sciencence. Capítulo 1. Introducción a la teoría de la Enfermería; Historia, Terminología y Análisis. Páginas 4 – 7.
- MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capitulo 3; Método de Enfermería: Herramienta importante para la aplicación de teorías de Enfermería, Pagina 29 – 30.
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Phd, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Sciencence. Capítulo2. Importancia de la teoría para la enfermería como disciplina y profesión. Página 17.

- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Phd, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 6 Florence Nightingale. La enfermería moderna. Páginas 66 – 70.
  
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Phd, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 10. Lydia E. Hall. El modelo de introspección, cuidado y curación. Páginas 134- 139.
  
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 13. Dorothea E. Orem. La teoría enfermera del déficit de autocuidado. Páginas 189 – 197.
  
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 17. Sor Callista Roy. El modelo de adaptación. Páginas 269 – 277
  
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 18. Betty Neuman. Modelo de sistemas. Páginas 299 – 305.
  
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 18. Betty Neuman. Modelo de sistemas. Páginas 299 – 305.
  
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 21. Hildegard E. Peplau. Enfermería psicodinámica. Páginas 379 – 385.
  
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 22. Ida Jean Orlando (Pelletier). Teoría del proceso enfermero. Páginas 399 – 405.
  
- Enfermería gineco obstétrica. Miriam Guana. Capítulo 1. Teorías y conceptos de la disciplina obstétrica. Mc Graw Hill. Páginas 23- 25.
  
- Modelos y Teorías en Enfermería. Ann Marriner Tomey, Pdh, Rn, Faan. Quinta edición. Elsevier Science. Capítulo 8. Virginia Henderson. Definición de la enfermería Clínica. Páginas 98 – 107.
  
- MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, NANDA, NIC Y NOC. Sara E. Téllez Ortiz, Martha García Flores. 2012. Mc Graw Hill, Capitulo 3:

Método de enfermería: Herramienta importante para la aplicación de teorías de enfermería, Pagina 29 – 55.

- Manual de enfermería. Sociedad mexicana de capacitación y educación para la salud s.c. guía práctica para la elaboración y registro de planes de cuidados estandarizados. Página 12 – 13.

### Web grafías:

- Colliere M. ¿Una nueva enfermera?, en Promover la vida. España. McGraw-Hill, 1993. Enfermeras, Teóricas <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias6.htm>
- Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería. Galindo Becerra María. Secretaria de Salud 2012. Artículo pdf. Disponible en [file:///c:/users/mymy/downloads/enf-4%c2%b0-cbde-catalogo.pln\\_nac\\_cuidados-de-enfermer%c3%ada.ssa\\_%20\(1\).pdf](file:///c:/users/mymy/downloads/enf-4%c2%b0-cbde-catalogo.pln_nac_cuidados-de-enfermer%c3%ada.ssa_%20(1).pdf)
- 14.1.3. Objeto de estudio de la disciplina enfermera. Metaparadigma enfermero. Artículo PDF. Disponible en [http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO\\_OPCL/Anexo\\_14\\_web.pdf](http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf)
- Sitio web disponible en: [https://www.google.com.mx/search?q=florence+nightingale&rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwifhveMgYHbAhVBiqwKHLZAwSQ\\_AUICigB&biw=1366&bih=662](https://www.google.com.mx/search?q=florence+nightingale&rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwifhveMgYHbAhVBiqwKHLZAwSQ_AUICigB&biw=1366&bih=662)
- Sitio web disponible en: <http://teoristasenfermeria.blogspot.mx/2016/05/lydiahall-modelo-del-nucleo-el-cuidado.html>
- Sitio web disponible en: [https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=wcP4WvWxC4S2sAXOhbuoBQ&q=dorothea+orem+&oq=dorothea+orem+&gs\\_l=img.3..0i10.122285.126735.0.127474.20.14.0.4.4.0.217.1371.0j8j1.9.0....0...1c.1.64.img..8.12.1333...0i67k1.0.k2Yw\\_xk\\_2yl#imgrc=O2P7MWz57V1A9M:](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=wcP4WvWxC4S2sAXOhbuoBQ&q=dorothea+orem+&oq=dorothea+orem+&gs_l=img.3..0i10.122285.126735.0.127474.20.14.0.4.4.0.217.1371.0j8j1.9.0....0...1c.1.64.img..8.12.1333...0i67k1.0.k2Yw_xk_2yl#imgrc=O2P7MWz57V1A9M:)
- Sitio web disponible en: [https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=iMT4Wo7mloqUtQW-z73gBA&q=betty+neuman&oq=bet&gs\\_l=img.3.0.0i67k1i2j0i2j0i67k1j0i3j0i67k1j0.79709.87853.0.89498.5.4.1.0.0.0.303.582.2-1j1.2.0....0...1c.1.64.img..2.3.590...0i10k1.0.xoNCj\\_3milM](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=iMT4Wo7mloqUtQW-z73gBA&q=betty+neuman&oq=bet&gs_l=img.3.0.0i67k1i2j0i2j0i67k1j0i3j0i67k1j0.79709.87853.0.89498.5.4.1.0.0.0.303.582.2-1j1.2.0....0...1c.1.64.img..2.3.590...0i10k1.0.xoNCj_3milM)

