



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería

**“Relación entre el conocimiento sobre el
Proceso de Enfermería y su aplicación en el
cuidado de las mujeres”**

Que para obtener el grado de:

Maestra en Enfermería

Presenta: Cirila Dimas Palacios

Asesora: Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Coasesora: Dra. Ma. Dolores Flores Solís

Morelia, Mich. Diciembre de 2015.

**Relación entre el conocimiento sobre el
Proceso de Enfermería y su aplicación en el cuidado de
las mujeres del Hospital de la Mujer. Morelia. Michoacán.**

ACTA DE REVISIÓN

La **Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla** Profesor e Investigador Asociado C, adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, directora de la tesis de maestría.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo titulado Relación entre el conocimiento sobre el Proceso de Enfermería y su aplicación en el cuidado de las mujeres del Hospital de la Mujer. Morelia. Michoacán. Elaborado por la Licenciada en Enfermería **Cirila Dimas Palacios**, mismo que se presenta para la obtención del grado de *Maestra en Enfermería con Terminal en Gestión, dirección y liderazgo en enfermería* en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

DRA. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

Profesor e Investigador Asociado C

Facultad de Enfermería UMSNH

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

Profesor e Investigador Asociado C

Facultad de Enfermería UMSNH

MC. JOSÉ LUIS CIRA HUAPE

Profesor e Investigador Asociado C

Facultad de Enfermería UMSNH

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios**, por mantenerme con vida, en el que siempre confié y me fortalece.

A toda mi **familia**: Abuelita Margarita, tíos, (as), hermanos (as), primos (as), sobrinos (as), cuñados (as), por todo el apoyo que siempre me brindan.

A mis **hermanas**, especialmente: Nayeli y Adriana, por el apoyo y cuidados que me han proporcionado siempre. Gracias por estar pendiente siempre de mi familia.

A mi **esposo**: Gracias, por recordarme que puedo lograr mis metas.

A las **autoridades** y **personal de enfermería** del **Hospital de la Mujer**, Morelia, Michoacán. Gracias por permitir y participar en la realización de esta investigación, sin su apoyo, no hubiera sido posible.

A la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**, por permitir y apoyar mi formación personal y profesional.

A mi **Coasesora**: Dra. Ma. Dolores Flores Solís, por sus opiniones, sugerencias y observaciones.

De manera **muy especial** agradezco a:

A mi **asesora**: Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla, por impulsar mi formación profesional desde un principio a fin, con la finalidad de promover y apoyar incondicionalmente el crecimiento profesional de las enfermeras(os). **Simplemente gracias**, por su humildad e inteligencia al compartir sus habilidades investigativas con mi persona.

DEDICATORIA

A mis hijos: Diana Mayte y Brayan Daniel, por ser mi sentido de vida, los amo.

A mis padres: Sr. Tomás Dimas Leonides y Ma. Santos Palacios Biviano, por darme la vida, confianza y la oportunidad de superarme.

INDICE

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIA

INDICE DE FIGURAS

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN	31
CAPÍTULO I	17
RACIONALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.1 Planteamiento del problema	17
1.2 Estado del arte	19
1.3 Justificación	22
1.4 Objetivos	24
1.5 Hipótesis	25
1.6 Variables	25
1.7 Limitaciones del estudio	26
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	26
2.1 PROCESO DE ENFERMERÍA	26
2.1.1 Definiciones	26
2.1.2 Antecedentes	28
2.1.3 Importancia	29
2.1.4 Beneficios	30
2.1.5 Características	31
2.1.6 Etapas	33
2.2 EL PENSAMIENTO CRÍTICO Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA	78
2.2.1 El pensamiento crítico	78
2.2.2 Aplicación del pensamiento crítico a la práctica de la enfermería	81
CAPÍTULO III	84
METODOLOGÍA	84
3.1 Tipo de estudio	84

3.2. Universo y muestra.....	84
3.3 Criterios	86
3.4 Instrumento de recolección de datos.....	87
3.5 Análisis estadístico	88
3.6. Ética de estudio.....	89
CAPITULO IV	90
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	90
4.1 Confiabilidad del instrumento.....	90
4.2 Dimensión I: Variables sociodemográficas.....	91
4.3 Dimensión II: Conocimiento sobre el Proceso de Enfermería.....	92
4.4 Dimensión III: Aplicación del Proceso de Enfermería.....	97
4.5 Correlaciones	103
CAPITULO V CONCLUSIONES Y/O SUGERENCIAS	111
CONCLUSIONES	111
SUGERENCIAS	114
SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS.....	115
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	116
ANEXOS	119
Anexo 1.....	119
Anexo: 2.....	178
Anexo: 3.....	181
Anexo: 4	182
Anexo: 5.....	185
Anexo: 6.....	186
Anexo: 7.....	187

INDICE DE FIGURAS

Figura	Título	Página
1	Etapas y Fases del Proceso de Enfermería	34
2	Fases de la valoración	36
3	Fases del diagnóstico de enfermería	52
4	Fases de la planificación	64
5	Fases de la ejecución	73
6	Fases de la evaluación	77

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadros/ Gráficos	Título	Página
1	Turno en el que labora el personal de enfermería	120
2	Antigüedad del personal de enfermería	121
3	Grado máximo de estudios del personal de Enfermería	122
4	Años de haber egresado el personal de Enfermería	123
5	Ha recibido cursos el personal de enfermería sobre el Proceso de Enfermería	124
6	Tiempo de haber tomado el curso sobre el PE el personal de enfermería	125
7	Institución que impartió el curso sobre el Proceso de Enfermería al personal de enfermería	126
8	Duración del curso sobre el Proceso de Enfermería impartido al personal de enfermería	127
9	El Proceso de Enfermería es un método para llevar a cabo acciones independientes de enfermería	127
10	La unificación de un lenguaje facilitaría la comunicación entre colegas	128
11	Enfermería solo debe realizar actividades médico delegadas. Hospital de la Mujer	128
12	El Proceso de Enfermería consta de 5 Etapas	129
13	Solo el personal médico puede hacer diagnósticos	130
14	Los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tiene el cliente	131
15	La etapa de planificación lleva mucho tiempo y no es factible. Hospital de la Mujer	132
16	En la planificación se deben considerar los recursos de las mujeres y su familia	133
17	Los objetivos que se trazan en el plan deben responder a las necesidades del personal de enfermería	134
18	Los objetivos que se trazan en el plan responden a las necesidades de las mujeres	135
19	Los objetivos pueden ser de corto o largo plazo	136
20	Las intervenciones de enfermería son solo en colaboración con otros profesionales de la salud	137

21	Las intervenciones de enfermería independientes son actividades que no necesitan recetas o indicación de otro profesional	138
22	Documentar las intervenciones de enfermería y agregarlas al expediente es importante para dar legalidad a su quehacer	139
23	El uso de los diagnósticos de enfermería apoya la sistematización de la práctica de enfermería	140
24	Es necesario el uso del diagnóstico de enfermería en la práctica	141
25	El diagnóstico de enfermería nos ayuda a identificar las respuestas humanas del cliente a los problemas de salud reales y de riesgo	142
26	El diagnóstico de enfermería facilitaría la profesionalización de la disciplina	143
27	El diagnóstico de enfermería facilita delimitar la práctica de enfermería	145
28	El diagnóstico de enfermería es un juicio emitido por el personal profesional y es la conclusión de la valoración	146
29	La taxonomía del diagnóstico de enfermería fue elaborada y propuesta por la NANDA	147
30	La valoración de las mujeres se realiza en forma individualizada	148
31	Durante su jornada de trabajo valora las necesidades del paciente.	149
32	Al realizar los cuidados de enfermería averigua las necesidades, los problemas y preocupaciones de las mujeres	150
33	Recopilan información de sus pacientes a través de entrevistas examen físico, laboratorio y observación	151
34	Registro de los datos obtenidos en la valoración	152
35	Establece un nivel de confianza entre el paciente, sus familiares y enfermería	153
36	Identifican los problemas reales o potenciales en las mujeres	154
37	Durante su trabajo realiza actividades independientes	155
38	Elaboran diagnósticos de enfermería en la práctica	156
39	Identifican conductas de salud destinadas a mantener, reducir, eliminar o prevenir alteraciones en el estado de la salud	157

40	Después de la valoración emiten un juicio que permita establecer diagnósticos de enfermería	158
41	Utilizan la Bibliografía (NANDA) para consultar los diagnósticos de enfermería	159
42	Al identificar problemas planean estrategias de educación que permitan reducirlos, eliminarlos o prevenirlos	160
43	Planifican cuidados de enfermería según las necesidades de las mujeres	161
44	Enfermería permite a las mujeres identificar sus propias necesidades determinar metas y colaborar en su atención	162
45	Los objetivos que establecen durante la atención se basan en las capacidades y limitaciones de las mujeres	163
46	En coordinación con el paciente y la familia planean los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas	164
47	Permiten la participación de las mujeres y sus familiares en los cuidados que proporcionan	165
48	Registran los cuidados prestados al paciente	166
49	La atención que brinda a la usuaria está orientada a conseguir las metas y un propósito determinado	167
50	Se anticipan a resolver las necesidades de las mujeres	168
51	Se coordinan con el resto del personal para proporcionar la atención a las mujeres	169
52	Son responsables de la atención que brinda a las mujeres que se asignan	170
53	Verifican los resultados obtenidos después de brindar la atención a las mujeres	171
54	La cantidad de cuidados que proporciona a las mujeres son suficientes y de calidad	172
55	Verifica al final del turno el logro de los objetivos establecidos	173
56	Los cuidados que se realizan satisfacen las necesidades de las mujeres	174
57	Los cuidados que se realizan satisfacen las necesidades de las mujeres	175
58	Cuando la atención proporcionada no logra los objetivos, considera las posibles causas y realiza medidas correctivas	176

GLOSARIO

Coefficiente de correlación: índice que indica el grado de relación entre dos variables aleatorias.

Correlación: Relación recíproca o mutua entre dos o más cosas.

Cuidado: Son las acciones emprendidas para ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Enfermería: Es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Trata los problemas de salud potenciales o reales que presenta una persona.

Pensamiento crítico: Proceso de razonamiento intencionado de alto nivel que está modelado intelectualmente por la visión del mundo, el conocimiento y la experiencia de cada persona junto con sus capacidades, actitudes y normas, sirve de guía para el criterio racional y la acción.

Proceso de Enfermería: Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solucionar problemas y del método científico.

Proceso diagnóstico: Este proceso usa las habilidades del pensamiento crítico del análisis y la síntesis.

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería por las enfermeras en un hospital de Morelia, Michoacán.

Metodología. Estudio no experimental, descriptivo, correlacional de corte transversal realizado en una muestra de 324 enfermeras del hospital de la mujer entre marzo a abril de 2013. Se exploraron variables sociodemográficas y laborales, de conocimiento sobre Proceso de Enfermería, asimismo de aplicación de esta metodología.

Resultados. Las enfermeras cuentan con conocimientos sobre las etapas del Proceso de Enfermería. Existe correlación positiva entre los conocimientos y la aplicación del Proceso de Enfermería. Sin embargo, las etapas que más se aplican en el cuidado son la valoración, diagnóstico, planificación con base a las necesidades de las mujeres y la ejecución, no obstante, la evaluación no se aplica frecuentemente.

Conclusión. Las enfermeras tienen conocimientos sobre el Proceso de Enfermería lo cual favorece su aplicación en el cuidado de las mujeres, sin embargo, la etapa que menos desarrollan es la evaluación.

Palabras clave. Proceso de Enfermería, Cuidado, Enfermería.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between knowledge and application of the nursing process by nurses in a hospital in Morelia, Michoacan. **Methodology.** Not experimental, descriptive, correlational cross-sectional study conducted on a sample of 324 nurses at the hospital of women between March and April 2013. Sociodemographic and labor variables of knowledge about nursing process, were explored also apply this methodology. **Results.** Nurses have knowledge of the stages of the Nursing Process. There is a positive correlation between knowledge and application of the nursing process. However, more steps are applied in caring are the assessment, diagnosis, planning based on the needs of women and implementation, however, the evaluation is not often applied. **Conclusion.** Nurses have knowledge of the nursing process which favors their application in the care of women, however, that less developed stage is evaluation. **Keywords.** Process of Nursing, care, nursing.

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Es el eje de todos los abordajes enfermeros, promueve cuidados humanísticos, centrados en objetivos (resultados) y eficaces e impulsa a las enfermeras a examinar continuamente el cuidado y plantearse cómo pueden mejorarlo.

El objetivo de esta investigación fue Determinar la relación entre el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería por las enfermeras del Hospital de la Mujer, de Morelia, Michoacán.

Esta investigación conserva la esencia y su relación con la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento Cuidado de Enfermería y Calidad de vida, fortaleciendo con ello al Cuerpo Académico CA-UMSNH-230 Estilo de Vida Saludable. Asimismo con la terminal de Gestión, Dirección y Liderazgo en Enfermería de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Con base en los resultados obtenidos, es importante sugerir a las autoridades la implementación de un proyecto de intervención para la capacitación y adiestramiento del personal de enfermería sobre el Proceso de Enfermería para aumentar la Calidad de Atención de Enfermería.

La estructura del trabajo de investigación es la siguiente; en el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, el estado del arte, la justificación, los objetivos, hipótesis, variables y las limitaciones del estudio. En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico que sustenta la investigación.

Mientras que en el capítulo III, se describe la metodología que se utilizó al realizar la investigación; tipo de estudio, universo y muestra, criterios de inclusión, de exclusión y eliminación, el instrumento de recolección de datos, análisis estadístico y también se establece la ética de estudio.

Por otra parte, el capítulo IV, corresponde al análisis y discusión de resultados. Posteriormente se presenta el capítulo V, el cual contiene las conclusiones y sugerencias derivadas de los resultados obtenidos. Después, se da a conocer las referencias bibliográficas empleadas y finalmente se presentan los anexos.

CAPÍTULO I

RACIONALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La enfermería en la actualidad y en México al igual que en otras partes del mundo lucha por consolidarse como una disciplina científica, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por su sistema de creencias y valores, y por estar cada día más inmersos en el mundo científico, requieren de una redefinición que deje claro lo que es la enfermería como profesión (Rodríguez, 2002).

Dentro de la definición actual, se deriva la relación con el Proceso de Enfermería como “esencia de la profesión que se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales de los pacientes” (Smeltzer y Bare, 1998). Debido a que la enfermería como profesión requiere una perspectiva disciplinar; situar como eje el conocimiento sobre los cuidados de salud de la personas y determinar los métodos para abordar los problemas relacionados con ellas (Daza, Torres y Prieto, 2005).

Para evitar lo que hasta la década de los años setenta del siglo XX persistió; las enfermeras eran valoradas por su destreza en habilidades y competencias técnicas (Andréu, 1990, citado en Francisco del Rey, 2008) lo cual podía observarse directamente en su práctica, fundamentalmente dirigidas a contribuir en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Como consecuencia de los cambios en la manera de concebir y abordar el proceso salud - enfermedad, se evidencia la necesidad de una formación, que capacite para un ejercicio profesional que garantice una práctica científica, basada en el proceso de enfermería, el cuál es la guía metodológica para su aplicación en la práctica (Arroyo y Mompert, 1998, citado por Francisco del Rey, 2008).

Cabe ejemplificar que en Cuba, la formación de los licenciados en enfermería está centrada en la ciencia de la enfermería, que fue descrita desde 1952 como un

proceso interpersonal entre enfermería y el paciente con necesidades afectadas y que se fundamenta en una base amplia.

El Proceso de Enfermería (PE), el cual se consideró un proceso distinto por primera vez en 1955, al aparecer en Estados Unidos de Norteamérica en la década de los 60's y extenderse por Europa y América a mediados de los 70's, sin embargo la percepción e interpretación es diferente en los profesionales de Enfermería.

Guerra, Pozo, Álvarez, y Llanoazo (2001), señalan que el PE, es el fundamento en el que se basa el ejercicio de la enfermería, proporciona la lógica organización para que el profesional organice sus acciones, de forma, que la atención que brinde pueda dar solución a las necesidades inherentes al cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Sin embargo el desconocimiento sobre la metodología conlleva a una aplicación inadecuada, con disminución de la calidad de atención de Enfermería al individuo, familia y comunidad. Actualmente la aplicación del PE, se ve limitada, principalmente, porque el personal de enfermería enmarca su trabajo en dar cumplimiento a las indicaciones médicas con poca actuación independiente, y no ocupa en el equipo de salud el lugar que le corresponde y por consecuente el cuidado no se centra en la respuesta humana.

Así en muchos países, la aplicación del Proceso de Enfermería es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional. En México, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de recursos humanos en enfermería y en su aplicación durante la práctica, sin embargo falta mucho camino por recorrer, debido a que actualmente, todavía resulta ser desconocido por enfermeras (os) (Rodríguez, 2003). En algunas instituciones públicas de salud se ha implementado la aplicación del proceso de enfermería, sin embargo, de acuerdo a la experiencia área asistencial de la autora, se ha observado que la valoración no es metódica y se realiza sin la guía de un marco de referencia como modelo o teoría.

En la elaboración de los diagnósticos, no se cumple con las reglas que establece la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA), además de que en las hojas

de enfermería se registran los mismos diagnósticos durante los tres turnos por varios días, cuando de acuerdo a las características del diagnóstico de enfermería es cambiante y deben priorizarse dependiendo del estado de la salud de la persona.

De igual manera, se ha observado que los diagnósticos no son los aprobados por la NANDA y el personal los elabora con sus propias palabras. Para el plan de cuidados, no se plantean objetivos de acuerdo al diagnóstico de enfermería establecido, debido a la falta utilización la Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification, NOC), ni la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC), sino que el cuidado se otorga con base al diagnóstico médico, a las indicaciones médicas y se puede decir que de forma rutinaria.

Lo cual evidencia la desvinculación y la falta de continuidad de las etapas del PE, y por consecuente no se proporciona el cuidado de forma sistematizada, individualizada, científica y humanística. La falta de aplicación del PE de forma sistematizada conlleva a que no se garantice el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, y de esta ésta manera no resulta ser una estrategia pertinente para el desarrollo disciplinar y profesional, como cuyos fines establecen.

Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta eje de investigación:

1.- ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Proceso de Enfermería y su aplicación en el cuidado de las mujeres del Hospital de la Mujer, de Morelia, Michoacán?

1.2 Estado del arte

Se dice que desde a mediados diados del siglo XX, existe la necesidad de contar con un instrumento metodológico para la resolución de los problemas enfermeros, al tiempo que facilitase dejar constancia del proceso desarrollado,

los datos considerados, los objetivos planteados y la evolución experimentada por la Enfermería. Rojas (2009) señala que con la finalidad de promover el desarrollo disciplinar en enfermería, se ha delimitado un cuerpo de conocimientos propios, a través de la investigación, la cual ha avanzado en la educación, administración, conceptualización, filosofía y el desarrollo de estrategias y metodologías propias de la profesión. Sin embargo, aún no se evidencia en la documentación la sistematización de las experiencias de la práctica cotidiana y la validación de los métodos que permitan demostrar la eficacia y el impacto del cuidado profesional de enfermería en la salud de la persona, familia y comunidad.

De acuerdo a la búsqueda bibliográfica electrónica e impresa realizada, existen investigaciones relacionadas con el tema de investigación que se plantea, entre las que se encuentran: Aplicación del Proceso de Enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria, de Pérez, Sánchez, Franco e Ibarra (2006), refieren que la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos humanos y materiales y sobre todo, la falta de conocimiento sobre la metodología (PE), son barreras que impiden su aplicación, asociándolo positivamente con la etapa de diagnóstico.

A su vez, se encontró en el estudio realizado por Rojas y Pastor (2007); factores relacionados con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín, que el ejercicio profesional en la actualidad está orientado a la realización de intervenciones derivadas de la prescripción médica y de las normas institucionales que van diluyendo el cuidado como eje fundamental de la práctica.

También en esta investigación se logró precisar que Enfermería realiza las actividades propias de cada fase de manera aislada, sin establecer conexiones lógicas entre ellas, lo cual refuerza el planteamiento de la práctica irreflexiva.

Los autores señalan que la fase que más llevan a cabo los profesionales es la valoración, con lo que respecta a la formulación de diagnósticos y la

evaluación son las actividades menos realizadas porque suponen un alto grado de dificultad para los profesionales quienes indican utilizar el diagnóstico médico para orientar el plan de cuidados y no utilizan las etiquetas diagnósticas de enfermería porque las ven como difíciles de elaborar, poco prácticas y conocen poco de ellas.

La planificación se apoya en el diagnóstico médico, las rutinas y protocolos establecidos, ratificando la carencia de criterios autónomos para valorar, planear, realizar y justificar las intervenciones de cuidado de enfermería. En relación con los conocimientos sobre el PE y su aplicación en la práctica profesional, se constató que los profesionales tienen un nivel de aptitud clínica entre muy bajo y bajo; datos que coinciden García, González, Viniegra y Jiménez (2001), quienes con la misma estrategia encontraron deficiencia en los conocimientos y la habilidad para aplicarlos, entre profesionales de enfermería de México.

Para explicar este fenómeno, Viniegra (2000), plantea que en la mayoría de los casos las experiencias de aprendizaje disocian la teoría de la práctica y particularmente el desempeño en el área asistencial tiende a ser rutinario, razón por la cual la competencia clínica, aptitud clínica en este caso, suele ser bajo, resultados que coinciden en la investigación realizada por Rojas y Pastor (2007), los cuales señalan que existen bajos niveles de aptitud clínica y se correlacionan con los problemas de conocimiento en cuanto al Proceso de Enfermería y el uso de las taxonomías.

Con fines de esta investigación cabe mencionar a Medina (1999), quién señala que “el abismo existente entre la teoría y la práctica es explicado con varios argumentos: la supuesta falta de conocimiento y comprensión que las enfermeras tienen de las teorías y los métodos que deben regir su práctica, o la falta de deseos por asumir las responsabilidades que conlleva una práctica autónoma derivada de la aplicación del método científico de resolución de problemas (PE)”. Y finalmente, Mena y Romero (2001) atribuyen como dificultad en la aplicación del PE a la falta de conocimientos en el personal de Enfermería, sobre esta metodología, causa identificada en un 46% de la población estudiada

en la investigación ¿Influyen los diagnósticos de Enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? Rol de Enfermería.

1.3 Justificación

La Enfermería profesional requiere del Proceso de Enfermería como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para la atención de calidad y holística del paciente, familia y comunidad (Rodríguez, 2003). De acuerdo a Alfaro (2003. Pág. 4) señala que en varios países; entre ellos, Estados Unidos y Canadá, se exige el uso del proceso de enfermería, debido a que proporciona la base para los exámenes para

la provisión de plazas en el sistema público de salud, por lo que se necesita estar familiarizado con esta metodología para responder a las preguntas.

Por otro lado, cada vez más se depende de los planes de cuidados de Enfermería estandarizados y computarizados, para poder usar esta información y lograr los objetivos finales enfermeros de manera segura, se deben dominar los principios que rigen el proceso de enfermería. Alfaro - LeFevre (2003), menciona que es necesario unir el conocimiento y el pensamiento crítico (qué hacer, por qué hacerlo), habilidades técnicas e interpersonales (cómo hacerlo) y las actitudes (deseo y capacidad para hacerlo), componentes que forman el núcleo del Proceso de Enfermería, el cual se convierte en la fuerza impulsora para proporcionar cuidados de calidad, porque mediante esta metodología el personal de Enfermería se rige por la reflexión, en vez de centrarse en las tareas, y de esta manera desarrolla la capacidad para pensar críticamente.

Según Alfaro - LeFevre (2003), menciona que actualmente los profesionales de enfermería tienen cada vez más la necesidad de demostrar que sus cuidados tienen resultados (objetivos) beneficiosos y con una buena relación-efectividad, lo cual sólo se logra mediante la aplicación del proceso de enfermería, sin embargo existen barreras para su aplicación; la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos humanos y materiales y la principal es la falta de conocimiento sobre la metodología.

Pozo, Álvarez y Llanoazo (2001), señalan que el PE está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados para la incorporación del Proceso de Enfermería, como método de trabajo para la disciplina, se ha observado que presenta dificultades al llevarlo a la práctica tanto por los estudiantes como por los profesionales. En Cuba, como en muchos otros países se enseña y exige, por considerarlo un método conveniente y válido pero complejo en su ejecución.

Este suceso ha generado diversos cuestionamientos en Enfermería sobre el alcance de su aplicación y cuáles serán las barreras que impiden su utilización, considerando al conocimiento sobre la metodología como una de las principales.

Con base en el análisis de lo que históricamente ha sucedido con el proceso de enfermería se considera trascendente determinar la relación entre el conocimiento sobre el Proceso de Enfermería y la aplicación de esta metodología en el cuidado de las mujeres del Hospital de la Mujer. Los resultados obtenidos también serán de utilidad para las autoridades de la institución de salud, para planear y ejecutar estrategias de intervención para la capacitación y adiestramiento del personal de enfermería. Considerándose que con ello el personal de enfermería, contribuirá eficientemente en el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas de las mujeres con problemas de salud.

La sistematización del cuidado de enfermería contribuirá también a la disminución de costos de estancia hospitalaria para el paciente y la institución de salud. Toda vez que se favorecerá la prevención de la enfermedad y mantener o recuperar la salud. Por otra parte, de acuerdo a la búsqueda electrónica y bibliográfica realizada no se encontraron estudios relacionados con el conocimiento sobre el Proceso de Enfermería y su relación con el cuidado, por lo tanto resulta ser novedosa e innovadora y aportará importante información para la disciplina de Enfermería.

1.4 Objetivos

General

Determinar la relación entre el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería por las enfermeras del Hospital de la Mujer, de Morelia, Michoacán.

Específicos

- ✓ Identificar los conocimientos que tienen las enfermeras (os) sobre el Proceso de Enfermería.