- Sitio web disponible en:  
[https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=iMT4Wo7mloqUtQW-z73qBA&q=betty+neuman&oq=bet&gs\\_l=img.3.0.0i67k1I2j0I2j0i67k1j0I3j0i67k1j0.79709.87853.0.89498.5.4.1.0.0.0.303.582.2-1j1.2.0....0...1c.1.64.img..2.3.590...0i10k1.0.xoNCj\\_3miIM](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=iMT4Wo7mloqUtQW-z73qBA&q=betty+neuman&oq=bet&gs_l=img.3.0.0i67k1I2j0I2j0i67k1j0I3j0i67k1j0.79709.87853.0.89498.5.4.1.0.0.0.303.582.2-1j1.2.0....0...1c.1.64.img..2.3.590...0i10k1.0.xoNCj_3miIM)
- Sitio web disponible en:  
[https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM\\_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=v8f4WrKoHY2itQXs85bQBQ&q=peplau&oq=peplau&gs\\_l=img.3..0I8j0i30k1I2.1460.16762.0.17323.6.6.0.0.0.0.466.955.0j2j1j0j1.4.0..1..0...1c.1.64.img..2.4.954...0i67k1.0.0SnqrJrum4k](https://www.google.com.mx/search?rlz=1C1OKWM_esMX789MX790&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=v8f4WrKoHY2itQXs85bQBQ&q=peplau&oq=peplau&gs_l=img.3..0I8j0i30k1I2.1460.16762.0.17323.6.6.0.0.0.0.466.955.0j2j1j0j1.4.0..1..0...1c.1.64.img..2.4.954...0i67k1.0.0SnqrJrum4k)
- **INSTRUCTIVO DE REQUISICIÓN ADECUADA DE LA CÉLULA PARA EVALUAR EFICACIA DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: 40 ESTÁNDARES BÁSICOS. CONAMED. DISPONIBLE EN [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/MAE40/MAE40\\_2instructivo.pdf](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/MAE40/MAE40_2instructivo.pdf)**
- Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Primera Edición, enero de 2011. Dirección General de Calidad y Educación en Salud Dirección de Enfermería Comisión Permanente de Enfermería disponible en [alumnos.cobachbcs.edu.mx/descargar-adjunto/1409/](http://alumnos.cobachbcs.edu.mx/descargar-adjunto/1409/)
- Propuesta de evaluación de la Capacitación y su impacto en la calidad del servicio. Tesis. Lilia Verónica Ahumada Carmona. Capítulo 2 La Capacitación, 2.1.1 concepto pág. 23. <http://www.rae.es/raehtml> . Artículo pdf disponible en <http://tesis.ipn.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/9613/96.pdf?sequence=1> consultado 2017.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 4. Definiciones. Disponible en [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013) página web. Consultado 2018.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 2013. DISPONIBLE EN [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013)

- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO. Disponible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)
  
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN SERES HUMANOS. Disponible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)

***ANEXOS***

# **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

## **0. Introducción.**

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios.

La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

## **1. Objetivo**

Establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica.

## **2. Campo de aplicación**

La presente norma es obligatoria en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud en donde se presten servicios de enfermería, así como para las personas físicas que prestan dichos servicios en forma independiente.

## **5. De la prestación del servicio de enfermería, aspectos generales**

**5.8.** El personal de enfermería está obligado a:

**5.8.2.** Conocer y aplicar, cuando corresponda, las Normas Oficiales Mexicanas citadas en el apartado 3 de esta norma, de acuerdo a su ámbito de su competencia;

**5.8.3.** Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia;

**5.9.** Cumplir con las normas institucionales y de orden técnico en materia laboral, que apliquen en el ámbito específico de su competencia, a fin de contribuir a la seguridad del usuario, la del equipo de salud, así como, para la conservación del medio ambiente.

## **6. De la prestación de servicios de enfermería, aspectos particulares**

**6.2.** La prestación de servicios de enfermería que corresponden a los profesionales técnicos de enfermería en el ámbito hospitalario y comunitario, dada su formación teórico-práctica son los cuidados de mediana complejidad que los faculta para realizar acciones interdependientes derivadas del plan terapéutico e independientes como resultado de la aplicación del proceso atención enfermería. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son de colaboración en las funciones administrativas y docentes.



**6.3.** La prestación de servicios de enfermería de naturaleza independiente o interdependiente en un campo específico de la enfermería, corresponde a los técnicos especializados en enfermería, debido a que, por su nivel académico, este personal está facultado para otorgar cuidados de mediana complejidad que han sido determinados como resultado de la valoración del equipo de salud y establecidos en el plan terapéutico. Su función sustantiva es asistencial en un campo específico y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

**6.4.** La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana complejidad de predominio independientes. Cuenta con las competencias para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

**6.5.** La prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención a la salud, corresponde al personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terapéutico interdisciplinario. Su ámbito de aplicación son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado,

promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 2013. DISPONIBLE EN [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013)

## **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

### **INTRODUCCIÓN**

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo. Permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

### **Objetivo**

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO. Disponible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LOS  
CRITERIOS PARA LA  
EJECUCION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION PARA LA SALUD EN  
SERES HUMANOS**

**0. Introducción**

La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, por lo que resulta imprescindible orientar su desarrollo en materias específicas y regular su ejecución en los seres humanos, de tal manera que la garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación y del respeto a su dignidad, se constituyan en la regla de conducta para todo investigador del área de la salud.

Esta norma, define los elementos mínimos que deben cumplir de manera obligatoria los investigadores que realizan esta actividad en seres humanos, de acuerdo con las disposiciones que en esta materia se establecen con carácter irrenunciable para la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria, según lo establece la propia Ley General de Salud y su Reglamento en materia de investigación para la salud.

En este sentido, una vez que se ha cumplido con las disposiciones de carácter obligatorio que establece el marco jurídico-sanitario mexicano, quienes realizan investigación para la salud en seres humanos; deberán adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican a la investigación médica que se encuentra en los instrumentos internacionales universalmente aceptados y a los criterios que en la materia emita la Comisión Nacional de Bioética.

**1. Objetivo**

Esta norma establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el

Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitatoria o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN SERES HUMANOS. Disponible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)

**SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL XOCO**

México DF, 17 mayo de 2017

L.E. Herminia Martínez Novillan

JEFE ENFERMERAS

De la manera más atenta nos dirigimos a usted con el fin de solicitar el acceso a la institución. Para aplicar una encuesta en el Hospital General Xoco por motivos de una investigación que se está llevando a cabo en el área de servicio social de Enfermería, no afectando sus intereses y el del personal de Enfermería esperamos nos proporcione este permiso; en los siguientes servicios:

- Ginecología
- Medicina Interna
- Cirugía General
- Neurología
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Ortopedia
- Urgencias
- Unidad de Cuidados Intensivos

En los turnos matutino y vespertino.