- ✓ Identificar la aplicación del Proceso de Enfermería en el cuidado de las mujeres.
- ✓ Relacionar los conocimientos sobre el Proceso de Enfermería con su aplicación en el cuidado de las mujeres.

1.5 Hipótesis

Hi:

Existe relación entre el conocimiento y la aplicación del Proceso de Enfermería por las enfermeras en el cuidado de las mujeres del Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán

1.6 Variables

Variable independiente: Conocimiento sobre el Proceso de Enfermería.

Variable dependiente: Aplicación del Proceso de Enfermería

1.7 Limitaciones del estudio

Límites de tiempo y espacio

El estudio se llevó a cabo en el período comprendido del 15 de Marzo al 10 de abril de 2013, en las instalaciones del Hospital de la Mujer, de Morelia, Michoacán.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

2.1.1 Definiciones

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Es el eje de todos los abordajes enfermeros, promueve unos cuidados humanísticos, centrados en objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa al personal de enfermería a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorar los cuidados.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados ante problemas

reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo familia y comunidad.

Cuya finalidad es estructurar la prestación de los cuidados de enfermería. Conlleva a la obtención de datos y su análisis con el fin de identificar los puntos fuertes del paciente y los problemas de salud reales o potenciales, así como el desarrollo y la revisión continua de un plan de intervenciones de enfermería destinadas a conseguir unos resultados establecidos de común acuerdo, posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solucionar problemas y del método científico (Kozier, Erb & Snyder 20013).

En cada paso del proceso, el profesional de enfermería trabaja en estrecho contacto con el paciente para individualizar los cuidados y desarrollar una relación de respeto y confianza mutuos.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del usuario. Yura y Walsh en1988, citado por Rodriguez (2006) afirman que “el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería para llevar de nuevo al estado de bienestar.

En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

2.1.2 Antecedentes

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Para la Asociación Americana de enfermería (A.N.A) el Proceso de Enfermería es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo al

desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención del individuo, familia y comunidad.

En muchos países, la aplicación del proceso de enfermería es un requisito para el ejercicio de la enfermera profesional; en México, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas enfermeras (os) aun en la actualidad (Kozier, Erb & Snyder, 2005).

2.1.3 Importancia

En varios países, entre ellos Estados Unidos y Canadá, se exige el uso del Proceso de Enfermería, debido a que proporciona la base para los exámenes para la provisión de plazas en el sistema público de salud, por lo que es importante estar familiarizado con él, para poder responder a las preguntas. Asimismo cada vez más enfermería depende de los Planes de Cuidados Estandarizados y computarizados; para poder usar esta información de manera segura, *debe* dominar los principios que rigen el Proceso de Enfermería.

Además que es importante mencionar que el personal de enfermería se debe regir por la reflexión y no por las tareas, *debe* utilizar el pensamiento crítico sobre cómo lograr los objetivos finales.

Los **objetivos enfermeros**, son:

- ❖ Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales, para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).

- ❖ Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- ❖ Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- ❖ Encontrar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrar cuidados de salud.

En muchos países, la aplicación del Proceso de Enfermería es un requisito para el ejercicio de la enfermera profesional; en México, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas enfermeras (os) aun en la actualidad (Alfaro - LeFevre, 2003).

2.1.4 Beneficios

- ❖ Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
- ❖ Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- ❖ Evita que se pierda de vista el factor humano (Humanista).
- ❖ Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- ❖ Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- ❖ Ayuda a que los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos. Las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados (Rodríguez, 2006).

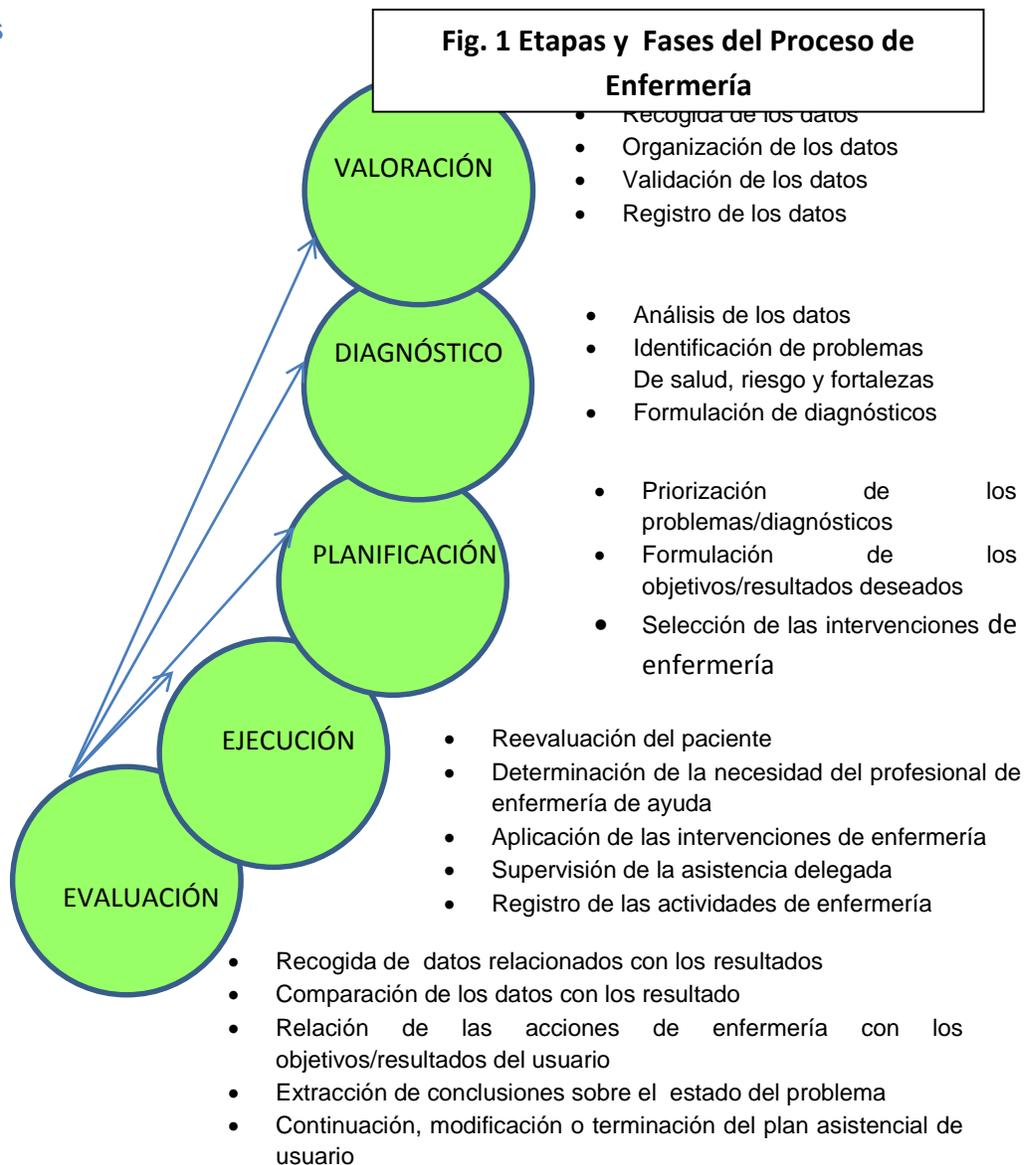
Asimismo, LeMone y Burke (2009), explican que el PE sirve de base para la evaluación de la calidad de la asistencia, asimismo beneficia la institución asistencial mediante el mejor uso de los recursos, una mayor satisfacción del usuario.

2.1.5 Características

- ❖ Es un **método**: Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- ❖ Es **sistemático**: Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).
- ❖ Es **humanista**: Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado), que es más que la suma de sus partes y que no se debe de fraccionar.
- ❖ Es **intencionado**: Porque se centra en el logro de objetivos (resultados), permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).

- ❖ Se **centra en el usuario (a)**: Porque el profesional de enfermería organiza el plan asistencial en función de los problemas del usuario en lugar de los objetivos de enfermería.
- ❖ Es **cíclico**: Porque es un acontecimiento o secuencia de acontecimientos que se repite regularmente.
- ❖ Es **dinámico**: Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- ❖ Es **flexible**: Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- ❖ Es **interactivo**: Por requerir de la interrelación humano – humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes. (Rodríguez 2006).
- ❖ Es **interpersonal y colaborador**: Porque exige que el profesional de enfermería se comunique de manera directa y constante con los usuarios y con los familiares para cubrir sus necesidades. Exige que enfermería colaboren, como miembro del equipo de salud, en un esfuerzo conjunto para proporcionar una asistencia de calidad al usuario.
- ❖ Es de **aplicación universal**: Porque se traduce como una estructura para la asistencia de enfermería en todos los tipos de marcos de salud, con usuarios de todos los grupos de edad (Kozier, Erb & Snyder, 2013).

2.1.6 Etapas



Fuente: Tomado de Kozier, Erb & Snyder, 2013).

Nota. Cada fase del Proceso de Enfermería afecta a otras; están estrechamente interrelacionadas.

2.1.6.1 Valoración

Es la primera etapa del Proceso de Enfermería que permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas”, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo ((Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos a través de diferentes fuentes. . Es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del Proceso de Enfermería (Kozier, Erb & Snyder, 2005).

Como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiendo emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud, asimismo, recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud (Alfaro - LeFevre, 2003)

El plan de cuidados se basa en los datos recogidos en esta fase, por tanto se debe asegurar de que la información es correcta, completa organizada de forma que ayude a tener una impresión de patrón de salud o enfermedad.

El **objetivo** de esta fase consiste en la recopilación sistemática de datos de interés sobre el usuario, con el fin de identificar sus necesidades y poder planificar y poner en práctica los cuidados oportunos. (Rodríguez, 2006).

Debido a que el plan de cuidados se basa en los datos recogidos en esta fase, por tanto se debe asegurar de que la información es correcta, completa organizada de forma que ayude a tener una impresión de patrón de salud o enfermedad. Debe realizarse de manera total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de las respuestas fisiopatológicas. La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería.

Para lo anterior, es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Fases de la valoración

Fig. 2 Fases de la valoración



Fuente: Tomado de Kozier, Erb & Snyder, 2013.

1. *Recogida de datos.*

Reunir datos (información) sobre el estado de salud.

Es un proceso continuado. Empieza cuando se encuentra por vez primera con el usuario y continúa en cada encuentro hasta que la persona es dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que permitan conocerlos (Iyer, Taptich & Bernocchi, 995).

Tipos de valoración

a) Valoración general o de los datos básicos (inicio de los cuidados).

Es la Información general que se reúne en el contacto inicial con la persona con la finalidad de conocer todos los aspectos relacionados con el estado de salud cada vez detectado.

b) Valoración específica o focalizada.

Son los datos que se reúnen para determinar el estado de un aspecto específico (p.ej., los hábitos intestinales), y se realiza una vez detectado el problema real o de riesgo central, con la finalidad de controlar problemas concretos o aspectos específicos de los cuidados.

Existen formatos que dirigen la valoración focalizada, con frecuencia se lleva a cabo sin ninguna guía, por lo cual es necesario saber qué tipo de cuestiones deberían formularse:

¿Cuál es el estado actual del problema (hay signos, síntomas, o factores de riesgo para su aparición)? Comparado con los datos de referencia (datos recogidos antes del tratamiento), ¿la información indica que el problema ha mejorado o no ha variado?

¿Qué factores contribuyen al problema y que se ha hecho al respecto?

¿Cuál es la perspectiva del usuario sobre el estado de salud actual del problema y cómo está siendo tratado?

¿Qué recursos se utiliza para la valoración?

Consumidor (individuo, familia, comunidad)
Personas allegadas
Registros médicos y de enfermería
Consultas verbales y escritas
Estudios diagnósticos/ de laboratorio y de gabinete

Por lo tanto, para obtener la información se recurre tanto a fuentes **directas** como **indirectas**

Fuentes directas: primarias o secundarias

Las fuentes directas primarias:

Son información obtenida directamente del usuario (p. ej., de la entrevista y exploración) y de su familia (ellos constituyen la principal fuente de información).

Las fuentes directas secundarias:

Son la información obtenida de los amigos o cualquier otra persona que de atención al usuario y otros profesionales del área de la salud debido a que aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia.

Fuentes indirectas:

Es la información que se obtiene a través del expediente clínico y de la bibliografía relevante.

La recolección de datos del usuario puede ser general y específica o focalizada; así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud cada vez detectado y una vez detectado el problema real o de riesgo central la valoración en un área específica. Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Tipos de datos

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: **subjetivos, objetivos, históricos y actuales** (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

a) Datos subjetivos: Denominados también **síntomas** o datos ocultos, son los que refiere el paciente y que manifiestan una percepción de carácter individual (ej. Dolor, temor, prurito, etc.) por tanto solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. Incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el usuario tiene de su salud y situación vital.

b) Datos objetivos: Se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se puede identificar mediante la observación o exploración física. Aquellos que el personal de enfermería puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ej. Frecuencia cardiaca, temperatura, peso, talla, TA).

c) Datos históricos: Se refieren a datos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ej. Antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas etc.)

d) Datos actuales: Son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ej. Deshidratación, sangrado, alcoholismo etc.).

La **entrevista, examen físico y observación**, se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea (Alfaro - Lefevre, 2005).

a) La entrevista, es una labor compleja que requiere de una habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario, tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planificación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el dialogo, respeto, confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera (o) y el usuario.

Métodos para entrevistar:

Entrevista dirigida: Es estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El usuario tiene oportunidades limitadas para plantear cuestiones o comentar preocupaciones, el tiempo es limitado.

Entrevista no dirigida: El personal de enfermería permite al usuario controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación es la comprensión entre dos o más personas.

Toda entrevista debe tener:

Una **introducción (apertura)**: Para saludar al usuario, presentarse con él, y explicar la razón de la entrevista.

Un **núcleo (dialogo)**: Caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración.

Un **cierre**: Para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

- ❖ Entre los aspectos que se debe de tener en cuenta para la realización de la entrevista son:

- ❖ Seguir la guía de valoración para llevar un orden.
- ❖ Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
- ❖ Valorar el momento para realizar la entrevista.
- ❖ Dedicar el tiempo necesario para la entrevista.
- ❖ Ser amable, cordial y respetuoso, evitar usar sobrenombres o diminutivos.
- ❖ Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario (evitar usar términos desconocidos)
- ❖ Seleccionar de acuerdo a la información que se desee obtener y características del usuario, las preguntas abiertas permiten al usuario expresar sentimiento y pensamiento, generalmente inician con una palabra ¿Qué?, ¿Por qué? Una pregunta cerrada exige respuestas breves y se utilizan para conocer hechos concretos. Se debe evitar hacer uso excesivo de preguntas cerradas porque limitan la cantidad de información.
- ❖ Escuchar con atención todo lo que dice el usuario.
Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal) porque puede obtener información errónea o perderse de la misma.
- ❖ Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este indica más que las palabras.
- ❖ Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).
- ❖ Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario (Rodríguez, 2002).

b) El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud del individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Este debe ser complejo, sistemático, preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. El examen físico incluye la **somatometría** (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos

parámetros también permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, y para realizarlo se necesitan cuatro técnicas principales:

Inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las constantes vitales y la somatometría.

La inspección: Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído.

La palpación: Es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto. Es decir las yemas de los dedos ya que por su inervación los hace sensibles para determinar la textura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos etc.

La percusión: Es un método de la valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de los órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido.

La auscultación: Es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo, y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Es muy importante en el examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial) estas deben de ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiendo detectar problemas de salud reales y de riesgo.

En la recolección de la información la enfermera (o) tiene que identificar los recursos de los usuarios como son las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas de diagnósticos y planificación (Alfaro – LeFevre, 2005).

c) Observación, es la capacidad consciente, deliberada y aprendida.

*En la valoración se enfoca en el **reconocimiento de estímulos, Seleccionar, organizar e interpretar los datos.***

2. Organización de los datos.

Agrupar los datos en grupos de información que le ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad. Los profesionales de enfermería usan un formato escrito o electrónico para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de bases de datos de enfermería. Existen modelos/estructuras conceptuales que favorecen la organización de los datos.

3. Validación (verificación) de los datos.

Consiste en comprobar que los datos sean exactos, completos objetivos y precisos porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información.

Una vez reunida la información del usuario, tiene que ser validada para estar seguros de que los datos obtenidos son correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar en la dirección equivocada y cometer errores al identificar problemas.

Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

La validación es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presentes dificultades para la agrupación e interpretación de la información (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Al validar se debe tomar en cuenta:

La identificación de patrones / comprobación de las primeras impresiones.

Al tener una idea de los patrones de funcionamiento, se focaliza la valoración para obtener más información que permita comprender mejor la situación a la que se enfrenta. Por ejemplo, se puede empezar a pensar que alguien tiene un patrón nutricional inadecuado y se decide averiguar que está contribuyendo a este patrón (¿es que la persona tiene hábitos alimentarios o hay algo más, como falta de recursos para guardar los alimentos?).

La validación de los datos ayuda a:

- ❖ Garantizar que la información de la valoración es completa.
- ❖ Garantizar que los datos objetivos y subjetivos están relacionados entre sí.
- ❖ Obtener información adicional que puede haberse pasado por alto.
- ❖ Diferenciar entre pistas (datos objetivos y subjetivos) e inferencias (interpretación o conclusiones del profesional de enfermería).
- ❖ Evitar conclusiones inadecuadas.

4. Informe y registro de la información (Informe y anotación de los datos).

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar los datos significativos y completar el registro de los datos obtenidos durante la entrevista, el examen físico y la observación. Informar de los datos significativos antes de escribirlos asegura que otros miembros responsables del equipo de salud conozcan inmediatamente los datos que le preocupan.

Los objetivos que persiguen el registro de la información son: “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería” (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1995).

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentran:

- ❖ Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
- ❖ Evitar juicios de valor. Por ej. El paciente refiere insomnio cuando únicamente expresó no haber dormido bien por la noche.
- ❖ Escribir textualmente lo que el usuario expresa. Entre comillas.
- ❖ Señalar y escribir la palabra error y anotar la apreciación correcta. (Evitar tachaduras).
- ❖ Procurar que la información sea relevante e importante.
- ❖ Realizar anotaciones claras y completas.
- ❖ Escribir con tinta indeleble y con letra clara.
- ❖ Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la o lo incrimine.
- ❖ Cuidar la ortografía y evitar usar abreviaturas.
- ❖ Anotar siempre la fecha y hora en que se realizó el registro.
- ❖ Escribir toda la información que proporcionó el equipo sanitario.
- ❖ Registrar cuando un usuario o su familia rechazan un determinado cuidado o medida preventiva.

2.1.6.2 Diagnóstico de Enfermería

Es la segunda etapa del Proceso de Enfermería que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades) (Rodríguez, 2006).

En este proceso se identifican los problemas (Carpenito, 1995) la enfermera analiza los datos (información) e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados, también identifica los recursos que resultan esenciales, para desarrollar un plan de cuidados eficiente (Alfaro - LeFevre, 2005).

Kozier, Erb & Snyder (2005) sostienen que la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias) exige la presencia de los diagnósticos de enfermería también en la historia clínica de los usuarios. Asimismo los diagnósticos de enfermería describen el estado de salud: desviaciones respecto de la salud, presencia de factores de riesgo y área de enriquecimiento personal y no solamente los síntomas físicos de los usuarios sino guarda una estrecha relación con las respuestas humanas tanto físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad o aun problema de salud.

Tanto que los diagnósticos que realizan los médicos se refieren a enfermedades-respuestas fisiopatológicas específicas. Además no se omite mencionar que los diagnósticos de enfermería guardan relación y esencia con las funciones independientes del personal de enfermería por lo anterior el personal de enfermería debe emitir juicios clínicos y prescribir las intervenciones.

Para planificar la atención de enfermería y decidir las intervenciones más adecuadas es necesario identificar primero los problemas del paciente, que pueden ser reales o potenciales; y que pueden surgir por la naturaleza de la alteración de la salud del paciente o el plan de asistencia diagnóstico o terapéutico. Los problemas

deben identificarse en forma sistemática ayudando así a que la enfermera revise de una manera los problemas actuales o posibles en donde necesita ayudar al paciente (Gas, 2000).

Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente; se identifican los diagnósticos de enfermería y se diseña un plan de cuidados basados en estos, suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1995).

La enfermera (o) analiza los datos (información) e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados, también identifica los recursos que resultan esenciales, para desarrollar un plan de cuidados eficiente (Alfaro - Lefevre, 2005).

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema: Etiqueta diagnóstica

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan: Características definitorias

El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se considera que están contribuyendo al problema ya sea como factores relacionados los cuales han contribuido ya a producir el problema o como factores de riesgo.

Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.

Los tipos de diagnósticos de enfermería de acuerdo con el estado son: Real, de riesgo, de síndrome y de bienestar

1.- Diagnósticos de enfermería real (actual):

Es un problema del usuario que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias (signos y síntomas) principalmente identificables, este tipo de diagnósticos de enfermería tiene cuatro componentes: **el problema o etiqueta diagnóstica, definición, características que lo definen y etiología (factores relacionados).**

Problema o etiqueta diagnóstica:

Describe el problema de salud del usuario de forma clara y concisa o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Debe ser descriptivo de la definición de diagnósticos y de las características que lo definen. Siempre que sea posible debe de contener un calificador preciso como “alteración”, “deterioro”, “déficit”, “inefectivo”, o “disfuncional”, en lugar de un modificador más vago y subjetivo como “inadaptado”, “escaso”, o “inadecuado”. El término “real” no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real.

Para que sean útiles en la clínica, las etiquetas diagnósticas deben ser específicas; cuando la palabra especificar sigue a una etiqueta de la NANDA.

Definición:

Al expresar un significado claro y preciso del diagnóstico, la definición puede ayudar a diferenciar un diagnóstico particular de otros similares la definición debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que lo definen (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Características que lo definen:

En un diagnóstico de enfermería real, las características que lo definen hacen referencia a los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos, o síntomas) que, en

conjunto apuntan ese diagnóstico. Las características que lo definen están separadas hoy en día en designaciones principales y secundarias. En la revisión de la guía para la admisión por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA).

Etiología (Factores relacionados):

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores ocurrientes que han influido en el cambio en el estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías: fisiopatológicos (biológicos o psicosociales), relacionados con el tratamiento, de situación (ambientales, personales) y de maduración.

2.- Diagnósticos de enfermería de riesgo:

Según definió la NANDA un diagnóstico de enfermería de riesgo es un “juicio clínico en donde un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar”, los diagnósticos de enfermería potenciales proporcionan a las enfermeras (os) un medio valioso de identificar a las personas más vulnerables a los problemas. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Sus componentes: son: **el problema o etiqueta diagnóstica, definición y factores de riesgo.**

El problema o etiqueta diagnóstica:

Es un juicio clínico de un problema que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga. En un diagnóstico de enfermería de riesgo, la descripción concisa de estado de salud alterado del cliente va precedido por el término “riesgo de”.

Definición:

Como en un diagnóstico de enfermería real, en un diagnóstico de enfermería de riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo, para permitir diferenciar entre diagnósticos similares.

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o grupo.

3.- Diagnósticos de enfermería de síndrome:

Los diagnósticos de enfermería de síndrome son un desarrollo interesante dentro de los diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos de enfermería de síndrome comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales y potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

El desarrollo de los diagnósticos de síndrome se debe de enfocar con cuidado. La enfermera también debe de evaluar y hablar con el cliente para determinar la presencia de otros diagnósticos de enfermería que indiquen las necesidades de intervenciones cliente-enfermera. La ventaja clínica de los diagnósticos de síndrome es que ponen en alerta a la enfermera sobre el hecho de que “existe una condición clínica compleja que requieren valoraciones e intervenciones de enfermería expertas (Alfaro LeFevre, 2005).

4.- Diagnósticos de enfermería de bienestar

Describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad. Al igual que los diagnósticos de promoción de la salud, estos diagnósticos comienzan por la frase disposición para mejorar.

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería de bienestar es un “juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia el nivel más elevado. Para una persona o grupo tenga un diagnóstico de bienestar, deben estar presentes dos hechos:

- ❖ Deseo de un mayor nivel de bienestar.
- ❖ Estado o función actuales eficaces.

Los diagnósticos de enfermería de bienestar no contienen factores relacionados. Por lo tanto se declaran en una parte únicamente. Lo inherente de estos diagnósticos es un cliente o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o se es capaz.

Proceso diagnostico

Este proceso usa las habilidades del pensamiento crítico del análisis y la síntesis. En el pensamiento crítico, la persona revisa los datos y analiza las explicaciones antes de formarse una opinión. El análisis implica la división del todo en partes (razonamiento deductivo) la síntesis es lo opuesto, es decir, juntar las partes en un todo (razonamiento inductivo). El proceso diagnostico lo usan continuamente la mayoría de los profesionales de enfermería, por ejemplo, una enfermera (o) con experiencia puede entrar a la habitación de un usuario e inmediatamente observar datos significativos y extraer conclusiones sobre el estado de salud de éste mismo.

Como resultado de la adquisición de conocimientos, habilidades y experiencia en el marco de la práctica, el profesional, la enfermera experta puede

sentir que estos procesos mentales los hace de forma automática. A cambio los profesionales de enfermería novatos necesitan pautas para comprender y formular los diagnósticos de enfermería.

Fases del diagnóstico de enfermería

Fig. 3 Fases del diagnóstico de enfermería



Fuente: Tomado de Kozier, Erb & Snyder, 2013.

1 .- Análisis de los datos

Implica los siguientes pasos:

- ❖ Comparar los datos con los estándares (identificación de las pistas significativas).
- ❖ Agrupar las pistas (generar hipótesis tentadoras).
- ❖ Identificar lagunas e incoherencias

Para el personal de enfermería experto, estas actividades ocurren de forma continua en lugar de secuencial

a) Comparación de los datos con los estándares

Los profesionales de enfermería recurren al conocimiento y la experiencia para comparar los datos del paciente con los estándares y normas e identificar pistas significativas y relevantes. Un estándar o norma es una medida, regla, modelo o patrón aceptado de forma general (patrones de crecimiento y desarrollo, constantes vitales y valores de laboratorio normales. Una pista de laboratorio se considera significativa si tiene alguna de las siguientes características:

- ❖ Respalda a un cambio positivo o negativo en el estado de salud o patrón del usuario.
- ❖ Se diferencia de las normas de la población del usuario. El usuario puede considerar que un patrón (p. ej., tomar muchas comidas ligeras y tener poco apetito) es normal. Pero este patrón puede no ser saludable.
- ❖ Indica un retraso en el desarrollo.

b) Agrupación de pistas

La agrupación de los datos o las pistas es un proceso que determina la relación entre los hechos y determina si hay presente algún patrón, ya representen los datos incidentes aislados o no sean significativos. Este es el comienzo de la síntesis.

El profesional de enfermería puede agrupar los datos de manera individual combinando datos de diferentes áreas de valoración para formar un patrón. O el profesional de enfermería puede comenzar con una estructura, como la taxonomía II de la NANDA (dominios), los patrones funcionales de Gordon, requisitos universales de Orem, y organizar los datos subjetivos y objetivos en las categorías apropiadas. Éste último es un método deductivo de agrupación de datos.

El personal experto puede agrupar los datos a medida que los recogen e interpretarlos, como se muestra en observaciones o pensamientos como “tengo la sensación de que”. A diferencia del personal inexperto, que no tiene la experiencia para reconocer las pistas. De este modo debe ser cuidadoso e investigar los datos en busca de pistas anormales y usar libros de texto para comparar las pistas del usuario con las características definitorias y factores causales de los diagnósticos de enfermería aceptados.

La agrupación de los datos implica la realización de inferencias sobre los datos. Enfermería interpreta el posible significado de las pistas, y etiqueta los grupos de pistas con posible hipótesis diagnósticas

c) Identificar lagunas e incoherencias en los datos

Una valoración hábil minimiza las lagunas e incoherencias en los datos. Sin embargo, el análisis de los datos debe incluir una comprobación final para asegurarse de que los datos son correctos y completos. Las incoherencias son datos conflictivos comprenden el error medida, las expectativas e informes incoherentes o no fiables.

2.- Identificación de los problemas de salud, riesgos y fortalezas

Después de analizar los datos, el profesional de enfermería y el usuario pueden identificar de forma conjunta fortalezas y problemas. Es sobre todo un proceso de toma de decisiones.

Determinación de problemas y riesgos

Tras la agrupación de los datos, el profesional de enfermería y el usuario identifican juntos problemas que apoyan los diagnósticos, del riesgo o los problemas conjuntos.

Determinación de fortalezas

El profesional de enfermería y el usuario establecen fortalezas, recursos y capacidades para el afrontamiento del usuario. La mayoría de las personas tiene una percepción más clara de sus problemas o debilidades que de sus fuerzas y ventajas, lo que a menudo toman como garantía. Las fortalezas pueden ser una ayuda para movilizar los procesos sobre la salud y regenerativos.

3.- Formulación de las declaraciones diagnósticas

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se describen en declaraciones de dos o tres partes, pero hay variaciones.

Declaraciones básicas en tres partes

La declaración básica del diagnóstico de enfermería en tres partes se denomina formato PES y comprende lo siguiente:

Problema (P): Refiere la respuesta del usuario (etiqueta de la NANDA)

Etiología (E): Factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas

Signos y síntomas (S): Características definitorias manifestadas por el usuario

Las tres partes están unidas por las palabras ***relacionado con, manifestado por.***

Para minimizar las declaraciones largas del problema se pueden registrar los signos y síntomas en las notas de enfermería en lugar de el plan asistencial.

Declaraciones en dos partes:

Problema (P): Declaración de la respuesta del usuario (etiqueta de la NANDA)

Etiología (E): Factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas

Las dos partes están unidas por las palabras ***relacionado con***.

Declaraciones en una parte

Algunas declaraciones diagnósticas, como las de **bienestar** y los **sindrómicos**, constan solo de la etiqueta de la NANDA. A medida que las etiquetas diagnósticas se refinan, tienden a ser más específicas, de manera que pueden derivarse intervenciones de enfermería de la propia etiqueta. Por esta razón, puede no ser necesaria ninguna etiología.

La NANDA ha especificado que cualquier diagnóstico de bienestar se desarrollará como declaraciones en una parte comenzando con las palabras Disposición para mejorar seguido del nivel deseado de bienestar (p.e., Disposición para mejorar el rol parental).

El diagnóstico sintromico es que lo que se asocia a un cúmulo de otros diagnósticos (p.ej., Riesgo de síndrome de desuso, en usuarios encamados durante un tiempo prolongado), entre los grupos de diagnósticos asociados con este síndrome se incluyen Deterioro de la movilidad física, Riesgo de deterioro de la integridad tisular, Riesgo de intolerancia al ejercicio, Riesgo de estreñimiento y Riesgo de infección.

Evitación de errores en el razonamiento diagnóstico

Es importante que los profesionales de enfermería hagan diagnósticos muy precisos, pueden evitar errores comunes del razonamiento reconociéndolos y aplicando las habilidades apropiadas del pensamiento crítico. Es importante reconocer las siguientes recomendaciones:

- ❖ **Verificar.** Plantear posibles explicaciones de los datos, pero tener en cuenta que todos los diagnósticos son solo provisionales hasta que se verifiquen.
- ❖ **Construir una buena base de conocimientos y adquirir experiencia clínica.** Deben aplicar el conocimiento obtenido de áreas diferentes para reconocer las pistas y patrones significativos y generar hipótesis sobre los datos.
- ❖ **Disponer de un conocimiento de trabajo de lo que es normal.** Deben saber normas de la población en cuanto a constantes vitales, las pruebas de laboratorio, el desarrollo del habla, los ruidos respiratorios y otros. Deben determinar lo que es habitual para cada persona de lo que es su estado normal.
- ❖ **Consultar los recursos.** Los profesionales de enfermería novatos y experimentados consultan los recursos adecuados siempre que tienen dudas sobre el diagnóstico. La bibliografía profesional, los colegas y otros profesionales son recursos adecuados. Deben utilizar libro de diagnósticos de enfermería para determinar si los signos y síntomas del usuario se ajustan realmente a la etiqueta de la NANDA elegida.
- ❖ **Basar los diagnósticos en patrones,** es decir en comportamientos en el tiempo, mejor que en incidentes aislados.
- ❖ **Mejorar las habilidades del pensamiento crítico.** Estas habilidades ayudan a enfermería a ser conscientes de los errores en el pensamiento y evitarlos., como exceso de generalización, el estereotipo y el hacer suposiciones sin garantía (Kozier, Erb & Snyder, 2013).

2.1.6.3 Planificación

Es la tercera etapa del Proceso de Enfermería que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del usuario enfermo” (Rodríguez, 2006).

Se refiere a los datos de valoración del usuario y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular objetivos del usuario y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del usuario. Una **intervención de enfermería** es “cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados del usuario” el producto final de la planificación es un plan asistencial del usuario.

De acuerdo a Alfaro - LeFevre, 2003, explica que el personal de enfermería al proporcionar el cuidado debe decidir qué puede hacer por sí mismo el enfermo o la familia, que puede delegar en otros y que debe hacer enfermería, asimismo debe animar al enfermo y a la familia a participar en sus propios cuidados, considerando que es responsable de los cuidados que delega.

Aunque la planificación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del usuario y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. Los profesionales de enfermería planifican para el usuario, pero también le animan a participar activamente hasta donde sea posible. En el marco domiciliario, las personas de apoyo y cuidadores del usuario son los únicos que ponen en marcha el plan asistencial; por tanto, su eficacia depende en gran medida de ellos. También Ball y Bindler (2010), explican que la familia, el usuario (a) y el profesional de enfermería deben participar y estar de acuerdo con los objetivos del plan.

Tipos de planificación

La planificación comienza con el primer contacto con el usuario y continúa hasta que termina su relación con el profesional de enfermería, por lo general cuando el usuario es dado de alta de la institución de salud. toda planificación es multidisciplinar (implica a los proveedores de asistencia de salud que interactúan con el usuario) e incluye al usuario y a la familia en la mayor extensión posible en todos los pasos.

Planificación inicial

El personal de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan asistencial inicial completo. Tiene la ventaja de que observa el lenguaje corporal del usuario y, además, puede obtener alguna información intuitiva de la que no puede disponerse en una base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial.

Planificación en curso

La planificación en curso la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el usuario. A medida que se obtiene información nueva y evalúan las respuestas del usuario a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia. La planificación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día. Usando los datos de la valoración continua, enfermería hace las planificaciones diarias con los siguientes propósitos:

- ❖ Determinar si el estado de salud del usuario ha cambiado.
- ❖ Establecer prioridades para la asistencia del usuario durante el turno.
- ❖ Decidir en que problemas centrarse durante el turno.
- ❖ Coordinar las actividades de enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el usuario.

Planificación para el alta

Es el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia de salud completa y debe realizarse en el plan asistencial de todos los usuarios. La planificación eficaz para el alta comienza en el primer contacto del usuario e implica una valoración completa y continua para obtener información sobre las necesidades continuas del usuario.

Desarrollo de planes asistenciales

El producto final de la fase de planificación, es un plan formal o informal de asistencia. Un plan asistencial de enfermería **informal** es una estrategia para la acción que existe en la mente del personal de enfermería. En tanto que el plan **formal** es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre la asistencia del usuario. El beneficio es que proporciona una asistencia continua.

Un **plan asistencial estandarizado** es un plan formal que especifica la asistencia de enfermería para grupos de usuarios con necesidades comunes (Doenges, Moorhouse, Murr, 2008).

Un **plan asistencial individualizado** se ajusta para cubrir las necesidades únicas de un usuario específico, necesidades que no resuelve un plan estandarizado. Se usa un plan asistencial formal para obtener ayuda sobre qué necesidades registrar en las notas de la evolución del usuario y como guía para delegar y asignar al personal la asistencia de los usuarios.

Es importante mencionar que al usar los diagnósticos de enfermería del usuario para crear objetivos e intervenciones de enfermería, el resultado es un plan integral e individualizado de asistencia que cubre las necesidades únicas del usuario.

Durante la fase de planificación se debe a) decidir qué necesidades del usuario necesitan planes individualizados y una asistencia habitual, y b) escribir resultados deseados individualizados e intervenciones de enfermería para los problemas del usuario que requieren atención de enfermería más allá de la asistencia habitual planificada previamente.

El **plan asistencial completo** para un usuario se compone de varios documentos diferentes que:

- a) describen la asistencia habitual necesaria para cubrir las necesidades básicas
- b) refleja los diagnósticos de enfermería y los problemas conjuntos
- c) especifica responsabilidades de enfermería en el desempeño del plan médico de asistencia

Un plan completo de asistencia integra funciones de enfermería dependientes e independientes en un sistema integral significativo y proporciona un recurso central de información sobre el usuario.

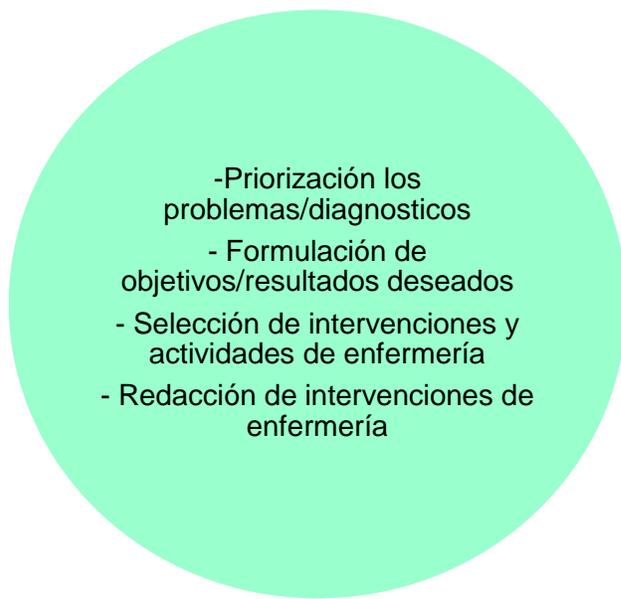
Planes asistenciales multidisciplinarios (conjuntos).

Es un plan estandarizado que perfila la asistencia requerida para los usuarios con trastornos predecibles (habitualmente médicos). Estos planes, habitualmente llamados planes asistenciales conjuntos y vías críticas, ponen en orden la asistencia que debe prestarse cada día durante la estancia predicha para el tipo específico de trastorno.

Los planes asistenciales multidisciplinarios no incluyen actividades de enfermería detalladas. Deben extenderse de los modelos de asistencia y de los planes asistenciales estandarizados pero no reemplazarlos (Kozier, Erb & Snyder, 2005).

Fases de la planificación

Fig. 4 Fases de la planificación



Fuente: Tomado de Kozier, Erb & Snyder, 2013.

El proceso de planificación

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. Alfaro – Lefevre (2005).

1.- Priorización los problemas/diagnósticos.

Es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el usuario comienzan la planificación decidiendo que diagnósticos exigen primero atención, cuáles segundo y así sucesivamente.

Las prioridades cambian a medida que lo hacen las respuestas, problemas y tratamientos del usuario. Se deben considerar los siguientes factores al asignar prioridades:

- ❖ Los valores y creencias del usuario respecto a la salud.
- ❖ Las prioridades del usuario.
- ❖ Los recursos disponibles para el profesional de enfermería y el usuario.
- ❖ La urgencia del problema de salud.
- ❖ Plan de tratamiento médico.

2.- Formulación de objetivos/resultados deseados del usuario

Tras establecer las prioridades, el profesional de enfermería y el usuario fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan asistencial, los objetivos/resultados deseados describen las respuestas observables del usuario, lo que se espera conseguir al realizar las intervenciones. Los **objetivos** explican declaraciones amplias sobre el estado de salud del usuario y los **resultados deseados** como los criterios observables más específicos para evaluar si los objetivos se han cumplido. Es el resultado observable y específico el que debe escribirse en el plan asistencial y usarse para evaluar el progreso del usuario.

Clasificación de los resultados de enfermería

La Clasificación de los resultados de enfermería (NOC), describe los resultados del usuario que responden a las intervenciones de enfermería. Un resultado del usuario es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una (s) intervención (es) de enfermería.

Los resultados de la NOC se establecen de forma amplia y conceptual. Son conceptos variables, es decir que las respuestas de los usuarios a las

intervenciones pueden valorarse con el tiempo. Difieren de un objetivo, que se alcanza o no. Para medirlo, un resultado debe hacerse más específico identificando los indicadores que se aplican aun usuario en particular.

Un indicador es el estado específico del usuario que es más sensible a las intervenciones de enfermería y para el cual pueden definirse procedimientos de medida. Se expresan en términos neutros, pero cada resultado comprende una escala de cinco puntos (una medida) que se usa para puntuar el estado del usuario en cada indicador (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2009).

Proposito de los objetivos/resultados deseados

- ❖ Proporcionan instrucciones para planificar las intervenciones de enfermería.
- ❖ Sirven de criterio para evaluar el progreso del usuario.
- ❖ Capacitan al usuario y al profesional de enfermería para determinar cuándo se ha resuelto el problema.
- ❖ Ayudan a motivar al usuario y al profesional de enfermería al proporcionarle una sensación de logro.

Objetivos a corto y largo plazo

Los objetivos pueden ser a corto o a largo plazo. Un objetivo a corto plazo es útil para usuarios que:

- ❖ Exigen asistencia de salud durante un período corto
- ❖ Se sienten frustrados por los objetivos a largo plazo que parecen difíciles de alcanzar y que necesitan la satisfacción de conseguir un objetivo a corto plazo.

El personal de enfermería se dedica a las necesidades inmediatas del usuario.

Objetivos/resultados a largo plazo

Guían la planificación del alta en caso de estancias largas o a una asistencia domiciliaria, en el ambiente de la asistencia gestionada. Se usan en usuarios que tienen problemas crónicos, los que viven en residencias, estancias prolongadas y centros de rehabilitación.

Relación entre los objetivos/resultados deseados y los diagnósticos de enfermería

Los objetivos y resultados derivan de los diagnósticos de enfermería del usuario, sobre todo de la etiqueta diagnóstica, ésta contiene la respuesta morbosa; establece que debería cambiar. Para cada diagnóstico de enfermería se deberá establecer un objetivo/resultado que cuando se consigan reflejen la resolución del problema.

Componentes de la declaración del objetivo/resultado deseado

Sujeto. Es el usuario, cualquier parte del mismo o algún atributo del mismo.

Verbo. Especifica las acciones que debe realizar el usuario. Deben ser observables.

Condiciones o modificadores. Pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuáles se muestra la conducta. Explican qué dónde, cuándo o cómo.

Criterio de realización deseada. El criterio indica el estandar con el que se evalúa la realización o el nivel en el cual el usuario realizará la conducta especificada. Pueden especificar el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia y la calidad. Para establecer un criterio de consecución en el tiempo, el profesional de enfermería debe preguntar ¿cuanto tiempo?.

Directrices para escribir los objetivos/resultados deseados

a) Escribir los objetivos y resultados en términos de respuestas del usuario, no de actividades de enfermería. Cada declaración de objetivos deben centrarse en las conductas del usuario y sus respuestas.

Correcto: el usuario beberá 100 ml de agua por hora (conducta del usuario).

Incorrecto: Mantener hidratado al usuario al usuario (acción de enfermería)

b) Asegurarse de que los resultados deseados son realistas para las capacidades y limitaciones del usuario y para el tiempo designado.

c) Asegurarse de que los objetivos y resultados deseados son compatibles con los tratamientos de los otros profesionales.

d) Asegurarse de que todos los objetivos derivan solo de un diagnóstico de enfermería.

e) Usar términos mensurables y observables para los resultados.

f) Asegurarse de que el usuario considere los objetivos/resultados deseados importantes y valiosos para él.

g) Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.

h) Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.

i) Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

3.- Selección de intervenciones y actividades de enfermería

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del usuario. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda cláusula de la declaración diagnóstica.

Cuando no es posible cambiar los factores causales, enfermería debe elegir intervenciones que traten los signos y síntomas o las características definidoras de la terminología de la NANDA. En el caso de las intervenciones de los diagnósticos de riesgo deben centrarse en medidas para reducir los factores de riesgo del usuario, que también se encuentran en la segunda cláusula. Por este motivo se debe identificar correctamente la causa durante la fase del diagnóstico. Las intervenciones varían en función del problema.

Tipos de intervenciones de enfermería

Se identifican y escriben durante la fase de planificación del PE; pero en realidad se realizan durante la fase de aplicación. Comprenden la **asistencia directa** y la **indirecta**, los tratamientos iniciados por el profesional de enfermería, las iniciadas por el médico.

La **asistencia directa** es una intervención realizada por el profesional de enfermería a través de la interacción con el usuario. La **indirecta** es una intervención delegada por enfermería en otra persona o realizada en otro lugar, pero en nombre del usuario, como colaboración o tratamiento interdisciplinar del entorno asistencial.

Las **intervenciones independientes** son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales de la salud. los diagnósticos de

enfermería son problemas del usuario que pueden tratarse principalmente mediante intervenciones de enfermería independientes (son tratamientos iniciados por el profesional de enfermería).

Las **intervenciones dependientes** son actividades realizadas bajo las indicaciones o la supervisión de un médico u otro proveedor de cuidados de salud con autorización para escribir órdenes para los profesionales de enfermería.

Las **intervenciones conjuntas** son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo de salud, como los fisioterapeutas, los trabajadores sociales, los dietistas y los médicos. Reflejan el compañerismo entre el personal de salud.

Criterios para la elección de las intervenciones de enfermería

- ❖ Ser seguro y apropiado para la edad, salud y condición del usuario.
- ❖ Ser alcanzable con los recursos disponibles.
- ❖ Ser coherente con los valores, creencias y cultura del usuario.
- ❖ Ser congruente con otros tratamientos.
- ❖ Basarse en el conocimiento y experiencia de enfermería o en la información procedente de ciencias relevantes.
- ❖ Ajustarse a los modelos de asistencia establecidos determinados por las leyes estatales, las asociaciones profesionales, las organizaciones de homologación y las normas de la institución.

4.- Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas

Tras seleccionar las intervenciones de enfermería adecuadas, el profesional de enfermería las escribe en el plan asistencial. Se fechan cuando se escriben y se revisan a intervalos que dependen de las necesidades individuales. Al escribirse debe tener: **verbo, condiciones y modificadores** más el **elemento temporal**.

La **acción** del verbo comienza la intervención y debe ser precisa, p.ej., explicar al usuario las acciones de la insulina. En el caso de un **modificador** del verbo hace que la intervención sea más precisa, p.ej., colocar un vendaje firme en espiral en la parte inferior de la pierna izquierda. El **elemento temporal** responde al cuándo, cuánto tiempo y con qué frecuencia debe tener lugar la acción de enfermería. P.ej., ayudar al usuario en la bañera a las 7:00 hrs de todos los días. Es importante firmar los registros de enfermería debido a que muestra responsabilidad y tiene relevancia legal.

Relación entre las intervenciones de enfermería y el estado del problema

Dependiendo del tipo de problema enfermería escribe las intervenciones para la observación, la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud. Se deben escribir las observaciones para los problemas reales y para los de riesgo.

Las **intervenciones preventivas** prescriben la asistencia necesaria para evitar complicaciones o reducir factores de riesgo, p.ej., cambiar la posición cada 2 horas. Los **tratamientos** comprenden la educación, las remisiones, la fisioterapia y otros cuidados necesarios para un diagnóstico de enfermería actual. Algunas acciones pueden ser de prevención o tratamiento. Las intervenciones para la **promoción de la salud** son adecuadas cuando los usuarios no tienen problemas de salud o cuando enfermería establece un diagnóstico de bienestar.

Delegación de la aplicación

La determinación de si la delegación está o no indicada es otra actividad que tiene lugar durante la fase de planificación. Mientras se eligen y escriben intervenciones de enfermería sobre el plan asistencial del usuario, enfermería debe también determinar quién realizará en realidad la intervención. La delegación se define como el proceso de un profesional de enfermería de dirigir a otra persona para que realice las tareas y actividades de enfermería. Debe tomar en cuenta las necesidades del usuario y la familia con las habilidades y conocimiento de los cuidadores disponibles.

Enfermería debe cumplir con las siguientes obligaciones: imponer deberes a las personas dentro del ámbito de la práctica y de las capacidades y en las circunstancias adecuadas.

Clasificación de las intervenciones

Consiste en el lenguaje estandarizado que describa las intervenciones que los profesionales de enfermería realizan. En 1992 se publicó por primera vez una taxonomía de las intervenciones de enfermería (NIC, Nursing Interventions Classification de Enfermería). Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. El personal de Enfermería debe seleccionar las intervenciones y actividades en función de su juicio, conocimiento y del usuario, y las individualiza para que se ajusten a los materiales, equipo y otros recursos disponibles en la institución (Bulechek, Butcher & McCloskey, b2009).

2.1.6.4 Ejecución

Es la cuarta etapa del Proceso de Enfermería que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas

intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados (Rodríguez, 2006).

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboraron en el paso de la planificación y después concluye el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del usuario.

Relación entre la ejecución y otras fases del Proceso de Enfermería

Las tres primeras del PE proporcionan la base de las acciones de enfermería realizadas durante la aplicación. A su vez esta etapa proporciona las actividades de enfermería reales y las respuestas del usuario que se examinan en la fase final. La asistencia debe ser individualizada. Se continúa revalorando al usuario en todos los contactos, obteniendo datos sobre las respuestas del usuario a las actividades de enfermería y sobre cualquier problema nuevo que pueda aparecer (Potter, Perry, 2002).

Para ejecutar el plan asistencial con éxito, enfermería debe disponer de habilidades **cognitivas, interpersonales y técnicas**.

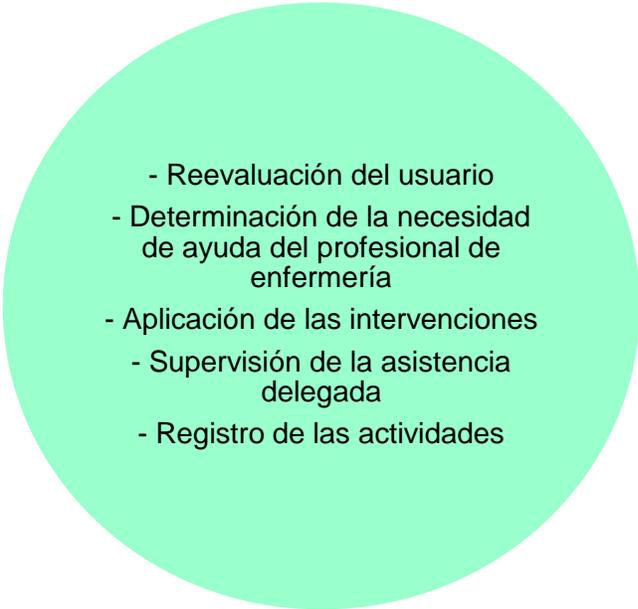
Las **habilidades cognitivas** (habilidades intelectuales) incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y al creatividad.

Las **habilidades interpersonales** son todas las actividades, verbales y no verbales, que las personas usan cuando interaccionan directamente entre sí. La eficacia de una acción de enfermería depende en gran medida de la capacidad del profesional para comunicarse con el usuario, familia y otros integrantes de la salud. Las habilidades interpersonales comprenden la proporción de información, actitudes, sentimientos, interés y apreciación por los valores culturales y estilo de vida del usuario.