Gracias.

Atentamente.

P.E.L.E.O. MORALES VISCAINO NOEMI

---

L.E. Herminia Martínez Novillan

**SECRETARIA DE SALUD.  
HOSPITAL GENERAL XOCO  
CEDÚLA DE APLICACIÓN**

**OBJETIVO:** Evaluar los conocimientos sobre Planes de Cuidados de Enfermería.  
**Lea cuidadosamente antes de contestar, y responde lo que se le pide. Evite tachaduras o correcciones.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Servicio:** \_\_\_\_\_ **Turno:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad: General:** \_\_\_\_\_ **Licenciatura:** \_\_\_\_\_ **Especialista:** \_\_\_\_\_

**Lugar de origen:** \_\_\_\_\_

**Tiempo de trabajo: Antigüedad como enfermera:** \_\_\_\_\_

**Antigüedad en el hospital:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Qué significa PLACE?**

- a) Proceso de atención de Enfermería
- b) Planes de cuidados de Enfermería Estandarizados
- c) Procesos para los cuidados de enfermería

**2. Subraya las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería**

- a) Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- b) Valoración, diagnóstico, entrevista, exploración física y evaluación.
- c) Valoración, planificación, exploración física y diagnóstico.

**3. ¿Qué son los datos Objetivos?**

- a) No son observables y no se pueden medir a través de cualquier escala o instrumento.
- b) Lo que te refiere el paciente y lo que el familiar te comunica.
- c) Son observables y se pueden medir a través de cualquier escala o instrumento.

- 4. ¿Cuáles son los tipos de Diagnósticos de enfermería existen?**
- a) Real, riesgo o potencial y salud o bienestar.
  - b) Potencial, salud o bienestar y promoción a la salud.
  - c) Real, Promoción a la salud y prevención del daño.
- 5. Subraya la estructura del Diagnostico Real.**
- a) Etiqueta Diagnostica, factor relacionado y características definitorias.
  - b) Factor relacionado, etiqueta diagnostica
  - c) Etiqueta Diagnostica, características definitorias y factor relacionado
- 6. Subraya la estructura de Diagnostico de Riesgo o Potencial.**
- a) Etiqueta diagnostica y características definitorias
  - b) Factor relacionado y características definitorias
  - c) Etiqueta diagnostica y factor relacionado
- 7. Subraya la estructura de Diagnostico de bienestar o promoción a la salud.**
- a) Etiqueta diagnostica y características definitorias
  - b) Etiqueta diagnostica, características definitorias y factor relacionado
  - c) Factor relacionado y características definitorias
- 8. ¿Cuál es la función de la NANDA?**
- a) Una herramienta para la elaboración de diagnósticos de enfermería.
  - b) Herramienta para la elaboración de resultados esperados
  - c) Herramienta para la elaboración de Diagnósticos de Enfermería basados en el NOC Y NIC.
- 9. ¿Cuál es la función del NIC?**
- a) Una herramienta para la elaboración de diagnósticos de enfermería
  - b) Una herramienta para la elaboración de intervenciones de enfermería
  - c) Es el objetivo esperado del diagnostico
- 10. ¿En qué etapa del proceso de atención de enfermería se utiliza la NANDA?**
- a) Valoración
  - b) Ejecución
  - c) Diagnóstico
- 11. Subraya el nombre de la teórica de las catorce necesidades.**
- a) Virginia Henderson
  - b) Florence Nigtingale



c) Dorotea Orem

**12. La NANDA se basa en los patrones funcionales de:**

- a) Virginia Henderson
- b) Dorotea Orem
- c) Marjory Gordon

**13. Norma Oficial Mexicana que habla sobre la profesionalización de enfermería es:**

- a) Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA5-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
- b) Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSb4-2000, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
- c) Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud

**14. Norma Oficial Mexicana que habla sobre el expediente clínico**

- a) Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico
- b) Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
- c) Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

**Ha recibido capacitación: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ porque: \_\_\_\_\_**