Las **habilidades técnicas** son actitudes manuales dirigidas a un fin. Se denominan también tareas, procedimientos o habilidades psicomotoras. Requieren conocimientos y destreza manual.

Fases de la ejecución

Fig. 5 Fases de la ejecución

- 
- Reevaluación del usuario
 - Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería
 - Aplicación de las intervenciones
 - Supervisión de la asistencia delegada
 - Registro de las actividades

Fuente: Tomado de Kozier, Erb & Snyder, 2013.

1.- Reevaluación del usuario

Antes de ejecutar una intervención, el personal de enfermería debe revalorar al usuario para asegurarse de que la intervención sigue siendo necesaria. Los datos nuevos pueden indicar un cambio de prioridades en la asistencia.

2.- Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería

Cuando se ejecuta cualquier intervención de enfermería, se puede precisar ayuda por una o más de las siguientes razones:

- ❖ El profesional de enfermería es incapaz de ejecutar la actividad de enfermería con seguridad y eficacia.
- ❖ La ayuda reduciría el estrés sobre el usuario.
- ❖ El profesional de enfermería carece del conocimiento o habilidades para ejecutar una actividad en particular.

3.- Aplicación de las intervenciones de enfermería

Es importante explicar al usuario qué intervenciones se realizarán, que sensación debe esperar, que se espera que haga y qué resultados se prevén. Se debe asegurar la intimidad del usuario. El número y tipo de intervenciones directas es casi ilimitado. Enfermería también coordinan la asistencia del usuario.

Cuando se ejecutan las intervenciones, se deben seguir las siguientes pautas:

- ❖ Basar las intervenciones de enfermería en el conocimiento científico, la investigación en enfermería y los modelos profesionales de asistencia (práctica basada en la evidencia) cuando estos existan.
- ❖ Comprender claramente las intervenciones a poner en marcha y cuestionar las que no se comprendan.
- ❖ Adaptar las actividades a cada usuario. Las creencias, los valores, edad, estado de salud y ambiente del usuario son factores que pueden influir en el éxito de una acción de enfermería.
- ❖ Ejecutar una asistencia segura.
- ❖ Proporcionar educación, apoyo y bienestar.
- ❖ Ser integral.
- ❖ Respetar la dignidad del usuario y potenciar su autoestima.
- ❖ Animar a los usuarios a participar activamente en la aplicación de las intervenciones.

4.- Supervisión de la asistencia delegada

Si la asistencia se ha delegado en otro profesional de la salud, el profesional de enfermería responsable de la asistencia global del usuario debe asegurarse de que las actividades se han ejecutado en función del plan asistencial.

5.- Registro de las actividades de enfermería

Después de llevar a cabo las actividades de enfermería, se debe realizar el registro y documentación de éstas mismas, así como de las respuestas del usuario en las notas del progreso de enfermería. Pueden registrarse al final de un turno además de en una hoja de trabajo. En algunos casos es importante registrar una intervención de enfermería inmediatamente después de hacerla, con la finalidad de actualizar las notas.

El registro de las actividades tiene varios propósitos, uno de ellos es crear un documento legal para evaluar los cuidados brindados, lo cual puede convertirse en el mejor aliado o en el peor enemigo (Alfaro- Lefevre, 2003).

2.1.6.4 Evaluación

La última fase del Proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que termina la medida en que se ha conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctas si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

Con base a lo anterior explicado, se ha separado el Proceso de Enfermería en cinco fases diferentes. En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente. Por ejemplo, si los datos de valoración preliminares determinan que el cliente presenta dificultades para respirar, es muy posible que tenga que suministrarsele oxígeno antes de completar el resto de la valoración. Sin embargo las fases del PE están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación. De forma similar, el plan de cuidados sirve de guía para a fase de ejecución y determina los criterios para la evaluación (Alfaro - LeFevre, 2005).

Relación entre la evaluación y otras fases del Proceso de Enfermería

La evaluación satisfactoria depende de la eficacia de los pasos que la preceden. Los datos de la valoración deben ser precisos y completos de manera que el profesional de enfermería pueda formular los diagnósticos de enfermería adecuados y los resultados deseados. Asimismo los resultados deben establecerse de forma concreta para evaluar las respuestas del usuario. Y finalmente sin la fase de ejecución en la que el plan se pone en acción, no habría nada que evaluar.

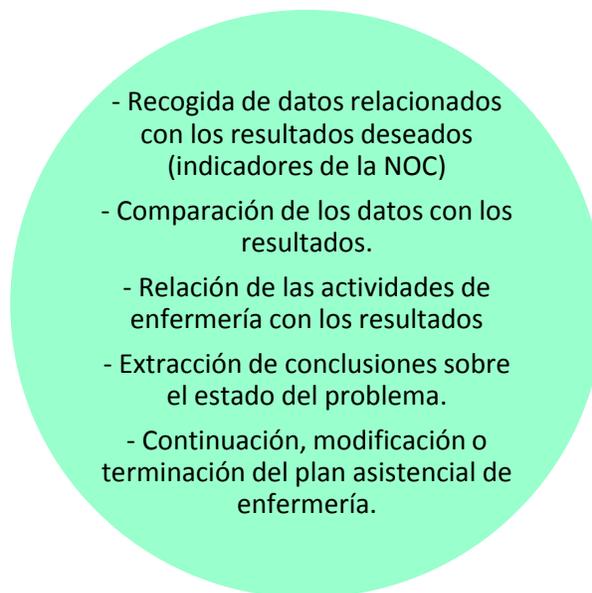
Proceso de evaluación de las respuestas del usuario

Antes de la evaluación, el profesional de enfermería identifica los resultados deseados (indicadores) que se usarán para medir la consecución de objetivos por parte del usuario (planificación). Los resultados deseados, sirven a dos propósitos:

Establecen el tipo de datos evaluadores que deben recogerse y proporcionan un modelo frente al cual juzgar los datos.

Fases de la evaluación

Fig. 6 Fases de la evaluación



Fuente: Tomado de Kozier, Erb & Snyder, 2013.

1.- Recogida de datos de datos relacionados con los resultados

Al usar resultados deseados establecidos, preciso y mensurables como guía, el profesional de enfermería recoge datos objetivos y subjetivos de manera que puedan extraerse conclusiones sobre qué resultados se han cumplido.

Algunos datos exigen interpretación. Los datos deben recogerse de forma concisa y precisa para facilitar la siguiente parte del proceso de evaluación.

2.- Comparación de los datos con los resultados

Este paso es sencillo de realizar si los dos pasos previos se realizan con eficacia, debido a que de manera inmediata se determina si se ha cumplido el resultado deseado. El usuario, familiares y enfermería realizan la comparación entre las respuestas reales y los resultados deseados. Se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- ❖ El objetivo se cumplió, es decir, la respuesta del usuario es la misma que el resultado deseado.
- ❖ El objetivo se cumplió parcialmente, es decir, se ha conseguido un resultado a corto plazo pero no el objetivo a largo plazo. O se consiguió de manera completa.
- ❖ El objetivo no se cumplió.

Se debe escribir una **declaración evaluadora**, consta de dos partes: una conclusión y los datos de apoyo. La conclusión es una declaración de que se ha cumplido el objetivo/resultado deseado, se ha cumplido parcialmente o no se ha cumplido.

3.- Relación de las actividades de enfermería con los resultados

La tercera fase del proceso de evaluación es determinar si las actividades de enfermería tenían alguna relación con los resultados. Nunca debe suponerse que una actividad de enfermería sea la causa o el único factor en la consecución total, parcial o la no consecución de un objetivo.

4.- Extracción de conclusiones sobre el estado del problema

El personal de enfermería usa el juicio sobre la consecución del objetivo para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir

o evitar los problemas del usuario. Al cumplir con los objetivos, se pueden extraer las conclusiones sobre el estado de salud del usuario:

- ❖ El problema real establecido en el diagnóstico de enfermería se ha resuelto, o el posible problema se ha evitado y ya no existen factores de riesgo. Se debe registrar que los objetivos se han cumplido y suspende la asistencia para el problema.
- ❖ El posible problema establecido en el diagnóstico de enfermería se está evitando, pero todavía hay factores de riesgo.
- ❖ El problema real aun existe, aunque algunos objetivos se han cumplido.

Cuando los objetivos se han cumplido parcialmente o cuando no se han cumplido, puede concluirse de la siguiente manera: El plan asistencial debe revisarse, ya que el problema solo se ha resuelto parcialmente. Las revisiones pueden ser necesarias en las fases previas.

5.- Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería

Después de extraer las conclusiones sobre el estado de los problemas del usuario, la enfermera (o) modifica el plan asistencial tal y como se ha indicado. Se cumplan o no los objetivos, hay que tomar varias decisiones sobre continuar, modificar o terminar la asistencia de enfermería de cada problema. Antes de hacer modificaciones, el profesional de enfermería debe determinar si el plan no fue globalmente eficaz. Esto exige una revisión de todo el plan asistencial y una crítica de cada paso del PE implicado en su desarrollo.

2.2 EL PENSAMIENTO CRÍTICO Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA

2.2.1 El pensamiento crítico

Es “el proceso intelectualmente disciplinado de conceptualizar, aplicar, analizar, sintetizar y/o evaluar, de forma activa y experta, la información obtenida o generada mediante la observación, la experiencia, la reflexión, el razonamiento o la comunicación, como una guía para las opiniones o las acciones.

En el caso de la profesión de enfermería es un componente esencial de una atención con calidad y responsabilidad. Los profesionales de enfermería que actúan con pensamiento crítico aplican el razonamiento clínico la toma de decisiones clínica para poner en práctica unos cuidados de enfermería seguros, competentes, eficaces y con experiencia con el fin de mejorar los sistemas y reducir los errores en las valoraciones clínicas. Los profesionales de enfermería deben utilizar el pensamiento crítico para resolver los problemas del paciente y tomar decisiones. El pensamiento crítico, la resolución de problemas y la toma de decisiones son procesos interrelacionados, y la creatividad potencia el resultado de los mismos.

Las decisiones que los profesionales de enfermería deben tomar sobre los cuidados de sus pacientes y sobre la distribución de los recursos limitados les obligan a pensar y a actuar en áreas en las que no existen respuestas claras ni procedimientos normalizados y en las que las fuerzas opuestas convierten la toma de decisiones en un proceso complejo. Por todo ello, los profesionales de enfermería deben adoptar actitudes que fomenten el pensamiento crítico y dominar las habilidades de pensamiento crítico, con el fin de procesar y evaluar tanto la información previamente aprendida como la información nueva (Kozier, Erb & Snyder, 2013)

Formas en las que los profesionales de enfermería utilizan las habilidades de pensamiento crítico:

Los profesionales de enfermería utilizan conocimientos procedentes de otras disciplinas y campos.

Debido a que los profesionales de enfermería hacen frente de forma holística a las respuestas de los seres humanos, deben extraer información relevante de otras disciplinas (conexiones interdisciplinarias).

Los profesionales de enfermería hacen frente a los cambios en entornos estresantes.

Debido a que trabajan en situaciones que cambian rápidamente (los tratamientos, fármacos, la tecnología cambian de forma constante, así como el estado del paciente. el pensamiento crítico permite reconocer indicios importantes, responder con rapidez y adaptar las intervenciones para hacer frente a las necesidades específicas del paciente.

Los profesionales de enfermería toman decisiones importantes.

Estas decisiones determinan el bienestar de los pacientes e incluso su supervivencia, por lo que es importante sean sensatas. El pensamiento crítico se utiliza para obtener e interpretar la información necesaria para la toma de decisiones.

La **creatividad** es uno de los componentes principales del pensamiento crítico, y su incorporación permite encontrar soluciones exclusivas para problemas específicos.

Mediante la creatividad, los profesionales de enfermería:

- ❖ Generan muchas ideas con rapidez.
- ❖ Suelen ser flexibles y naturales, son capaces de cambiar sus puntos de vista o sus líneas de razonamiento con rapidez y facilidad.
- ❖ Crean soluciones originales para los problemas.
- ❖ Tienden a ser independientes y a tener confianza en sí mismos, incluso cuando están bajo presión.
- ❖ Demuestran individualidad.

Habilidades de pensamiento crítico

Los procesos mentales complejos; análisis, la solución de problemas y la toma de decisiones, requieren utilizar habilidades cognitivas de pensamiento crítico:

Análisis crítico: supone la aplicación de un conjunto de preguntas a una situación o una idea específica para determinar la información y las ideas esenciales, y para descartar la información y las ideas redundantes.

Razonamiento inductivo: se establecen generalizaciones a partir de un conjunto de datos u observaciones.

Razonamiento deductivo: es el razonamiento que va de lo general a lo específico. En el pensamiento crítico, el profesional de enfermería debe diferenciar las afirmaciones de los hechos, las deducciones, los juicios y las opiniones.

2.2.2 Aplicación del pensamiento crítico a la práctica de la enfermería

Al aplicarse un pensamiento intencionado dentro del contexto de la enfermería, se crea una relación entre las competencias, las actitudes y las normas asociadas con el pensamiento crítico y el Proceso de Enfermería, **el proceso de resolución de problemas y el de toma de decisiones** (Alfaro – LeFevre, 2003). Los cuáles se describen a continuación:

Resolución de Problemas

Enfermería obtiene información que aclare la naturaleza del problema y aconseje posibles soluciones, las cuáles debe evaluar y elige la mejor para llevarla a cabo. No descarta otras soluciones, pero las mantiene en reserva para el caso de que la primera no resulte. La resolución de problemas para una situación contribuye al cuerpo de conocimientos del profesional que hace que pueda resolver problemas en situaciones análogas. Los métodos usados con frecuencia para resolver problemas son el **ensayo y error, la intuición y el proceso de investigación.**

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio **No experimental**; debido a que no se manipularon las variables.

❖ De acuerdo a su nivel de alcance:

Descriptivo; debido a que sólo se observó el comportamiento de las variables, específicamente, sólo se describe cual es la relación entre el conocimiento de las enfermeras (os) sobre el Proceso de Enfermería y su aplicación en el cuidado de las mujeres.

Correlacional; Porque la finalidad del estudio fue analizar la relación o grado de asociación que existe entre dos variables en un contexto en particular.

❖ Por su dimensión temporal y número de mediciones, fue de tipo:

Transversal; Debido a que la recolección de datos se realizó en un periodo de tiempo establecido.

❖ Por el tiempo en que se hizo el estudio:

Prospectivo: Porque la recolección de datos se contempló a futuro

3.2. Universo y muestra

3.2.1 Universo

El universo de estudio estuvo integrado por 324 enfermeras (os) que laboran en el Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán.

3.2.2 Muestra (Tipo y tamaño)

El muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio por conglomerados/estratos y para su cálculo se utilizó la siguiente fórmula

$$n = \frac{Z^2 pq N}{Ne^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

Z²= variable estandarizada de distribución normal.

p = probabilidad de éxito.

q = probabilidad de fracaso.

e= Error

Z=nivel de confianza=95%

e= precisión o error =5%

Para obtener la muestra, primeramente, se considero el universo del personal de enfermería de la institución de salud (324), se aplicó la formula considerando la distribución por turno.

Población	Tamaño	Muestra
Turno matutino	92	50
Turno vespertino	62	34
Nocturno 1	50	28
Nocturno 2	50	28
Mixto	13	5
Jornada acumulada	57	31
Total	324	176

$p = \text{variabilidad positiva} = 0.5$

$q = \text{variabilidad negativa} = 0.5$

La muestra se calculó con base a un 95% de confiabilidad y un 5% de error.

3.3 Criterios

3.3.1 De inclusión

- ❖ Personal de enfermería que proporciona atención directa en el Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán.
- ❖ Personal de enfermería que participó de manera voluntaria en el estudio.

3.3.2 Criterios de exclusión

- ❖ Personal de enfermería que laboraba en el Hospital de la Mujer pero que no se encontraba en el momento del estudio.
- ❖ Personal de enfermería administrativo que no realizan funciones de atención directa a la persona.

3.3.3 Criterios de eliminación

- ❖ Personal de enfermería que labora en el Hospital de la Mujer y no quiso participar en el estudio.

3.4 Instrumento de recolección de datos

Para la obtención de datos se utilizó el instrumento de Moreno Monsivais MG y López España J (2000), mismo que fue revisado por el Grupo Mexicano para el Diagnóstico de Enfermería el 4 y 5 de noviembre de 1999, denominado: “Conocimiento y Aplicación del Proceso Diagnóstico de Enfermería en la Práctica Hospitalaria y Comunitaria”. Previamente se realizó la prueba piloto, en un grupo de 20 enfermeras pertenecientes al Hospital General “Dr. Miguel Silva, de Morelia, Michoacán. Posterior a ésta aplicación del instrumento, fue necesario, sólo realizar adaptaciones de lingüística y semántica, debido a que contiene una buena consistencia interna, que garantiza la validez y confiabilidad del mismo.

El instrumento está integrado por tres dimensiones, la primera consta de 8 items correspondientes a *variables sociodemográficas*. La segunda dimensión contiene 21 items para medir *el conocimiento del Proceso de Enfermería* en escala tipo Likert con las siguientes opciones de respuesta; Totalmente de acuerdo, Parcialmente de acuerdo, No sé, Parcialmente en desacuerdo y Totalmente de desacuerdo. La tercera dimensión contiene 29 items que miden la variable *Aplicación del Proceso de Enfermería* en la práctica profesional, estas dos últimas dimensiones elaboradas con una escala de Likert con opciones de respuesta Siempre, Casi siempre, Algunas Veces, Pocas veces y Nunca. La confiabilidad del instrumento obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach de 0.831.

3.5 Análisis estadístico

El análisis estadístico se hizo a través de la estadística descriptiva presentándose tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes. Para analizar la relación el conocimiento sobre el Proceso de Enfermería y la aplicación de éste mismo en el cuidado de las mujeres, se empleó la Estadística Inferencial específicamente el coeficiente de correlación de Pearson para verificar correlación positiva o negativa de las variables. La interpretación del coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a + 1.00, el valor 0 que indica que no existe asociación lineal entre las dos variables en estudio.

El análisis de los datos se realizó con el paquete IBM SPSS Statistics Versión 19.

3.6. Ética de estudio

La base ética del presente estudio está sustentada en el Reglamento de Investigación de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, principalmente en el Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en su capítulo I, donde se establecen las características de la investigación sin riesgos en las disposiciones comunes, específicamente en el artículo 13 debido a que se aplicó el criterio del respeto a la dignidad y a la protección del personal de enfermería. También se aplicaron los principios del artículo 14 apartados I, III, VII, VIII en razón de que los fines son meramente científicos, siendo el único medio para obtener el conocimiento, se adquirió el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y ética y se solicitó la autorización de la institución donde se realizó la investigación(ver anexos 4 y 5) . Asimismo en el artículo 17 dado que el estudio es considerado sin riesgos para las personas investigadas. Se cumplió con lo establecido en el artículo 20 respecto al consentimiento informado y la participación voluntaria de las personas investigadas, de igual manera se cumplimentó con lo establecido en el artículo 21 apartados I, IV, VII y VIII los cuales señalan lo relacionado a la justificación, objetivos y beneficios establecidos en el consentimiento informado, así como la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio y la seguridad de que no se identificarían y se resguardaría la confidencialidad de la información. Se aplicó también lo establecido en el artículo 22 debido a que el consentimiento informado se formuló por escrito con sus respectivos requisitos. De igual manera se fundamentó en los principios establecidos en la Declaración de Helsinki básicamente en la garantía de beneficencia y no maleficencia.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Confiabilidad del instrumento

Respecto a los resultados del análisis de la confiabilidad del instrumento utilizado “Conocimiento y Aplicación del Proceso Diagnóstico de Enfermería en la Práctica Hospitalaria y Comunitaria” se obtuvo el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.831.

Alfa de Cronbach	N de elementos
.831	51

La **confiabilidad** es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. De acuerdo a George y Mallery (2003), se presentan los valores de los coeficientes de alfa de Cronbach:

Coeficiente alfa $>.9$ es excelente

Coeficiente alfa $>.8$ es bueno

Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable

Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable

Coeficiente alfa $>.5$ es pobre

Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Como se puede apreciar la confiabilidad del instrumento muestra una buena consistencia interna.

Es de relevancia mencionar que se acepta la hipótesis de investigación en el nivel de 0.01. Es decir, existe correlación positiva entre el conocimiento sobre el Proceso de Enfermería y su aplicación en el cuidado de las mujeres del Hospital de la Mujer, de Morelia, Mich.

4.2 Dimensión I: Variables sociodemográficas

El total de participantes fue de 176 enfermeras que laboran en el Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán. El **cuadro n° 1** muestra que el 31.8% (56) del personal de enfermería labora en el Turno nocturno, el 28.4% (50) en el matutino, el 19.3% (34) en el vespertino, el 17.6 (31) en la jornada acumulada mientras que el 2.8% (5) en el mixto. La mayoría del personal de enfermería que participó en el estudio corresponde al turno nocturno.

El **cuadro n°2** indica que el 53.4%(94) del personal de enfermería tiene menos de 5 años de antigüedad en el hospital mientras que el 46.6% (82) tiene más de 5 años. Es decir, se trata de personal joven con menos de 5 años de antigüedad.

El **cuadro n°3** muestra El 57.4% (101) del personal de enfermería encuestado refirió que cuentan con la licenciatura, el 23.3% (41) son del nivel técnico, el 13.6% (24) tienen especialidad y sólo 5.7% (10) tienen maestría. El grado máximo de estudios que predominó fue el de la licenciatura. En el **cuadro n°4** se observa que el 38.6% (68) de las enfermeras egresó hace 5 a 10 años, el 35.8 % (63) hace menos de 5 años y el 25.6% (45) hace más de 10 años. La mayoría del personal de enfermería egresó hace 5 a 10 años.

El **cuadro n°5** evidencia que el 77.8% (137) del personal de enfermería investigado mencionó que ha recibido cursos sobre el Proceso de Enfermería, mientras que el 22.2% (39) no. La mayor frecuencia del personal de enfermería ha recibido cursos sobre el PE, estos resultados demuestran lo mencionado por

Arroyo y Mompert en 1998, citado por Francisco del Rey, 2008 quién explica que es necesario capacitar a las enfermeras (os) para un ejercicio profesional que asegure una práctica científica.

En el **cuadro n°6** se observa que respecto a hace cuánto tiempo el personal de enfermería tomó el curso sobre PE, el 52.3% (92) indicó que hace 2-3 años, el 38.6% (68) hace menos de un año, el 5.1% (9) hace más de 5 años y el 4%(7) hace 4 a 5 años. El tiempo más sobresaliente de haber tomado el curso se ubicó de 2-3 años.

El **cuadro n°7** correspondiente a la institución donde recibieron el curso sobre PE, el 73.3% (129) indicó que en una institución hospitalaria mientras que el 26.7 % (47) en una institución educativa, se puede mencionar que la institución hospitalaria se ha interesado en la capacitación sobre el PE, sin embargo es importante que además de impartir cursos, la autoridades le den continuidad al personal en la aplicación de la metodología. Respecto a la duración del curso sobre PE, el **cuadro n°8** se muestra que el 59.7% (105) del personal de enfermería asistió a un curso con una duración menor de 20 horas, el 38.1% (67) de 20 a 40 horas y solo el 2.3% (4) a uno de más de 40 horas.

4.3 Dimensión II: Conocimiento sobre el Proceso de Enfermería

Respecto al conocimiento sobre si el PE es un método para llevar a cabo acciones independientes de enfermería, el 74.4% (131) de las enfermeras investigadas contestó estar totalmente de acuerdo, el 21% (37) parcialmente de acuerdo, el 2.3% (4) indicó no saber mientras que el 1.7% (3) mencionó estar totalmente en desacuerdo y solo el 0.6% (1) parcialmente en desacuerdo (**cuadro n°9**). Estos resultados coinciden con lo encontrado por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) donde el 61.4 % del personal de enfermería afirma que es un método para llevar a cabo acciones independientes de enfermería.

En relación a si la unificación de un lenguaje facilitaría la comunicación entre colegas, el **cuadro n°10** muestra que el 79.5% (140) de las investigadas contestó estar totalmente de acuerdo, el 17.6% (31) parcialmente de acuerdo, el 1.7% (3) parcialmente en desacuerdo y el 1.1% (2) totalmente en desacuerdo. Los resultados indican que la mayor parte del personal tiene conocimiento sobre estos aspectos.

El **cuadro n°11** muestra lo relacionado a si el personal de enfermería solo debe realizar actividades médico delegadas, el 63.6% (112) refirió estar totalmente en desacuerdo, el 10.2% (18) totalmente de acuerdo, asimismo el 10.2% (18) indicó parcialmente en desacuerdo, el 9.1% (16) parcialmente de acuerdo y el 6.8% (12) no sabía. De acuerdo a los hallazgos encontrados, enfermería conoce que debe realizar intervenciones independientes. Lo anterior difiere con lo encontrado por Rojas y Pastor (2007) quienes explican que la planificación se apoya en el diagnóstico médico, las rutinas y protocolos establecidos, ratificando la carencia de criterios autónomos para valorar, diagnosticar, planear, realizar y justificar las intervenciones del cuidado de enfermería.

En el **cuadro n°12** se observa que respecto al conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre si el PE consta de cinco etapas, el 89.2% (157) estuvo totalmente de acuerdo, el 9.1% (16) parcialmente de acuerdo, y 0.6% indicó no saber, estar parcialmente y este mismo porcentaje contestó totalmente en desacuerdo. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) donde el 85% de enfermeras está totalmente de acuerdo en que el PE consta de cinco etapas.

El **cuadro n°13** evidencia que el 72.2% (127) del personal de enfermería estuvo totalmente en desacuerdo, que sólo el personal médico puede hacer diagnósticos, mientras que el 11.4% (20) indicó parcialmente en desacuerdo, el 6.3% (11) totalmente de acuerdo, el 5.7% (10) parcialmente de acuerdo y sólo el 4,5% (8) contestó no saber.

El **cuadro n°14** explica lo relacionado a si los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tiene el cliente, el 53.4% (94) del personal de

enfermería refirió estar totalmente en desacuerdo, el 23.3% (41) parcialmente en desacuerdo, el 11.4% (20) parcialmente de acuerdo, el 10.2% (18) totalmente de acuerdo mientras que el 1.7% (3) indicó no saber.

En relación a si la planificación lleva mucho tiempo y no es factible, el 41.5% (73) del personal de enfermería estuvo totalmente en desacuerdo, el 24.4% (43) parcialmente en desacuerdo, el 23.3% (41) parcialmente de acuerdo, el 9.1% (16) totalmente de acuerdo, mientras que el 1.7% (3) mencionó no saber (**cuadro n°15**). Es importante mencionar que la mayoría del personal enfermería sabía que la planificación no lleva mucho tiempo elaborarla y que además es viable.

Respecto a si el personal de enfermería conoce que en la planificación se deben considerar los recursos de las mujeres y su familia, el 50.6% (89) constó totalmente de acuerdo, el 29% (51) parcialmente de acuerdo, el 13.6% (24) totalmente en desacuerdo, el 4% (7) parcialmente en desacuerdo mientras que el 2,8%(5) indicaron no saber (**cuadro n°16**). Se puede mencionar que cuentan con información sobre las personas involucradas en la planificación del cuidado de enfermería.

Correspondiente a si los objetivos que el personal de enfermería se traza en el plan, deben responder a las necesidades de éstas mismas, el **cuadro n° 17** revela que el 48.9% (86) contestó totalmente de acuerdo, el 36.9% (65) totalmente en desacuerdo, el 10.2% (18) parcialmente de acuerdo, el 2.8% (5) parcialmente en desacuerdo y el 1.1% (2) contestó no saber.

Por otra parte, en relación a si los objetivos que se trazan durante el cuidado responden a las necesidades de las mujeres, en **cuadro n° 18**, se expone que el 69.9% (123) del personal de enfermería respondió estar totalmente de acuerdo, el 22.2% (39) parcialmente de acuerdo, el 4% (7) totalmente en desacuerdo, el 2.8% (5) parcialmente en desacuerdo y el 1.1% (2) mencionó no saber.

En el **cuadro n° 19**, se muestra que respecto a si el personal de enfermería conoce que los objetivos planteados pueden ser de corto o largo plazo, el 69.3% (122) refirió estar totalmente de acuerdo, el 21% (37) parcialmente de acuerdo, 4%

(7) totalmente en desacuerdo, el 3.4% (6) no sabía y el 2.3% (4) parcialmente en desacuerdo. Se puede mencionar que las enfermeras conocen que pueden establecer objetivos para lograrlos en diferentes tiempos.

El **cuadro n° 20**, trata sobre si las intervenciones de enfermería son solo de colaboración con otros profesionales de la salud, el 50.6% (89) de las enfermeras refirió estar totalmente en desacuerdo, el 16.5% (29) totalmente de acuerdo, el 15.9% (28) parcialmente en desacuerdo, el 11.9% (21) parcialmente de acuerdo y el 5.1% (9) no saber. Estos resultados difieren con los indicios encontrados por Rojas y Pastor (2007) quienes explican que enfermería basa las intervenciones en el diagnóstico médico.

En el **cuadro n° 21**, se muestra lo respectivo a si el personal de enfermería conoce que las intervenciones independientes son actividades que no necesitan recetas o indicación de otro profesional, el 71.6% (126) contestó totalmente de acuerdo, el 21.6% (38) parcialmente de acuerdo y el 2.3% (4) indicó parcialmente en desacuerdo, totalmente en desacuerdo y este mismo porcentaje contestó no sabe. Estos resultados explican que sabían que deben realizar acciones independientes integrales basadas en las respuestas humanas de las mujeres.

Los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos encontrados por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) quienes manifiestan que el 52% del personal de enfermería estudiado estuvieron totalmente de acuerdo en la misma afirmación.

En relación a si el personal de enfermería conoce que es importante documentar las intervenciones de enfermería y agregarlas al expediente para dar legalidad al quehacer de la disciplina, el 70.5% (124) indicó estar totalmente de acuerdo, 22.2% (39) parcialmente de acuerdo, el 5.1% (9) totalmente en desacuerdo y sólo el 2.3% (4) no saber esta información (**cuadro n° 22**).

Correspondiente a si el personal de enfermería conoce que el uso de los diagnósticos de enfermería apoya la sistematización de la práctica de enfermería, el 78.4% (138) refirió estar totalmente de acuerdo, el 14.8% (26) parcialmente de

acuerdo, el 2.8% (5) no sabía, el 2.3% (4) totalmente en desacuerdo y el 1.7% (3) parcialmente en desacuerdo (**cuadro n° 23**).

Relativo a si el personal de enfermería conoce que es necesario el uso del diagnóstico de enfermería en la práctica, en el **cuadro n° 24**, se muestra que el 68.8% (121) estuvo totalmente de acuerdo, el 24.4% (43) parcialmente de acuerdo, el 2.8% (5) indicó estar parcialmente en desacuerdo y no saber y el 1.1% (2) estuvo totalmente en desacuerdo (). Lo cual coincide con lo estudiado por Pérez, Sánchez, Franco e Ibarra (2007) quienes refieren que el diagnóstico de enfermería, es de gran importancia para el desarrollo de las etapas del PE subsecuentes y garantizar un cuidado de calidad.

De acuerdo a si el personal de enfermería conoce que el diagnóstico de enfermería nos ayuda a identificar las respuestas humanas de las mujeres a los problemas de salud reales y de riesgo, en el **cuadro n° 25**, se muestra que el 67.6% (119) contestó estar totalmente de acuerdo, el 21,6% (38) parcialmente de acuerdo, el 4% (7) indica las respuestas parcialmente y totalmente en desacuerdo, mientras que el 2.8% (5) no sabía.

En el **cuadro n° 26**, se muestra que en relación a si el diagnóstico de enfermería facilitaría la profesionalización de la disciplina de enfermería, el 60.8% (107) del personal de enfermería indicó estar totalmente de acuerdo, el 29% (51) parcialmente de acuerdo, el 4.5% (8) parcialmente en desacuerdo, el 2.3% (4) totalmente en desacuerdo, mientras que el 3.4% (6) refirió no saber.

Correspondiente a que si el diagnóstico de enfermería facilita delimitar la práctica de enfermería, en el **cuadro n° 27**, se evidencia que el 51.7% (91) del personal de enfermería respondió que está totalmente de acuerdo, el 30.1 (53) parcialmente de acuerdo, el 8.5% (15) totalmente en desacuerdo, el 5.1% (9) parcialmente en desacuerdo y el 4.5% (8) indicó no saber.

En el **cuadro n° 28**, se presenta lo relacionado a si el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico emitido por el personal de enfermería y es la conclusión de la valoración, el 46% (81) de las enfermeras refirió estar totalmente

de acuerdo, el 25.6% (45) parcialmente de acuerdo, el 15.9% (28) totalmente en desacuerdo, el 9.1% (16) parcialmente en desacuerdo y el 3.4% (6) contestó no saber.

El **cuadro n° 29**, muestra lo correspondiente si el personal de enfermería conocía que la taxonomía del diagnóstico de enfermería fue elaborada por la NANDA, el 65.3% (115) respondió totalmente de acuerdo, el 18.2% (32) parcialmente de acuerdo, el 10.8% (19) totalmente en desacuerdo y con el 2.8% (5) mencionó no saber y este mismo porcentaje contestó parcialmente en desacuerdo.

4.4 Dimensión III: Aplicación del Proceso de Enfermería

En el **cuadro n° 30**, se explica que el 68.2% (120) de enfermeras investigadas indicó que siempre realiza la valoración de las mujeres en forma individualizada, el 23.9% (42) casi siempre, el 3.4% (6) pocas veces, el 2.8% (5) algunas veces y el 1.7% (3) nunca. En relación a si el personal de enfermería durante su jornada de trabajo valora las necesidades de las mujeres, el 71% (125) indicó que siempre, el 23.9% casi siempre, el 2.8% (5) pocas veces y el 2.3% (4) nunca (**cuadro n° 31**).

El **cuadro n° 32**, muestra que el personal de enfermería averigua las necesidades, los problemas y preocupaciones de las mujeres, el 63.6% (112) indicó que siempre, el 31.3% (55) casi siempre, el 2.3% (4) refirió las respuestas algunas veces y pocas veces y el .6% (1) nunca. Sobre si el personal de enfermería recopila información de las mujeres a través de entrevistas, examen físico, de laboratorio y por medio de la observación, se encontró que el 55.1% (97) de las enfermeras lo realiza siempre, el 23.3% (41) casi siempre, el 11.9% (21) algunas veces, el 5.7% (10) pocas veces, mientras que el 4% (7) nunca (**cuadro n° 33**).

En el **cuadro n° 34**, muestra si el personal de enfermería registra de los datos obtenidos en la valoración, el 63.6% (112) contestó que siempre, el 28.4% (50) casi siempre, el 6.8% (12) algunas veces y el .6% (1) indicó las respuestas pocas veces

y nunca. Con base al planteamiento sobre si el personal de enfermería establece un nivel de confianza entre el paciente, sus familiares, el 66.5% (117) refirió que siempre, el 26.1% (46) casi siempre, el 5.7% (10) algunas veces y el 1.7% (3) pocas veces (**cuadro n° 35**).

En el **cuadro n° 36** se muestra lo referente a que si el personal de enfermería identifica los problemas reales o potenciales en las mujeres, el 51.1% indicó que siempre, el 34.7% (61) casi siempre, el 9.1% (16) algunas veces, el 3.4% (6) nunca y el 1.7% (3) pocas veces. Estos resultados coinciden con los indicios encontrados por Rojas y Pastor (2007) quienes explican que la fase que más ejecutan las enfermeras (os) es la valoración.

En el **cuadro n° 37**, se presenta lo relativo a que si el personal de enfermería realiza actividades independientes durante su jornada de trabajo, el 59.1% (104) indicaron que siempre, el 23.9% (42) casi siempre, el 9.1% (16) algunas veces, el 4.5% (8) pocas veces mientras que el 3.4% (6) nunca.

En el **cuadro n° 38**, se establece si el personal investigado elabora diagnósticos de enfermería en la práctica profesional, el 52.8% (93) respondió que siempre, el 32.4% (57) casi siempre, el 8% (14) solo algunas veces, el 5.7% (10) pocas veces y el 1.1% (2) nunca. Estos resultados coincide con lo fundamentado por Alfaro-Lefevre (2003), quién menciona que es importante que los problemas que sean de la competencia de los profesionales de enfermería y basados en las respuestas humanas sean resueltos eficientemente, por éstos mismos.

En el **cuadro n° 39**, se presenta lo relacionado a si el personal de enfermería identifica conductas de salud destinadas a mantener, reducir, eliminar o prevenir alteraciones en el estado de la salud de las mujeres, el 53.4% (94) refirió que siempre, el 30.7% (54) casi siempre, el 10.2% (18) algunas veces, el 4.5% (8) pocas veces y el 1.1% (2) nunca.

Con base al **cuadro n°40** en lo referente a que si después de la valoración que realiza el personal de enfermería emite un juicio que permita establecer diagnósticos de enfermería, el 55.1% (97) de las enfermeras indicó que siempre, el

26.1% (46) casi siempre, el 10.2% (18) algunas veces, el 4.5% (8) nunca y el 4% (7) pocas veces. Esto puede deberse a que en esta institución hospitalaria, se exige la elaboración de los diagnósticos de enfermería.

En el **cuadro n° 41** se muestra lo relativo a así el personal de enfermería utiliza la bibliografía de la NANDA para consultar los diagnósticos de enfermería ya establecidos, el 49.4% (87) indicaron que siempre, el 24.4% (43) casi siempre, el 9.7% (17) algunas veces, el 9.1% (16) nunca y el 7.4% (13) sólo pocas veces. Lo cual concuerda con lo sustentado por Kozier, Erb, Berman & Snyder (2005) quienes mencionan que enfermería debe consultar y estar familiarizado con las definiciones de los términos empleados, así como con los tipos de diagnósticos de enfermería.

En el **cuadro n° 42** se presenta lo relacionado a si el personal de enfermería al identifica problemas planean estrategias de educación que permitan reducirlos, eliminarlos o prevenirlos, el 58.5% (103) indicó que siempre, el 29% (51) casi siempre, el 7.4% (13) algunas veces, el 2.8% (5) pocas veces y el 2.3% (4) nunca. Lo anterior coincide con la obra de Kozier, Erb, Berman & Snyder (2005), quienes señalan que el PE es cíclico, sus etapas siguen una secuencia lógica, pero en un momento dado puede participar más de un componente.

De acuerdo al **cuadro n° 43** que muestra si el personal de enfermería planifica cuidados de enfermería según las necesidades de las mujeres, el 62.5% (110) contestó que siempre, el 22.7% (40) casi siempre, el 10.8% (19) algunas veces, el 2.3% (4) nunca, mientras que el 1.7% (3) pocas veces. Esta información contradice a la encontrada por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009), que solo el 43.3% del personal de enfermería siempre proporcionan cuidados individualizados planteados previamente según las necesidades de los usuarios.

El **cuadro n° 44** los resultados sobre si el personal de enfermería permite a las mujeres identificar sus propias necesidades, determinar metas y colaborar en su atención, el 57.4% (101) señaló que siempre, el 22.2% (39) casi siempre, el 13.1% (23) algunas veces, 4.5% (8) pocas veces y solo el 2.8% (5) contestó que nunca.

Estos resultados coinciden con Baily, Lloyd, Claire & Neeson (2000) sustentan que la actuación de enfermería debe ser constante, con todas las personas implicadas y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del usuario no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

En el **cuadro n° 45**, se presenta lo respectivo a si los objetivos que establece el personal de enfermería durante la atención que proporcionan se basa en las capacidades y limitaciones de las mujeres, el 46 % (81) refirió que siempre, el 25% (44) casi siempre, el 23.3% (41) algunas veces, el 3.4% (6) pocas veces y el 2.3% (4) nunca.

En lo relacionado con el **cuadro n° 46**, sobre si el personal de enfermería se coordina con el paciente y familia planean los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas, el 32.4% (57) indicó que siempre, el 31.3% (55) casi siempre, el 19.3% (34) algunas veces, el 10.2% (18) solo pocas veces y el 6.8% (12) nunca. Estos datos coinciden con los encontrados por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) quienes indican que también sólo el 43.3% del personal de enfermería siempre plantea los objetivos en coordinación con el paciente y su familia.

Mientras que la literatura sostiene que en la formulación del plan de cuidados se debe contemplar, siempre que sea posible y en función de su estado de salud física y mental, la colaboración de los usuarios (Baily, Lloyd, Claire & Neeson, 2000).

Con respecto a si el personal de enfermería permite la participación de las mujeres y familiares en los cuidados que les proporcionan, el 45.5% (80) señaló que siempre, el 27,3% (48) casi siempre, el 11.4% (20) algunas veces, el 10.8% (19) pocas veces y el 5.1% (9) nunca (**cuadro n° 47**). Lo anterior coincide con Kozier, Erb & Snyder (2013) quienes fundamentan que aunque la planificación es responsabilidad del personal de enfermería, la ayuda del usuario, de la familia y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz, además de que se le anima (usuario) a participar activamente hasta donde sea posible.

El **cuadro n° 48**, establece si el personal de enfermería realiza el registro de los cuidados proporcionados en la hoja de enfermería, el 55.1% (97) mencionó que siempre, el 33% (58) casi siempre, el 9.1% (16) algunas veces y el 2.8% (5) pocas veces.

Relativo a si la atención que brinda el personal de enfermería a las mujeres está orientada a conseguir metas y un propósito determinado, el **cuadro n° 49** muestra que el 60.8% (107) señaló que siempre, el 31.8% (56) casi siempre, el 6.8% (12) algunas veces y solo el .6% (1) nunca. Respecto a si el personal de enfermería se anticipa a resolver las necesidades de las mujeres durante el otorgamiento del cuidado, el **cuadro ° 50** evidencia que el 52.8% (93) mostró que siempre, el 32.4% (57) casi siempre, el 11.4% (20) algunas veces y el 3.4% (6) pocas veces.

El **cuadro n° 51** muestra que 52.3% (92) del personal de enfermería exteriorizó que siempre se coordina con el resto del personal para proporcionar la atención a las mujeres, el 36.4% (64) casi siempre, el 7.4% (13) algunas veces, el 2.8% (5) pocas veces y el 1.1% (2) nunca. Es importante mencionar que de acuerdo Alfaro - Lefevre (2003), enfermería es integrante de un equipo multidisciplinar enfocado a resolver problemas de salud.

El **cuadro n° 52**, trata sobre si el personal de enfermería es responsable de la atención que brinda a las mujeres que se le asignan para su cuidado, el 64.2% (113) señaló que siempre, el 28.4% (50) casi siempre, el 6.3% (11) algunas veces y el 1.1% (2) pocas veces. Esto puede deberse a que el sistema de cuidado en esta institución es por la asignación de usuarias por cada enfermera.

En relación a la verificación de los resultados obtenidos que el personal de enfermería debe realizar después de brindar la atención a las mujeres, como se puede observar en el **cuadro n° 53**, el 46.6% (82) contestó que siempre verifica, el 33.5 (59) casi siempre, el 11.9% (21) algunas veces y solo el 8% (14) pocas veces.

El **cuadro n° 54** muestra lo respectivo a si la cantidad de cuidados que proporciona el personal de enfermería a las mujeres son suficientes y de calidad, el

42.6% (75) del personal de enfermería contestó que casi siempre, el 38.1%(67) consideró que siempre, el 9.7% (17) pocas veces, el 9.1% (16) algunas veces, mientras que el .6% (1) nunca. Lo anterior puede confirmar lo mencionado por Rojas y Pastor (2007); en la actualidad el ejercicio de enfermería está orientado a la realización de intervenciones derivadas de la prescripción médica y de las normas institucionales que van diluyendo el cuidado holístico como eje fundamental de la práctica, también puede deberse a factores personales e institucionales.

De la misma manera el **cuadro n° 55**, muestra que el 47.7% (84) consideró que siempre verifican al final del turno el logro de los objetivos establecidos en el cuidado de las mujeres, mientras que el 43.8% (77) casi siempre, e3el 4.5% (8) algunas veces, el 3.4% (6) pocas veces y el .6% (1) nunca. Asimismo Ledesma y cols afirman que sólo 48.4% del personal de enfermería realiza la verificación los resultados obtenidos y solo el 38.7% afirma del personal que siempre realiza medidas correctivas cuando no se logran los objetivos con el cuidado, lo correcto es que todo el personal debe verificar de manera continua y al final del turno los logros alcanzados.

Para lo cual es importante mencionar que Alfaro- LeFevre (2003) sustenta que para mejorar la calidad es importante realizar una evaluación crítica, deliberada y detallada para determinar la eficiencia del plan de cuidados individual siendo la clave en la excelencia en la provisión de cuidados, como se puede observar en esta población de estudio.

El **cuadro n° 56** trata sobre si el personal de enfermería realiza por el personal de enfermería satisfacen las necesidades de sus mujeres, el 54.5% consideró que casi siempre, el 33.5% (59) siempre, el 10.2% (18) indicó que algunas veces, el 1.1% (2) pocas veces y el .6% (1) nunca.

Estos resultados coinciden con los hallazgos encontrados en la investigación realizada por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) quien explica que sólo el 46.6% del personal de enfermería casi siempre logra satisfacer las necesidades de los usuarios. Este estudio indica que en parte la etapa de ejecución

no se aplica correctamente, y/o la presencia de reflejan los déficits de la aplicación de esta metodología.

El **cuadro n° 57** respecto a si los cuidados que realiza el personal de enfermería satisfacen las expectativas de sus actividades, el 54% (95) del personal de enfermería consideró que siempre, el 37.5% (66) casi siempre, el 6.3% (11) en algunas veces y el 2.3% (4) solo pocas veces, lo ideal es que todo el personal de enfermería se cuestione sobre el cumplimiento de sus perspectivas como cuidadoras (es). Esto es fundamentado por LeMone y Burke (2009) fundamentan que evaluación permite a enfermería determinar si un plan fue eficaz y si debe continuarlo, revisarlo o terminarlo, si debe modificar los diagnósticos, resultados o plan de intervenciones.

Correspondiente a si la atención proporcionada por el personal de enfermería no logra los objetivos, consideran las posibles causas y realizan medidas correctivas al respecto el 43.8% (77) indicó que casi siempre, el 40.9% (72) siempre, el 9.7% (17) algunas veces y el 5.7% (10) solo lo considera pocas veces (**cuadro n° 58**). Estos resultados coinciden con señalado por Viniegra (2000); en la mayoría de los casos las experiencias de aprendizaje disocian la teoría de la práctica y particularmente el desempeño en el área asistencial tiende a ser rutinario, razón por la cual la competencia clínica, aptitud clínica en este caso, suele ser bajo.

4.5 Correlaciones

1.- Respecto a la pregunta n° 12 referente así las enfermeras conocían que el Proceso de Enfermería consta de 5 etapas, se encontró correlación positiva con un valor de $r=.336^{**}$ y $P=0.01$, con la pregunta n° 9 sobre si conocían que el PE es un método para llevar a cabo acciones independientes de enfermería. Es decir, a mayor conocimiento de las etapas del proceso de enfermería, mayores acciones independientes se realizan.

2.- En relación a la pregunta n° 14 sobre si conocían que los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tiene el cliente se encontró correlación positiva con un valor de $r=.410^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 13 la cual se refiere a

si solamente el personal médico puede hacer diagnósticos. Es decir, a mayor conocimiento sobre la etapa de diagnóstico (no son solo síntomas físicos y que no solamente el personal médico puede diagnosticar) más posibilidades tienen de emitir juicios clínicos. Lo anterior difiere a lo encontrado por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) con relación al diagnóstico de enfermería en donde solo el 45.8% está totalmente de acuerdo en que son solo los síntomas físicos que tiene el cliente.

3.- Con respecto a la pregunta n° 13 en la cual se plantea que si solamente el personal médico puede hacer diagnósticos, encontrándose correlación positiva con un valor de $r=.493^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 15 en la cual se indagó en el personal de enfermería si la planificación lleva mucho tiempo y no es factible, quienes manifestaron en su mayoría “parcial y totalmente en desacuerdo”, es otras palabras a mayor conocimiento de las enfermeras sobre la realización de diagnósticos por parte del personal de enfermería, más posibilidad de llevar a cabo la etapa planificación.

4.- En relación a la pregunta n° 14 en la cual se plantea a las enfermeras (os) que si los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tienen las mujeres se encontró correlación positiva con un valor de $r=.453^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 15 la cual trata sobre si la planificación lleva mucho tiempo y no es factible, es decir a mayor conocimientos sobre el diagnóstico de enfermería, mayor posibilidad de aplicar la etapa de planificación. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) quienes encontraron el personal de enfermería estudiado está en desacuerdo que la planificación lleva mucho tiempo y no es factible.

6.- Relativo a la pregunta n° 12 la cual examinó si el personal de enfermería conocían que el Proceso de Enfermería consta de 5 etapas, se encontró correlación positiva con un valor de $r=.332^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 19 la cual indagó sobre si conocían que los objetivos pueden ser de corto o largo plazo, lo cual explica que a mayor conocimientos sobre las etapas, mayor posibilidad de establecer

objetivos. No se encontraron estudios que se relacionen con estos hallazgos, por lo cual se estaría aportando esta nueva información.

7.- Referente a la pregunta n°13 en la cual se indagó si solamente el personal médico puede hacer diagnósticos se encontró una correlación positiva con un valor de $r=.444^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 20 respecto a si las intervenciones de enfermería son solamente de colaboración con otros profesionales de la salud. Es decir a mayor conocimiento sobre la realización de diagnósticos de enfermería, mayor posibilidad de planear intervenciones independientes, no derivadas del diagnóstico médico sino de su propio juicio clínico. Sin embargo Rojas y Pastor (2007), expresan que en la actualidad el ejercicio de la enfermería está orientado a la realización de intervenciones derivadas de la prescripción médica y de las normas institucionales que van diluyendo el cuidado como eje fundamental de la práctica.

8.- Referente a la pregunta n° 14 en la cual se investigó si los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tienen las mujeres se encontró correlación positiva con un valor de $r=.357^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 20, la cual examinó si las intervenciones de enfermería son solamente de colaboración con otros profesionales de la salud, lo cual explica que a mayor conocimiento sobre la etapa de diagnóstico, mayor realización de intervenciones independientes pueden realizar las enfermeras. En la búsqueda realizada, no se encontraron estudios que se relacionen apoyen o que contradigan estos hallazgos, por lo cual puede considerarse como un nuevo conocimiento para la fundamentación de un cuidado integral.

9.- Con base a la pregunta n° 20 la cual indagó sobre si las intervenciones de enfermería son solamente de colaboración con otros profesionales de la salud se encontró correlación positiva con un valor de $r=.441^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 15 la cual se refiere a si la planificación lleva mucho tiempo y no es factible. Es

decir a mayor conocimiento sobre la realización de actividades independientes, mayor posibilidad de aplicar la etapa de planificación.

10.- En relación a la pregunta n° 12 la cual plantea si las enfermeras conocían que el Proceso de Enfermería consta de 5 etapas, se encontró correlación positiva con un valor de $r=.334^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 22 la cual plantea si el personal de enfermería debe documentar las intervenciones y agregarlas al expediente para dar legalidad a su quehacer, es decir, a mayor conocimiento sobre las etapas de la metodología mayor aplicación de éstas mismas, en este caso de la planificación y ejecución.

Estos hallazgos concuerdan con los encontrados por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) encontraron que 82.8% del personal de enfermería realiza la misma afirmación.

11.- Con base a la pregunta n° 23, perteneciente a si el uso de los diagnósticos de enfermería apoya la sistematización de la práctica de enfermería, se encontró correlación positiva con un valor de $(r=.328^{**})$ ($P=0.01$) con la pregunta n° 19, que explica si los objetivos pueden ser de corto o largo plazo. Es decir a mayor conocimiento sobre las ventajas de realizar diagnósticos de enfermería, mayor establecimiento de objetivos.

Estos resultados apoyan lo señalado por Rojas (2009), quien explica que la finalidad de promover el desarrollo disciplinar en enfermería, es el desarrollo de estrategias y metodologías propias de la profesión.

12.- De acuerdo a la pregunta n° 40 que cuestionó que si después de la valoración las enfermeras emiten un juicio que permita establecer diagnósticos de enfermería, se encontró que el 55.1% manifiesta la respuesta “siempre” observándose correlación positiva con un valor $r=.309^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 42 que plantea si el personal de enfermería al identificar problemas planean estrategias de educación que permitan reducirlos, eliminarlos o prevenirlos. Es decir, a mayor realización de diagnósticos, mayor aplicación de la etapa de planificación.

Cabe mencionar que en la institución estudiada se exige la realización de los diagnósticos de enfermería lo cual puede influir en la aplicación de la etapa de planificación. Sin embargo estos hallazgos difieren con los encontrados por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) que muestran que sólo el 27.3 % emiten un diagnóstico y 36.2% afirma que “siempre” al identificar problemas planean estrategias de educación.

13.- En relación a la pregunta n° 33 la cual indagó sobre si las enfermeras recopilan información de las mujeres a través de entrevistas, examen físico, laboratorio y observación, el 55.1% indicó que “siempre” mostrando correlación positiva con un valor de $r=.350^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n°45 la cual trata sobre si los objetivos que se establece el personal de enfermería durante su atención se basa en las capacidades y limitaciones de las mujeres. En otras palabras, a mayor uso de métodos de los métodos de valoración, mayor aplicación de la etapa de planificación.

Los resultados encontrados se consideran conocimiento nuevo para la disciplina debido a que no existen estudios que evidencien que las enfermeras (os) realicen la valoración de los usuarios empleando los métodos indicados.

14.- En relación a la pregunta n° 43 referente a si las enfermeras planifican los cuidados de enfermería según las necesidades de las mujeres se encontró correlación positiva con un valor de $r=.309^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 45 la cual menciona si los objetivos que el personal de enfermería establece durante su atención se basa en las capacidades y limitaciones de las mujeres. Esto quiere decir, que a mayor planificación de los cuidados con base a las necesidades de la persona, mayor planteamiento de los objetivos basados en las capacidades y limitaciones de las investigadas.

Estos hallazgos coinciden con los hallazgos encontrados por Ledesma, Oros, Ortiz, Duarte, González e Ibarra (2009) en donde el 42.4 % del personal de enfermería

investigado indicó que “siempre” planifican los cuidados según las necesidades de la persona mientras que el 40.6 % “siempre” y el 31.1% “casi siempre” establecen los objetivos basados en capacidades y limitaciones de las mujeres.

15.- Pertenece a la pregunta n° 20 que trata sobre si las intervenciones de enfermería son solamente de colaboración con otros profesionales de la salud encontrándose correlación positiva con un valor de $r=.366^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 46, que dice si las enfermeras se coordinan con el paciente y la familia para planear los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas. Esto explica que a mayor conocimiento sobre la función y participación de enfermería, mayor aplicación de la etapa de planificación.

16.- Se encontró correlación positiva con un valor de $r=.341^{**}$ y $P=0.01$ entre la pregunta n° 45 y la 46, que demuestra que, a mayor instauración de los objetivos basados en las capacidades y limitaciones de las mujeres, mayor coordinación existe entre éstas y la familia durante la determinación de los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas.

17.- Respecto a la pregunta n° 46 que se refiere si en coordinación con las mujeres y la familia el personal de enfermería planea los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas se encontró correlación positiva con un valor de $r=.377^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n°47 que se refiere a si el personal de enfermería permite la participación de las mujeres y sus familiares en los cuidados que se le proporcionan. Es decir, a mayor coordinación al planear los objetivos, mayor aplicación de la etapa de la etapa de ejecución.

18.- Respecto a la pregunta n° 20 sobre si el personal de enfermería conoce que las intervenciones de enfermería no son solamente de colaboración con otros profesionales de la salud, se encontró correlación positiva $r=.303^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 54 que trata sobre si los cuidados que se proporcionan a las mujeres son suficientes y de calidad. Esto quiere decir que, a mayor conocimiento sobre los

tipos de intervenciones, mayor implementación de cuidados eficientes. No existen estudios relacionados con estos resultados.

19.- Al investigar sobre si el personal de enfermería se coordina con el paciente y la familia para planear los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas (n° 46), se encontró correlación positiva $r=.375^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 54 que trata sobre si la cantidad de cuidados que se proporcionan a las mujeres son suficientes y de calidad, los resultados muestran que al aplicar la etapa de evaluación evidencian que no se proporciona una atención de enfermería de calidad, debido a la falta de coordinación del personal de enfermería, usuario y familia. No existen estudios relacionados que confirmen la calidad de los cuidados de enfermería en relación al conocimiento sobre el PE y su la aplicación en el cuidado, por lo tanto se considera un conocimiento nuevo.

20.- Correspondiente a la pregunta n° 46 que plantea al personal de enfermería si en coordinación con la usuaria y la familia enfermería planea los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas afirmaron la respuesta “casi siempre” misma respuesta predominante con la pregunta n° 56 sobre si los cuidados que realiza satisfacen las necesidades de las mujeres. Los resultados muestran una correlación positiva con un valor de $r=.363^{**}$ y $P=0.01$, es decir a mayor coordinación de las personas involucradas en el cuidado, mayor satisfacción en las necesidades de las mujeres. Al aplicar la etapa de planificación es importante que el personal de enfermería considere todos los actores involucrados para garantizar un plan de cuidados holístico, eficiente y eficaz lo cual conlleve a obtener resultados satisfactorios.

21.- En relación a los resultados encontrados en el planteamiento n° 47 el cual plantea si el personal de enfermería permite la participación de las mujeres y sus familiares en los cuidados que se le proporcionan se descubrió correlación positiva con un valor de $r=.387^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 56 sobre si los cuidados que realiza el personal de enfermería satisfacen las necesidades de sus mujeres. En otras palabras, a mayor cumplimiento de la etapa de ejecución, específicamente

permitir la participación de las personas involucradas en los cuidados, mayor aplicación de la etapa de evaluación.

22.- Respecto al planteamiento n° 54 el cual se refiere si la cantidad de cuidados que enfermería proporciona a las mujeres son suficientes, se encontró correlación positiva con un valor de $r=.410^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 56 sobre si los cuidados que realiza el personal de enfermería satisfacen las necesidades de las mujeres. Esto explica que, a mayor otorgamiento de cuidados suficientes, mayor satisfacción de las necesidades se logrará.

23.- Con base a la pregunta n° 47 que investigó si la enfermera (o) permite la participación de las mujeres y sus familiares en los cuidados que se le proporcionan, se encontró correlación positiva con un valor de $r=.308^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 58 referente a si cuando la atención proporcionada no logra los objetivos, el personal de enfermería considera las posibles causas y realiza medidas correctivas. Es decir, a mayor participación de las personas involucradas en el cuidado, mayor consideración de las medidas correctivas al no lograr los objetivos.

24.- Perteneciente a la pregunta n° 55 que indagó sobre si el personal de enfermería verifica al final del turno el logro de objetivos establecidos se encontró correlación positiva con un valor de $r=.324^{**}$ y $P=0.01$ con la pregunta n° 58 sobre si cuando la atención proporcionada no logra los objetivos, consideran las posibles causas y realizan medidas correctivas. Es decir, a mayor verificación del logro de los objetivos, mayor aplicación de la etapa de evaluación.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y/O SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que existe correlación positiva entre el conocimiento y la aplicación del Proceso de Enfermería en el Hospital de la Mujer, de Morelia, Michoacán. Se encontró que las enfermeras tienen conocimientos sobre que las etapas del Proceso de Enfermería son cinco, los cuales se asocian positivamente con un valor de $r=.336^{**}$ y $P=0.01$ en la implementación de algunas de las etapas de esta metodología, principalmente la ejecución al realizar intervenciones independientes).

Con base a los conocimientos existentes acerca de la valoración y el uso de los métodos para valorar a las mujeres, se asocian positivamente con un valor de

$r=.350^{**}$ y $P=0.01$ en la mayor aplicación de la etapa de planificación, específicamente al establecer objetivos con base a las capacidades y limitaciones de las mujeres.

Las enfermeras conocen que los diagnósticos de enfermería no son solo los síntomas físicos de las mujeres, sino que corresponden a las respuestas humanas, correlacionándose con un valor de $r=.453^{**}$ y $P=0.01$ con el conocimiento sobre la etapa de planificación, concretamente que ésta no lleva mucho tiempo y es factible su realización, así como saben que las intervenciones no son solo de colaboración con el personal de la salud con un valor de $r=.357^{**}$ y $P=0.01$.

Nuevamente, el conocer que las intervenciones de enfermería son solamente de colaboración con otros profesionales de la salud se encontró correlación positiva con un valor de $r=.441^{**}$ y $P=0.01$ con la etapa de planificación, detallando que ésta no lleva mucho tiempo y es factible en el cuidados de las mujeres. Del mismo modo, al saber que pueden realizar intervenciones independientes, y no solo de colaboración, mayor implementación de cuidados suficientes y de calidad ($r=.303^{**}$ y $P=0.01$).

Asimismo, el personal de enfermería sabía que los diagnósticos no son sólo síntomas físicos de las mujeres, asociándose positivamente con un valor de $r=.410^{**}$ y $P=0.01$ con el conocimiento que también pueden diagnosticar y no solo el personal médico. Igualmente, al conocer que no sólo los médicos pueden diagnosticar, se puede mencionar que se da pauta, para que las enfermeras conozcan que la planeación no lleva mucho tiempo realizarla y que además es factible en el cuidado de las mujeres ($r=.493^{**}$ y $P=0.01$). Y con un valor de $r=.444^{**}$ y $P=0.01$, se determinó que también las enfermeras al conocer que pueden diagnosticar, conocen que las intervenciones que realizan no son solo de colaboración con otros profesionales, sino que pueden realizar acciones independientes.

De la misma forma, respecto al diagnóstico, se encontró que a mayor conocimiento sobre las ventajas que tiene el personal de enfermería al elaborar diagnósticos, mayor determinación de objetivos durante el cuidado ($r=.328^{**}$) ($P=0.01$).

También es de importancia mencionar que se descubrió correlación positiva con un valor de $r=.309^{**}$ y $P=0.01$, que indica que posterior a la valoración se emiten diagnósticos de enfermería y a su vez al identificar problemas se planean estrategias de educación que permitan reducirlos, eliminarlos o prevenirlos. Por otra al conocer que puede hacer intervenciones independientes, se coordinan mayormente con las mujeres y su familia al planear objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas, encontrándose una correlación positiva con un valor de $r=.366^{**}$ y $P=0.01$.

Al contar conocimientos sobre que el PE consta de cinco etapas, éstos se asocian positivamente con un valor de $r=.332^{**}$ y $P=0.01$ con el conocimiento sobre los tipos de objetivos (corto y largo plazo), asimismo con un valor de $r=.334^{**}$ y $P=0.01$ con la documentación de las intervenciones y su integración en el expediente (ejecución).

El personal de enfermería manifestó que la planificación de los cuidados se realiza según las necesidades de las mujeres y por consecuente la atención se basa en las capacidades y limitaciones de éstas mismas ($r=.309^{**}$ y $P=0.01$). De igual manera, se favorece la coordinación entre las enfermeras, mujeres y la familia para corregir, minimizar o prevenir problemas y por consecuente mayor mayor participación de las mujeres y familiares, sustentado por una asociación positiva con un valor de $r=.377^{**}$ y $P=0.01$. A su vez ésta coordinación, se asocia positivamente con un valor $r=.375^{**}$ y $P=0.01$ con los cuidados de suficientes y de calidad y asimismo mayor satisfacción de las necesidades de las mujeres ($r=.363^{**}$ y $P=0.01$).

Es decir mayor participación de las mujeres y familiares en los cuidados, mayor satisfacción de las necesidades, debido a que el plan se establece con base a las necesidades de la persona ($r=.387^{**}$ y $P=0.01$). Y esto, a su vez, conlleva a un cuidado suficiente y de calidad ($r=.410^{**}$ y $P=0.01$).

Es importante señalar que el personal de enfermería cuenta con conocimientos sobre las etapas del PE. Lo cual permite una asociación positiva de la aplicación mayor de las etapas de valoración, diagnóstico, planificación y ejecución, de acuerdo a las correlaciones positivas encontradas se puede concluir que la etapa que no es aplicada frecuentemente es la evaluación. Se encontró la necesidad de implementar programas de capacitación y actualización centrados en el desarrollo de aptitudes clínicas y del pensamiento crítico en la aplicación de la metodología de la enfermería para favorecer un desarrollo disciplinar que garantice el cuidado como eje fundamental de la práctica.

SUGERENCIAS

De acuerdo los resultados encontrados se recomienda lo siguiente:

Al Hospital de la Mujer:

- Que las autoridades de la institución hospitalaria implementen estrategias para el desarrollo de programas de capacitación y actualización continua centrados en el desarrollo de aptitudes clínicas y del pensamiento crítico en la aplicación de la metodología de la enfermería para favorecer un desarrollo disciplinar de enfermería que garantice el cuidado de las mujeres como eje fundamental de la práctica.
- Que las autoridades de la institución hospitalaria implemente vínculos con instituciones educativas formadoras de recursos humanos en enfermería para interactuar en la aplicación de estrategias educativas sobre el Proceso de Enfermería acorde a las necesidades de las enfermeras (os) para fortalecer el uso y aplicación correcto del Proceso de Enfermería en el cuidado.

SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS

De acuerdo a la experiencia de la investigadora durante el estudio se emiten las siguientes sugerencias, a fin de contribuir en el fortalecimiento de la implementación, manejo y utilización de la metodología de enfermería.

- Que los investigadores de enfermería realicen estudios enfocados en una Intervención educativa sobre el PE en instituciones de Salud de Primer y Segundo Nivel de atención.
- Realizar estudios para Identificar las necesidades metodológicas para la utilización y manejo correcto del Proceso de Enfermería en instituciones de salud.
- Llevar a cabo investigaciones para Identificar los factores que influyen en la aplicación del Proceso en instituciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfaro - LeFevre R. (2003). *Aplicación del Proceso Enfermero*. Fomentar el Cuidado en Colaboración (5ª ed). Barcelona España: Elsevier Masson.
2. Baily, E., Lloyd, M., Claire, Lynn & Neeson, J. (2000). *Manual de la Enfermería*. Barcelona, España: Oceano Mosby.
3. Ball, JW., Blindler, RC. (2010). *Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil* (4ª ed). Madrid, España: Pearson.
4. Bulecheck, G., Butcher, H & McCloskey, J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (5ª Ed). Barcelona: Elsevier.
5. Daza, R., Torres, AM. y Prieto, GI. (2005). *Cuidado y práctica de enfermería*. *Index de Enfermería*, 14(50): 57-60. Extraído el 20 de octubre de 2011 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004
6. Doenges, M., Moorhouse, M., Murr, A. (2008). *Planes de Cuidados de Enfermería*. (7ª Ed). México, DF: Mc, Graw Hill Interamericana.
7. Francisco del Rey, JC. (2008). *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctora en Enfermería,

Departamento de Psicopedagogía y Educación Física, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.

8. García A, González R, Viniegra L, Jiménez M. *Evaluación de la aptitud clínica a través del proceso de enfermería*. Rev Enferm IMSS. 2001; 9(3):137-131.
9. Gas, D. (2000). *Tratado de enfermería* (4ª Ed). México: McGraw-Hill: Interamericana.
10. Guerra, C. E., Pozo, M. E., Álvarez, M. L. y Llanoazo, MR. (2001, Enero-abril). *El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales*. *Revista Cubana Educación Media Superior*, 15 (1): 30-38. Extraído el 21 de octubre de 2011 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v15n1/ems04101.pdf>.
11. Guerra, C. E., Pozo, M. E., Álvarez, M. L. y Llanoazo, MR. (2001, Enero-abril). *El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales*. *Revista Cubana Educación Media Superior*, 15 (1): 30-38. Extraído el 21 de octubre de 2011 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v15n1/ems04101.pdf>.
12. Heather, T. (2010)- *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier
13. Hernández R, Fernández C, Baptista P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed). México, D.F: Mc, Graw Hill Interamericana.
14. Iyer, P., Taptich, B. & Bernocchi, D. (1995). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana.
15. Iyer, P., Taptich, B. & Bernocchi, D. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana.
16. Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería. Concepto, proceso y práctica* (9ª ed). Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
17. Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2005). *Fundamentos de Enfermería. Concepto, proceso y práctica* (7ª ed). Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
18. LeMone, P., Burke, K. (2009). *Enfermería Medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente* (4ª ed). Madrid, España: Pearson.

19. Medina J. (1999). *La relación entre teoría, práctica e investigación. En la pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería*. Madrid: Laertes.
20. Moorhead, S., Johnson., Maas, M & Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (5ª ed). Barcelona: Elsevier.
21. Pérez MT, Sánchez S, Franco M, Ibarra A. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. *Rev Enferm IMSS* [en línea] 2006. [acceso 29 de septiembre de 2011]; vol 14 (1): 47-50. Disponible en:<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi%3FIDREVISTA%3D71%26IDART>.
22. Potter, P., Perry, A. (2002). *Fundamentos de Enfermería* (5ª ed.) (Vol I). Madrid, España: Elsevier.
23. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud de México (1984, 7 de febrero). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
24. Rodríguez, B. (2006). *Proceso Enfermero*. (2ª ed). México: Ediciones Cuellar.
25. Rodríguez, BA. (2002). *Proceso enfermero*. Guadalajara, Jalisco. México: Ediciones Cuellar.
26. Rodríguez, BA. (2002). *Proceso Enfermero*. México: Ediciones Cuellar.
27. Rojas JG, Pastor P. (2010). Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en cuidados intensivos. *Invest Educ Enferm*, 28(3):323-35. Extraído el 21 de octubre de 2011 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105215721003.pdf>.
28. Rojas Juan Guillermo. *Factores relacionados con la aplicación de proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín 2007* [en línea]. Medellín: Biblioteca Digital U de A: 2009: [Acceso 20 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/787.pdf>.
29. Smeltzer, S. C., Bare, B. G., (1998). *Enfermería Medico Quirúrgica de Brunner y Suddarth* (8ª Ed). México, D.F: MC Graw Hill Interamericana.

30. Viniegra L. *Evaluación de la competencia clínica: describir o reconstruir*. Rev Inves Clin. 2000; 52(2):109-11.

ANEXOS

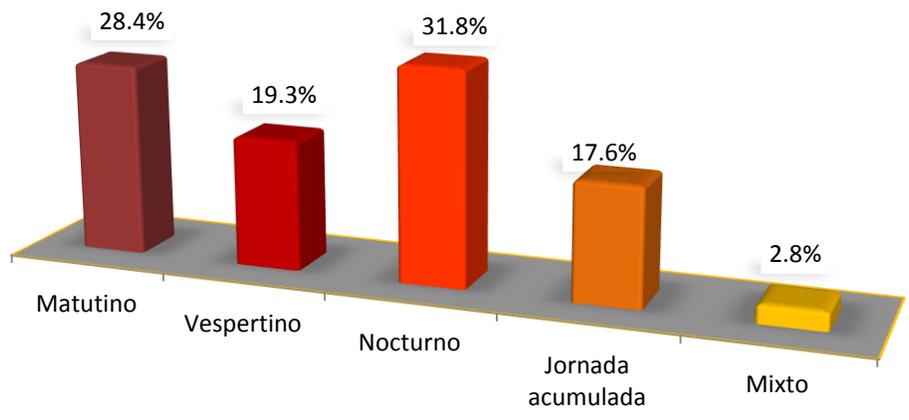
Anexo 1

Cuadro N° 1
Turno en el que labora el personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Turno de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	50	28.4
Vespertino	34	19.3
Nocturno	56	31.8
Jornada acumulada	31	17.6
Mixto	5	2.8
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 1
Turno en el que labora el personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 1

Cuadro N° 2

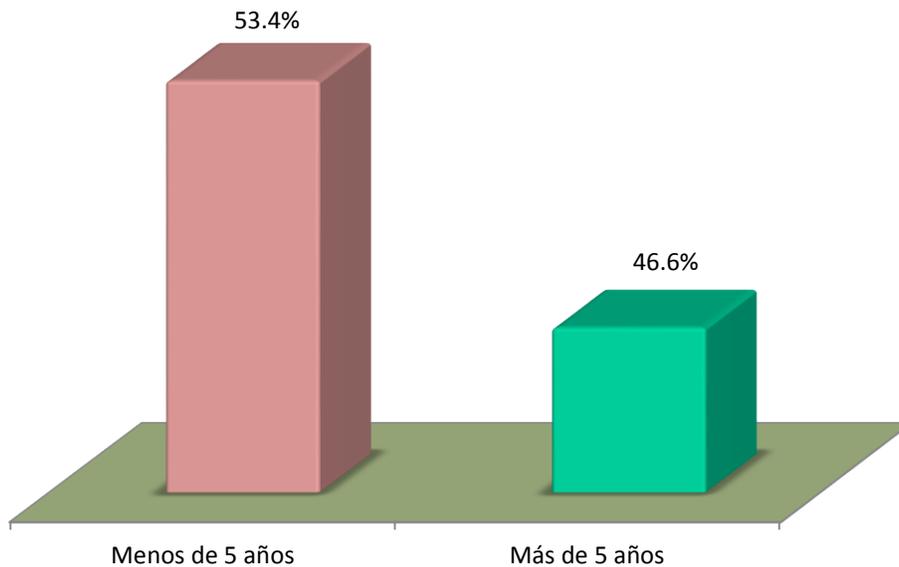
Antigüedad del personal de enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.

Antigüedad en la institución	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 años	94	53.4
Más de 5 años	82	46.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 2

Antigüedad del personal de enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.



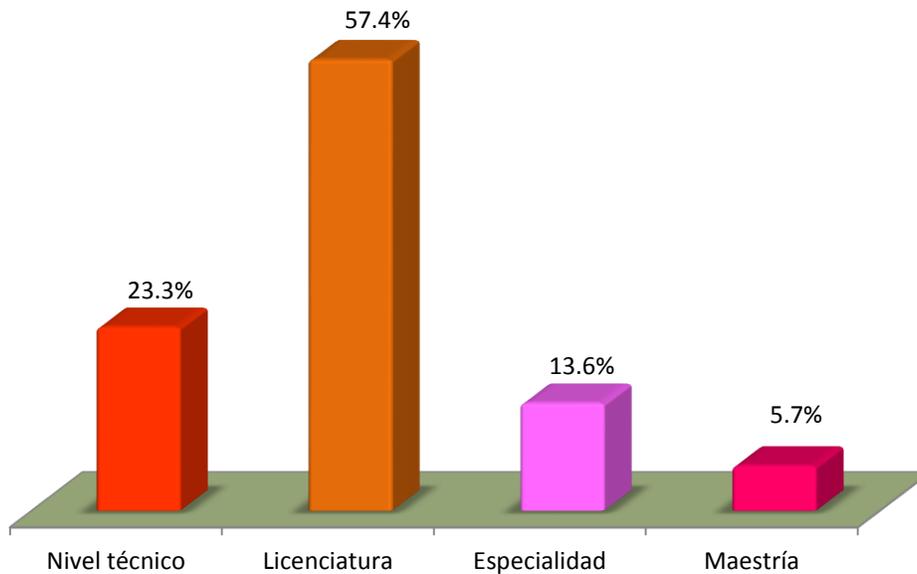
Fuente: Cuadro N° 2

Cuadro N° 3
Grado máximo de estudios del personal de Enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Grado máximo de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Nivel técnico	41	23.3
Licenciatura	101	57.4
Especialidad	24	13.6
Maestría	10	5.7
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 3
Grado máximo de estudios del personal de Enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro No 3

Cuadro N° 4

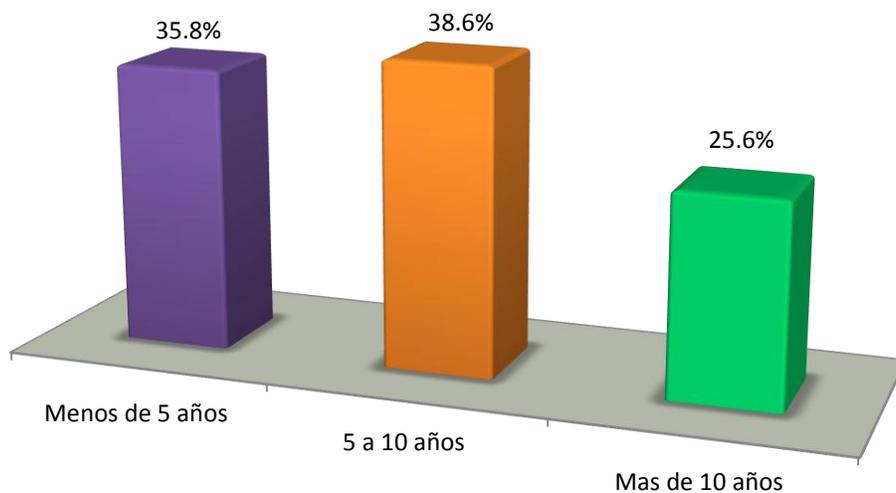
Años de haber egresado el personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.

Años de haber egresado	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 años	63	35.8
5 a 10 años	68	38.6
Más de 10 años	45	25.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 4

Años de haber egresado el personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.



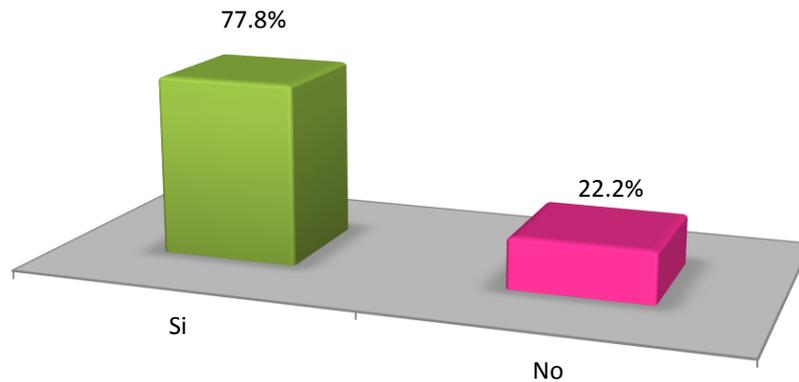
Fuente: Cuadro N° 4

Cuadro N° 5
Ha recibido cursos el personal de enfermería sobre el Proceso de
Enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Ha recibido cursos sobre el Proceso de Enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Si	137	77.8
No	39	22.2
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 5
Ha recibido cursos el personal de enfermería sobre el Proceso de
Enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



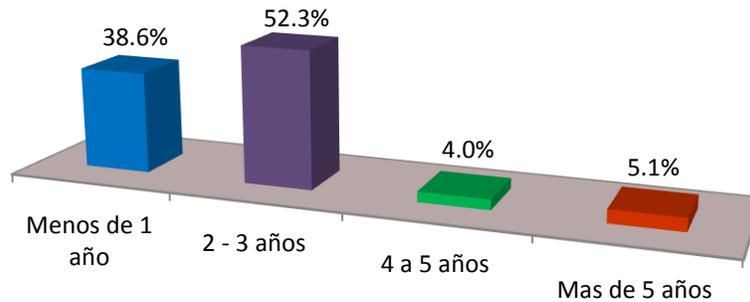
Fuente: Cuadro N° 5

Cuadro N° 6
Tiempo de haber tomado el curso sobre el PE el personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Tiempo de haber tomado el curso de PE	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	68	38.6
2 - 3 años	92	52.3
4 a 5 años	7	4.0
Más de 5 años	9	5.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 6
Tiempo de haber tomado el curso sobre el PE el personal de enfermería
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



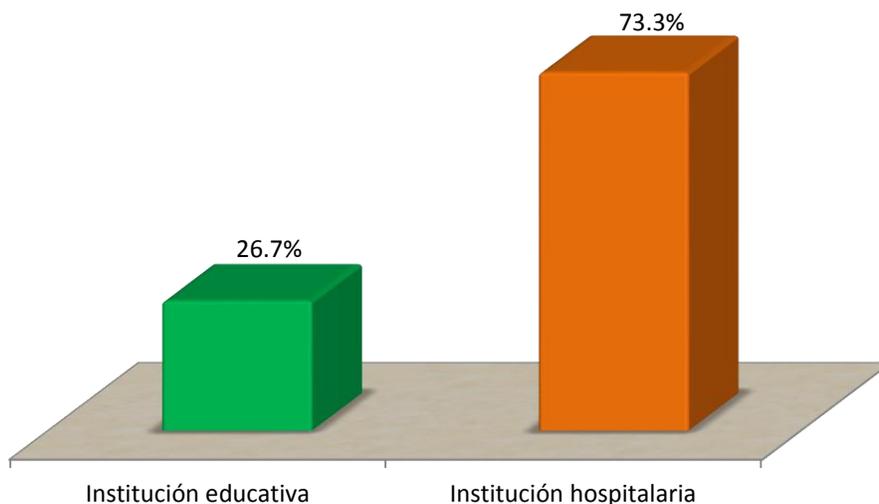
Fuente: Cuadro N° 6

Cuadro N° 7
Institución que impartió el curso sobre el Proceso de Enfermería al personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Quién impartió el curso	Frecuencia	Porcentaje
Institución educativa	47	26.7
Institución hospitalaria	129	73.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 7
Institución que impartió el curso sobre el Proceso de Enfermería al personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



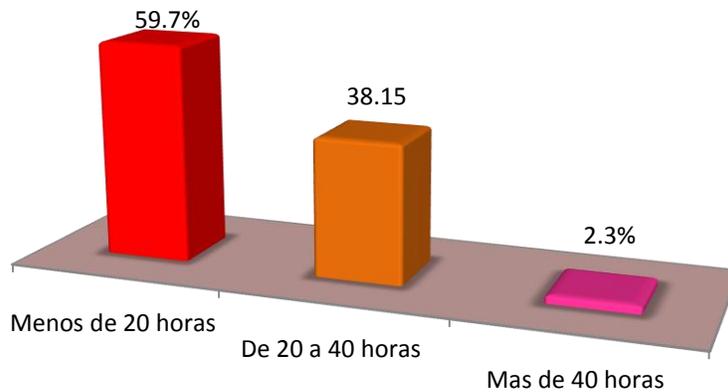
Fuente: Cuadro N° 7

Cuadro N° 8
Duración del curso sobre el Proceso de Enfermería impartido al personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Duración del curso de PE	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20 horas	105	59.7
De 20 a 40 horas	67	38.1
Más de 40 horas	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 8
Duración del curso sobre el Proceso de Enfermería impartido al personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 8

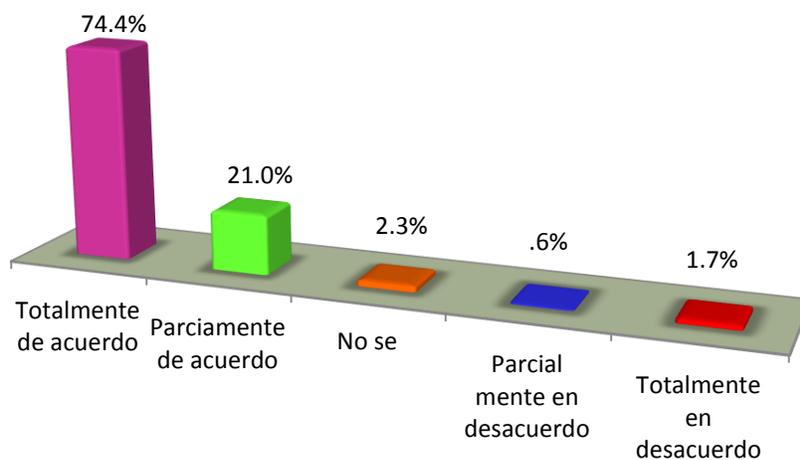
DIMENSIÓN II: CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Cuadro N° 9
El Proceso de Enfermería es un método para llevar a cabo acciones independientes de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

El PE es un método para llevar a cabo acciones independientes de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	131	74.4
Parcialmente de acuerdo	37	21.0
No se	4	2.3
Parcialmente en desacuerdo	1	.6
Totalmente en desacuerdo	3	1.7
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 9
El Proceso de Enfermería es un método para llevar a cabo acciones independientes de enfermería.
Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.



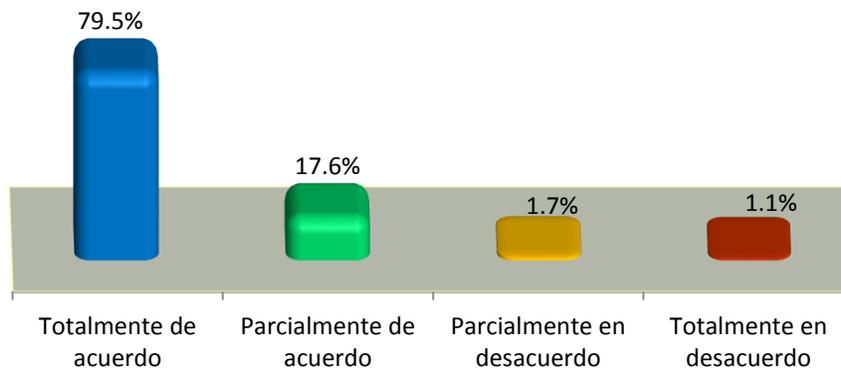
Fuente: Cuadro N° 9

Cuadro N° 10
La unificación de un lenguaje facilitaría la comunicación entre colegas.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

La unificación de un lenguaje facilitaría la comunicación entre colegas	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	140	79.5
Parcialmente de acuerdo	31	17.6
Parcialmente en desacuerdo	3	1.7
Totalmente en desacuerdo	2	1.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 10
La unificación de un lenguaje facilitaría la comunicación entre colegas.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 10

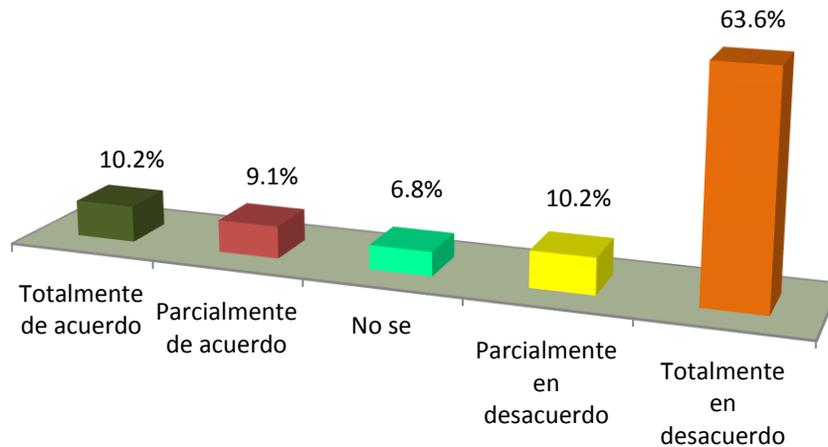
Cuadro N° 11
Enfermería solo debe realizar actividades médico delegadas.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Enfermería solo debe realizar actividades médico delegadas	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	18	10.2
Parcialmente de acuerdo	16	9.1
No se	12	6.8
Parcialmente en desacuerdo	18	10.2
Totalmente en desacuerdo	112	63.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 11

Enfermería solamente debe realizar actividades médico delegadas.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



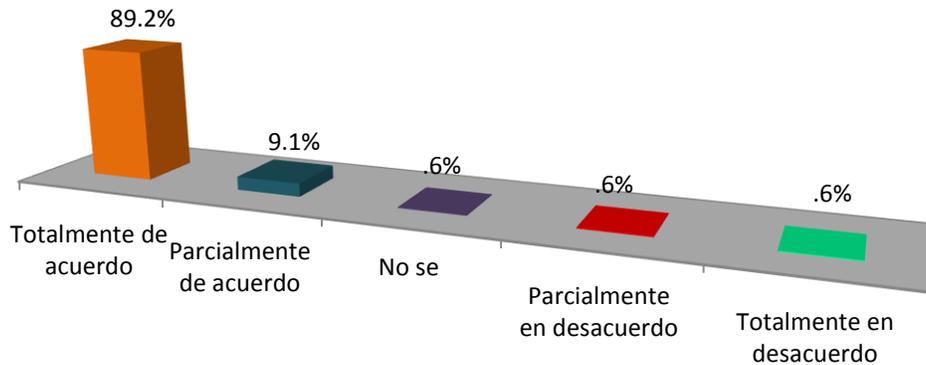
Fuente: Cuadro N° 11

Cuadro N° 12
El Proceso de Enfermería consta de 5 Etapas.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

El Proceso de Enfermería consta de 5 Etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	157	89.2
Parcialmente de acuerdo	16	9.1
No se	1	.6
Parcialmente en desacuerdo	1	.6
Totalmente en desacuerdo	1	.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 12
El Proceso de Enfermería consta de 5 Etapas
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



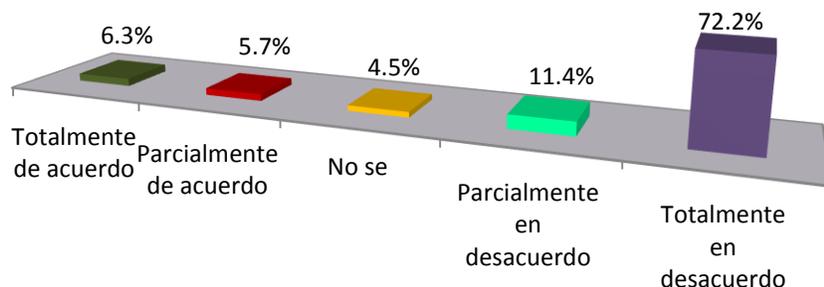
Fuente: Cuadro N° 12

Cuadro N° 13
Solo el personal médico puede hacer diagnósticos.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Solo el personal médico puede hacer diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	11	6.3
Parcialmente de acuerdo	10	5.7
No se	8	4.5
Parcialmente en desacuerdo	20	11.4
Totalmente en desacuerdo	127	72.2
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 13
Solo el personal médico puede hacer diagnósticos.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



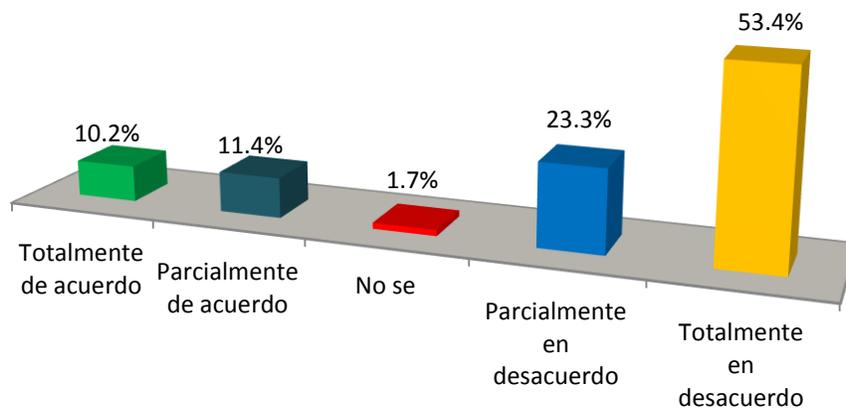
Fuente: Cuadro N° 13

Cuadro N° 14
Los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tiene el cliente.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tiene el cliente	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	18	10.2
Parcialmente de acuerdo	20	11.4
No se	3	1.7
Parcialmente en desacuerdo	41	23.3
Totalmente en desacuerdo	94	53.4
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 14
Los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tiene el cliente.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



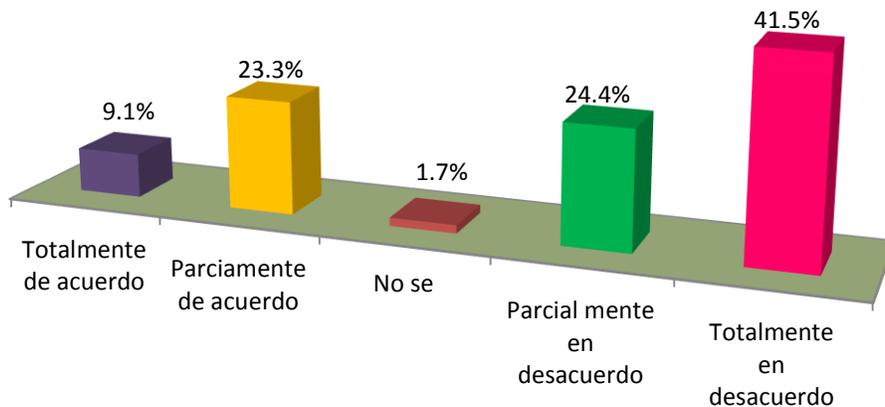
Fuente: Cuadro N° 14

Cuadro N° 15
La etapa de planificación lleva mucho tiempo y no es factible.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

La planificación lleva mucho tiempo y no es factible	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	16	9.1
Parcialmente de acuerdo	41	23.3
No se	3	1.7
Parcialmente en desacuerdo	43	24.4
Totalmente en desacuerdo	73	41.5
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 15
La etapa de planificación lleva mucho tiempo y no es factible.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 15

Cuadro N° 16
En la planificación se deben considerar los recursos de las mujeres y su familia.

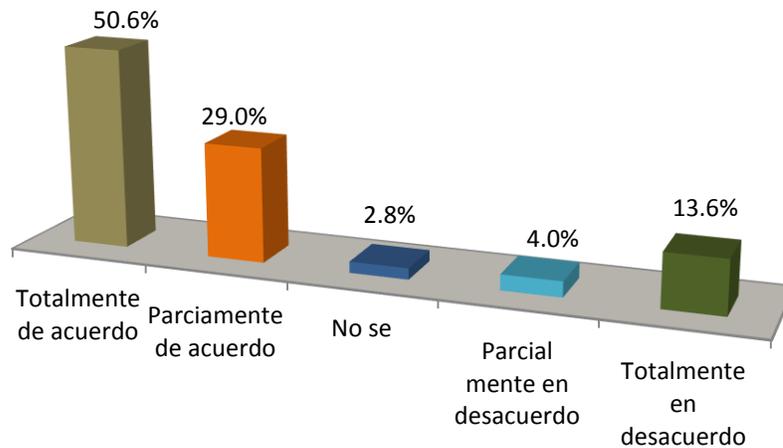
**Hospital de la Mujer.
 Morelia, Michoacán.**

En la planificación se deben considerar los recursos del cliente y su familia	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	89	50.6
Parciamente de acuerdo	51	29.0
No se	5	2.8
Parcial mente en desacuerdo	7	4.0
Totalmente en desacuerdo	24	13.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 16
En la planificación se deben considerar los recursos de las mujeres y su familia.

**Hospital de la Mujer.
 Morelia, Michoacán.**



Fuente: Cuadro N° 16

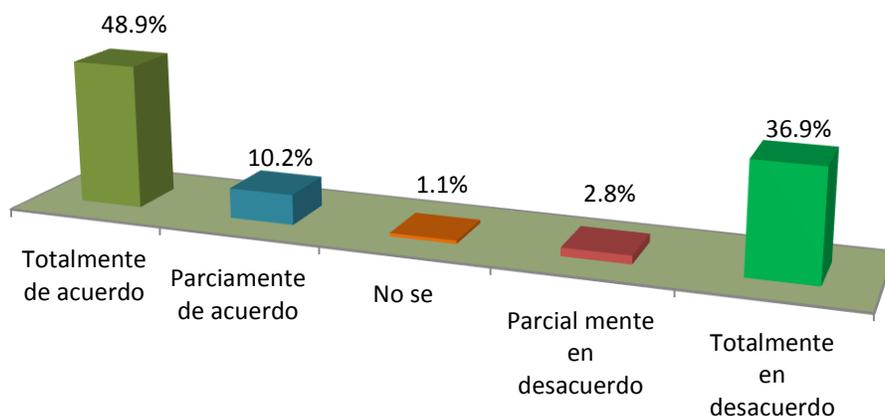
|

Cuadro N° 17
Los objetivos que se trazan en el plan deben responder a las necesidades del personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Los objetivos que se trazan en el plan deben responder a las necesidades de la enfermera	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	86	48.9
Parcialmente de acuerdo	18	10.2
No se	2	1.1
Parcial mente en desacuerdo	5	2.8
Totalmente en desacuerdo	65	36.9
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 17
Los objetivos que se trazan en el plan deben responder a las necesidades del personal de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



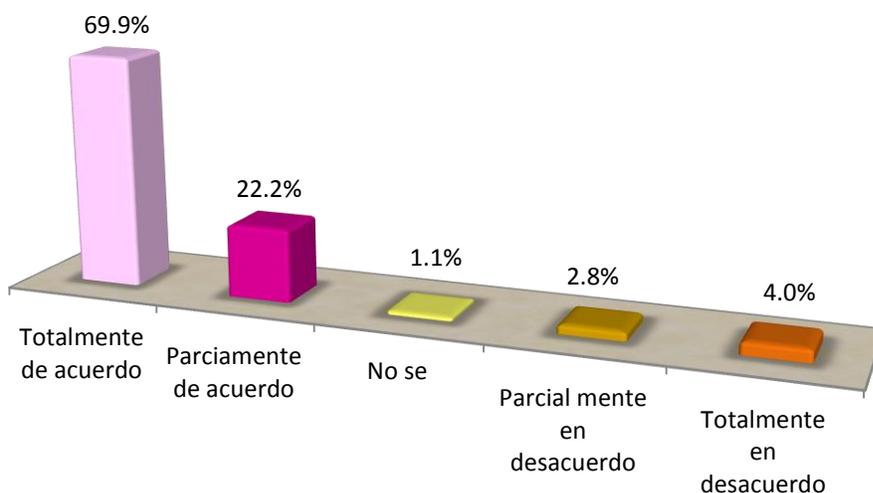
Fuente: Cuadro N° 17

Cuadro N° 18
Los objetivos que se trazan en el plan responden a las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Los objetivos que se trazan en el plan responden a las necesidades de las mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	123	69.9
Parcialmente de acuerdo	39	22.2
No se	2	1.1
Parcialmente en desacuerdo	5	2.8
Totalmente en desacuerdo	7	4.0
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 18
Los objetivos que se trazan en el plan responden a las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



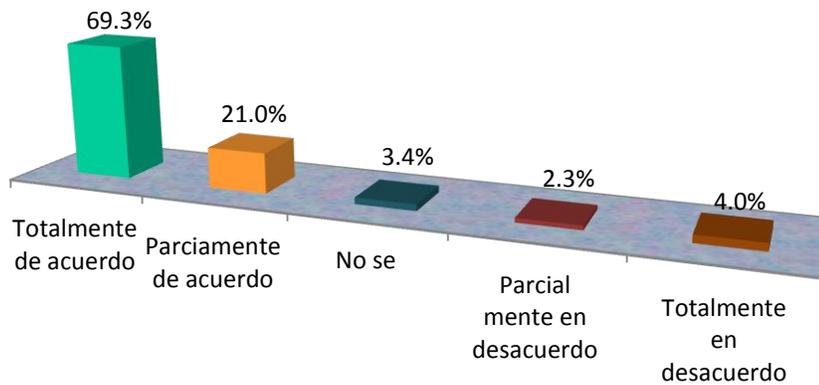
Fuente: Cuadro N° 18

Cuadro N° 19
Los objetivos pueden ser de corto o largo plazo.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Los objetivos pueden ser de corto o largo plazo	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	122	69.3
Parciamente de acuerdo	37	21.0
No se	6	3.4
Parcialmente en desacuerdo	4	2.3
Totalmente en desacuerdo	7	4.0
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 19
Los objetivos pueden ser de corto o largo plazo.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 19

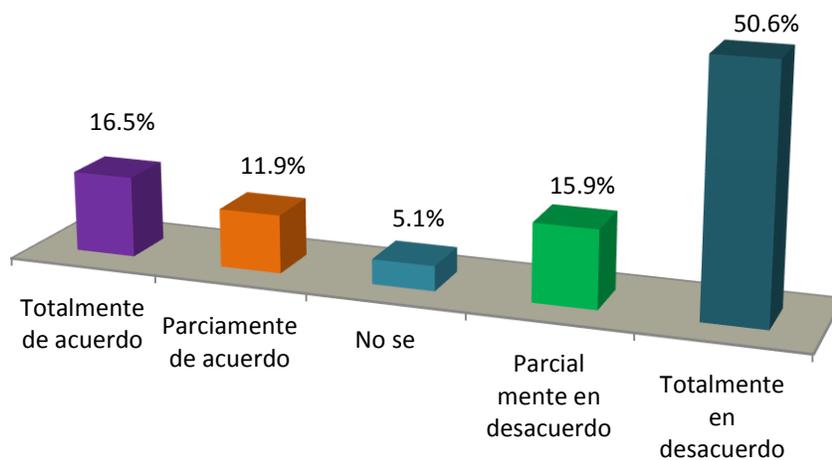
Cuadro N° 20
Las intervenciones de enfermería son solo en colaboración con otros
profesionales de la salud.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Las intervenciones de enfermería son solo en colaboración con otros profesionales de la salud	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	29	16.5
Parciamente de acuerdo	21	11.9
No se	9	5.1
Parcial mente en desacuerdo	28	15.9
Totalmente en desacuerdo	89	50.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 20

Las intervenciones de enfermería son solo en colaboración con otros
profesionales de la salud.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 20

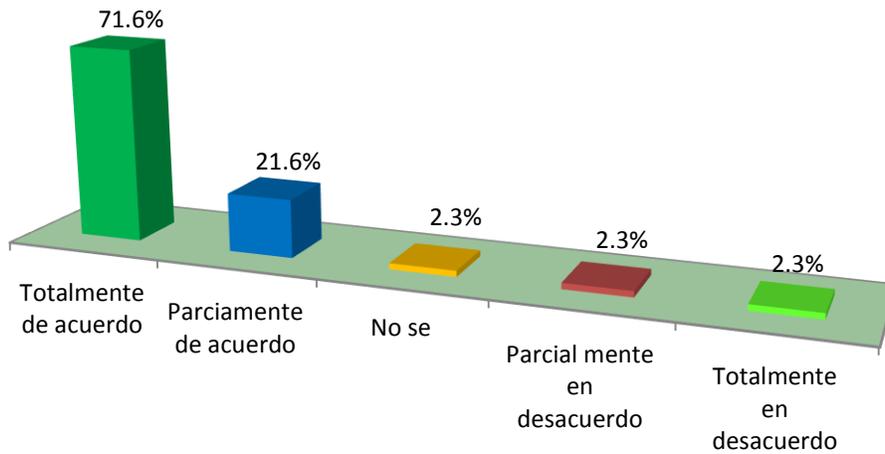
Cuadro N° 21
Las intervenciones de enfermería independientes son actividades que no necesitan recetas o indicación de otro profesional.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Las intervenciones de enfermería independientes son actividades que no necesitan recetas o indicación de otro profesional	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	126	71.6
Parciamente de acuerdo	38	21.6
No se	4	2.3
Parcial mente en desacuerdo	4	2.3
Totalmente en desacuerdo	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 21

Las intervenciones de enfermería independientes son actividades que no necesitan recetas o indicación de otro profesional.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



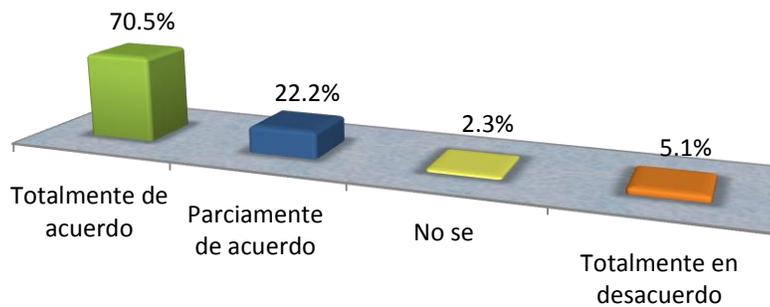
Fuente: Cuadro N° 21

Cuadro N° 22
Documentar las intervenciones de enfermería y agregarlas al expediente es importante para dar legalidad a su quehacer.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Documentar las intervenciones de enfermería y agregarlas al expediente es importante para dar legalidad a su quehacer.	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	124	70.5
Parcialmente de acuerdo	39	22.2
No se	4	2.3
Totalmente en desacuerdo	9	5.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 22
Documentar las intervenciones de enfermería y agregarlas al expediente es importante para dar legalidad a su quehacer.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



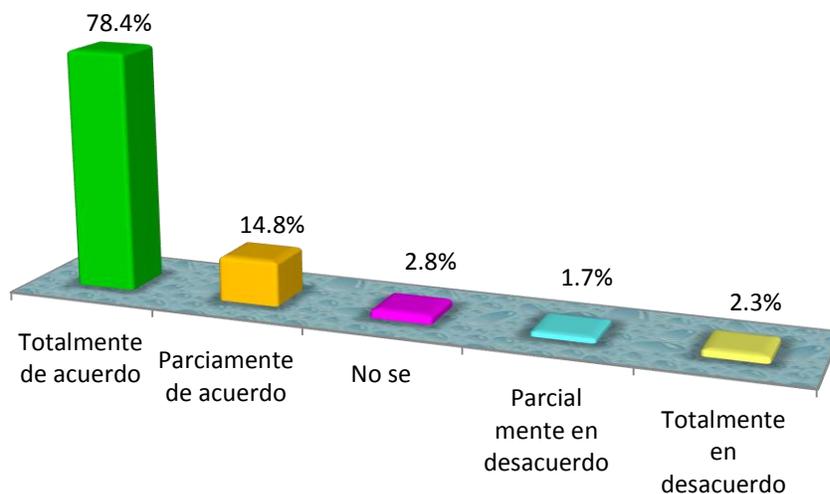
Fuente: Cuadro N° 22

Cuadro N° 23
El uso de los diagnósticos de enfermería apoya la sistematización de la práctica de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

El uso de los diagnósticos de enfermería apoya la sistematización de la práctica de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	138	78.4
Parcialmente de acuerdo	26	14.8
No se	5	2.8
Parcialmente en desacuerdo	3	1.7
Totalmente en desacuerdo	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 23
El uso de los diagnósticos de enfermería apoya la sistematización de la práctica de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



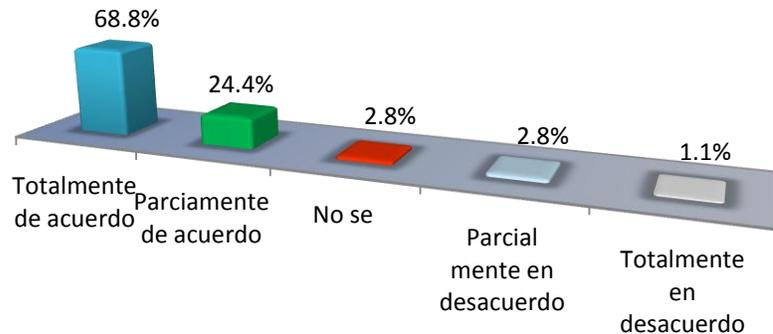
Fuente: Cuadro N° 23

Cuadro N° 24
Es necesario el uso del diagnóstico de enfermería en la práctica.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Es necesario el uso del diagnóstico de enfermería en la práctica	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	121	68.8
Parcialmente de acuerdo	43	24.4
No se	5	2.8
Parcialmente en desacuerdo	5	2.8
Totalmente en desacuerdo	2	1.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 24
Es necesario el uso del diagnóstico de enfermería en la práctica.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 24

Cuadro N° 25

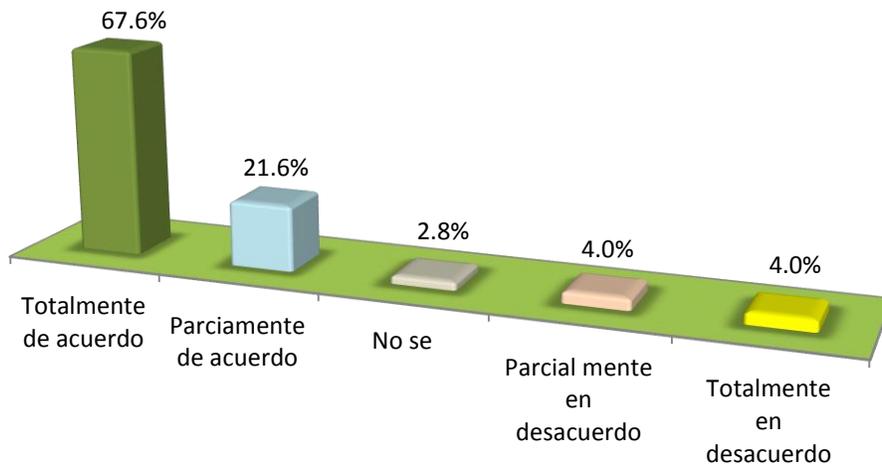
**El diagnóstico de enfermería nos ayuda a identificar las respuestas humanas del cliente a los problemas de salud reales y de riesgo.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.**

El diagnóstico de enfermería nos ayuda a identificar las respuestas humanas del cliente a los problemas de salud reales y de riesgo.	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	119	67.6
Parcialmente de acuerdo	38	21.6
No se	5	2.8
Parcial mente en desacuerdo	7	4.0
Totalmente en desacuerdo	7	4.0
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 25

**El diagnóstico de enfermería nos ayuda a identificar las respuestas humanas del cliente a los problemas de salud reales y de riesgo.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.**



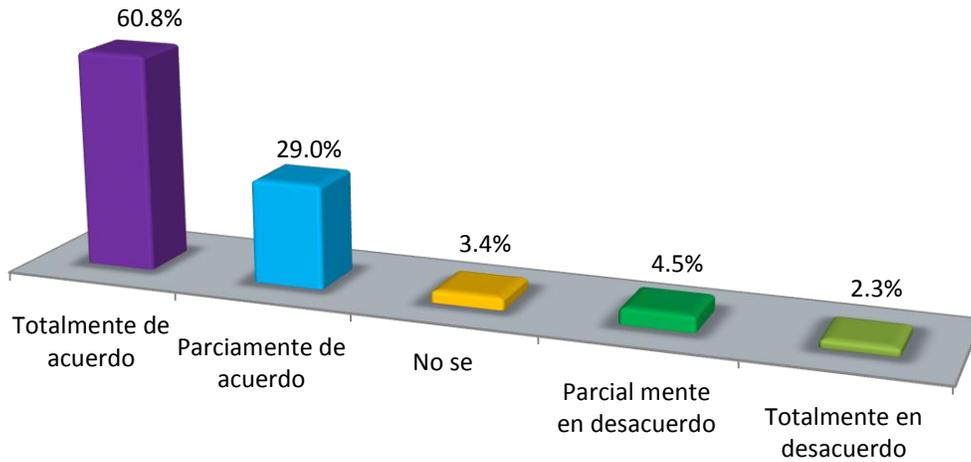
Fuente: Cuadro N° 25

Cuadro N° 26
El diagnóstico de enfermería facilitaría la profesionalización de la disciplina.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

El diagnóstico de enfermería facilitaría la profesionalización de la disciplina de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	107	60.8
Parcialmente de acuerdo	51	29.0
No se	6	3.4
Parcialmente en desacuerdo	8	4.5
Totalmente en desacuerdo	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 26
El diagnóstico de enfermería facilitaría la profesionalización de la disciplina.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



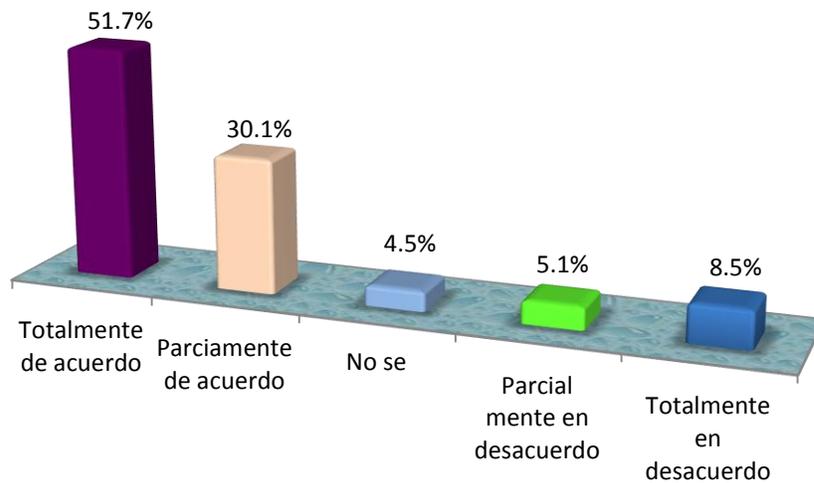
Fuente: Cuadro N° 26

Cuadro N° 27
El diagnóstico de enfermería facilita delimitar la práctica de enfermería.
Personal de Enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

El diagnóstico de enfermería facilita delimitar la práctica de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	91	51.7
Parcialmente de acuerdo	53	30.1
No se	8	4.5
Parcial mente en desacuerdo	9	5.1
Totalmente en desacuerdo	15	8.5
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 27
El diagnóstico de enfermería facilita delimitar la práctica de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



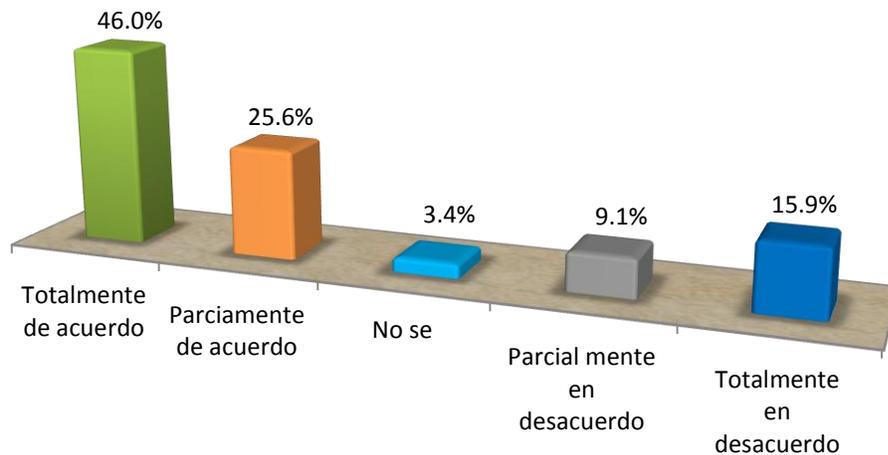
Fuente: Cuadro N° 27

Cuadro N° 28
El diagnóstico de enfermería es un juicio emitido por el personal profesional
y es la conclusión de la valoración.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

El diagnóstico de enfermería es un juicio emitido por el personal profesional y es la conclusión de la valoración	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	81	46.0
Parciamente de acuerdo	45	25.6
No se	6	3.4
Parcial mente en desacuerdo	16	9.1
Totalmente en desacuerdo	28	15.9
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 28
El diagnóstico de enfermería es un juicio emitido por el personal profesional
y es la conclusión de la valoración.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



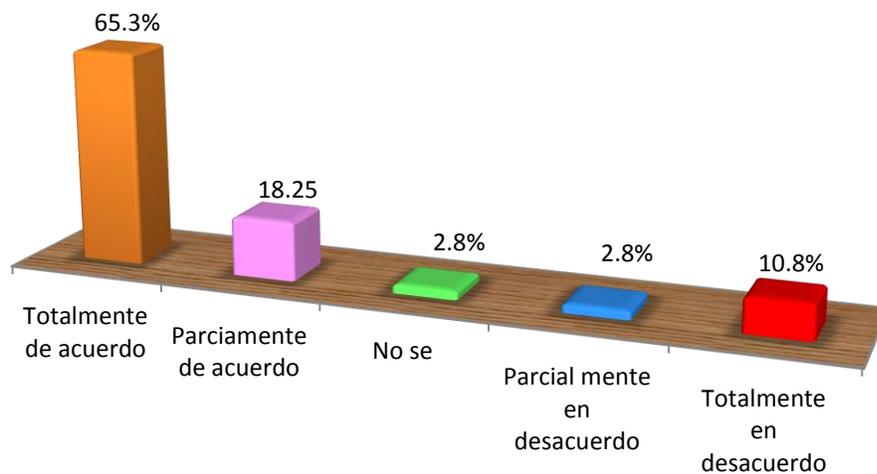
Fuente: Cuadro N° 28

Cuadro N° 29
La taxonomía del diagnóstico de enfermería fue elaborada y propuesta por la
NANDA.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

La taxonomía del diagnóstico de enfermería fue elaborada y propuestas por la NANDA	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	115	65.3
Parciamente de acuerdo	32	18.2
No se	5	2.8
Parcial mente en desacuerdo	5	2.8
Totalmente en desacuerdo	19	10.8
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 29
La taxonomía del diagnóstico de enfermería fue elaborada y propuesta por la
NANDA.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 29

DIMENSIÓN III: APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Cuadro N° 30

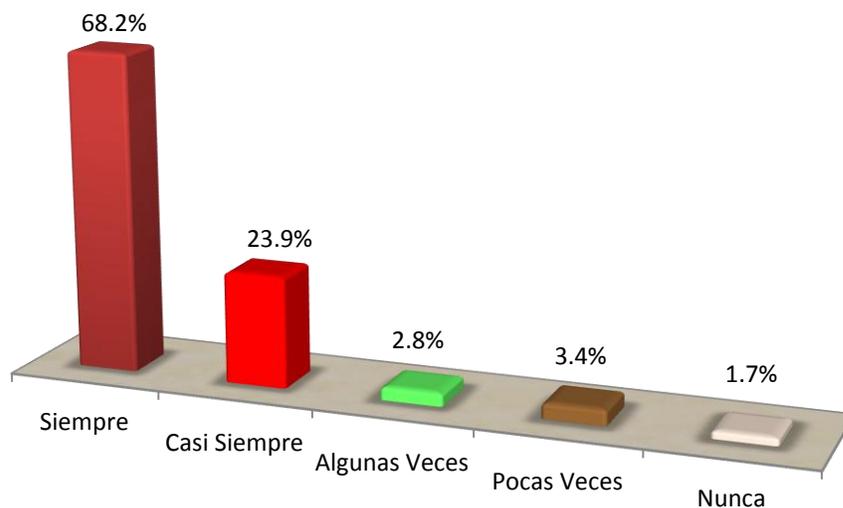
**La valoración de las mujeres se realiza en forma individualizada.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.**

La valoración de su paciente la realiza en forma individualizada	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	120	68.2
Casi Siempre	42	23.9
Algunas Veces	5	2.8
Pocas Veces	6	3.4
Nunca	3	1.7
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 30

**La valoración de las mujeres se realiza en forma individualizada.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.**



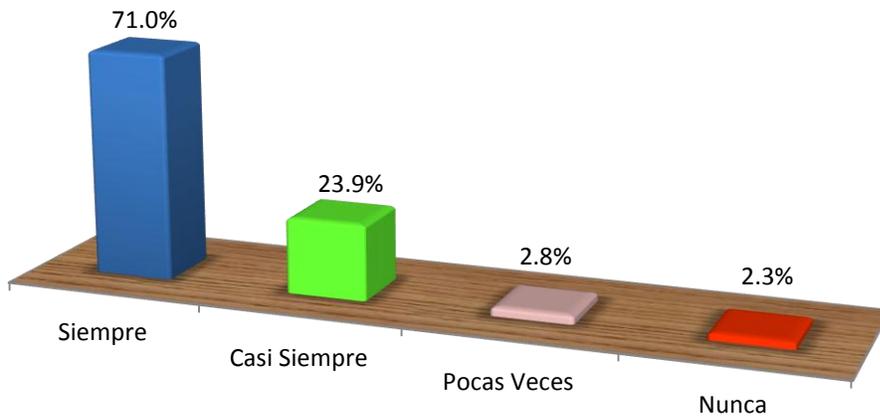
Fuente: Cuadro N° 30

Cuadro N° 31
Durante su jornada de trabajo valora las necesidades del paciente
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Durante su jornada de trabajo valora las necesidades del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	125	71.0
Casi Siempre	42	23.9
Pocas Veces	5	2.8
Nunca	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 31
Durante su jornada de trabajo valora las necesidades del paciente
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



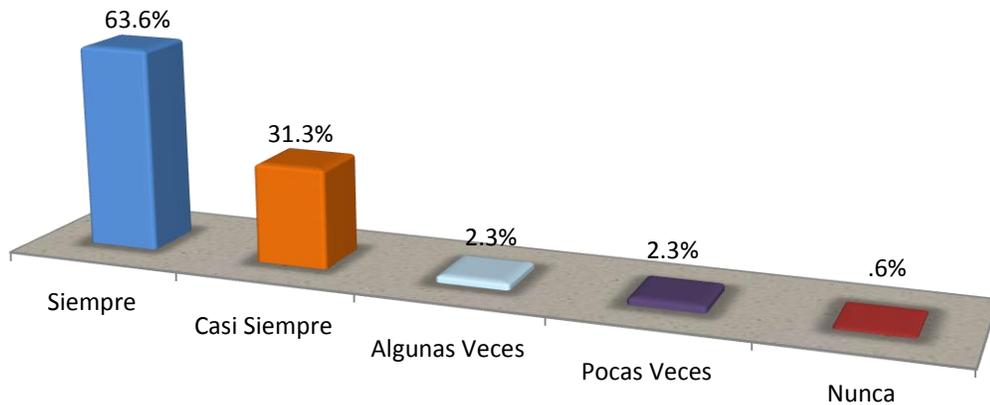
Fuente: Cuadro N° 31

Cuadro N° 32
Al realizar los cuidados de enfermería averigua las necesidades, los problemas y preocupaciones de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Al realizar los cuidados de enfermería averigua las necesidades, los problemas y preocupaciones de sus pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	112	63.6
Casi Siempre	55	31.3
Algunas Veces	4	2.3
Pocas Veces	4	2.3
Nunca	1	.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 32
Al realizar los cuidados de enfermería averigua las necesidades, los problemas y preocupaciones de sus pacientes.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



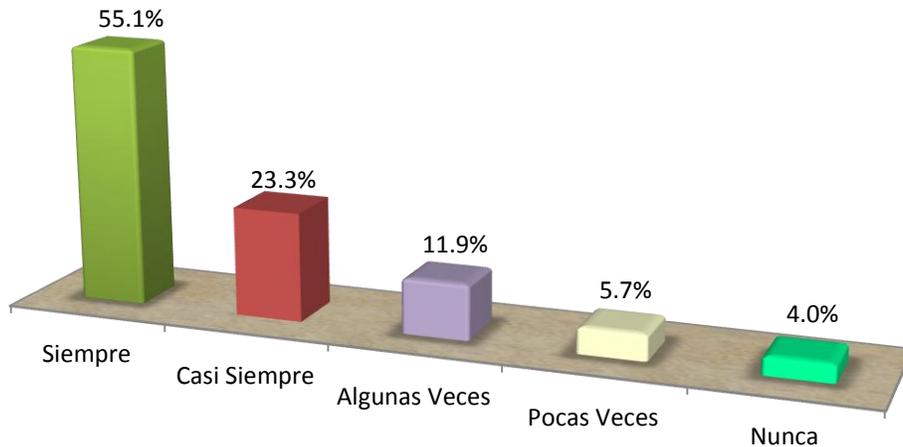
Fuente: Cuadro N° 32

Cuadro N° 33
Recopilan información de sus pacientes a través de entrevistas examen físico, laboratorio y observación.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Recopila información de sus pacientes a través de entrevistas, examen físico, laboratorio y observación	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	97	55.1
Casi Siempre	41	23.3
Algunas Veces	21	11.9
Pocas Veces	10	5.7
Nunca	7	4.0
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 33
Recopilan información de sus pacientes a través de entrevistas examen físico, laboratorio y observación.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



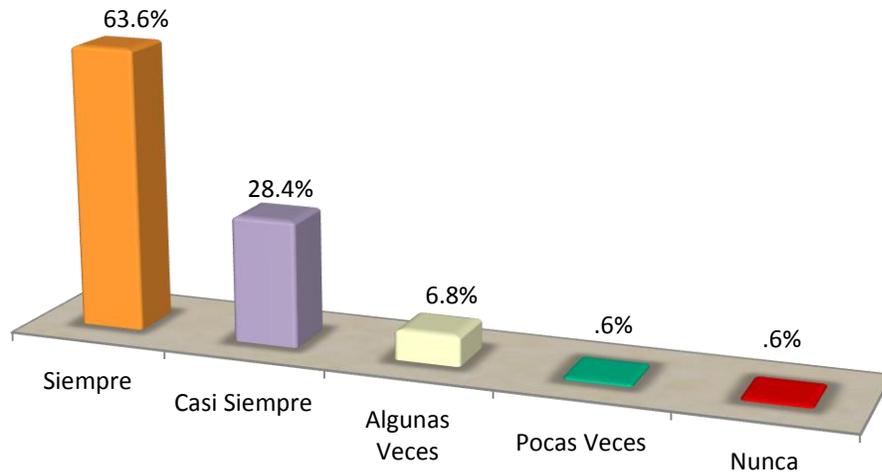
Fuente: Cuadro N° 33

Cuadro N° 34
Registro de los datos obtenidos en la valoración.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Registra los datos obtenidos en la valoración	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	112	63.6
Casi Siempre	50	28.4
Algunas Veces	12	6.8
Pocas Veces	1	.6
Nunca	1	.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 34
Registro de los datos obtenidos en la valoración
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



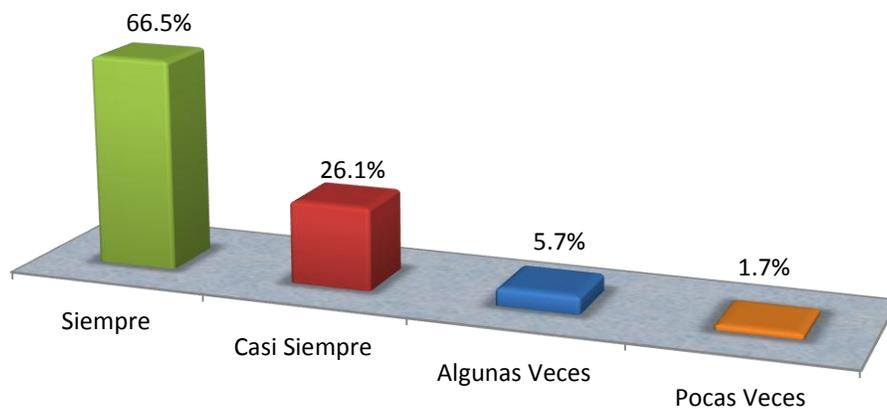
Fuente: Cuadro N° 34

Cuadro N° 35
Establece un nivel de confianza entre el paciente, sus familiares y enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Establece un nivel de confianza entre el paciente, sus familiares y usted	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	117	66.5
Casi Siempre	46	26.1
Algunas Veces	10	5.7
Pocas Veces	3	1.7
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 35
Establece un nivel de confianza entre el paciente, sus familiares y enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



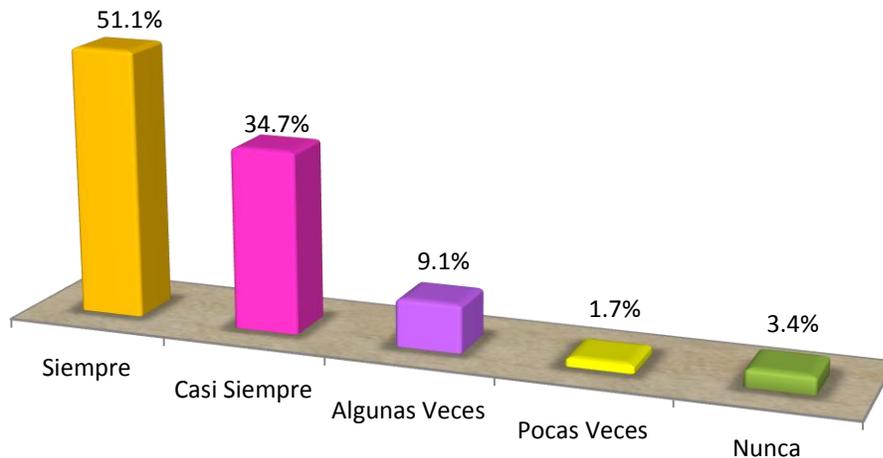
Fuente: Cuadro N° 35

Cuadro N° 36
Identifican los problemas reales o potenciales en las mujeres.
Personal de Enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Identifica los problemas reales o potenciales en sus pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	90	51.1
Casi Siempre	61	34.7
Algunas Veces	16	9.1
Pocas Veces	3	1.7
Nunca	6	3.4
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 36
Identifican los problemas reales o potenciales en las mujeres.
Personal de Enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



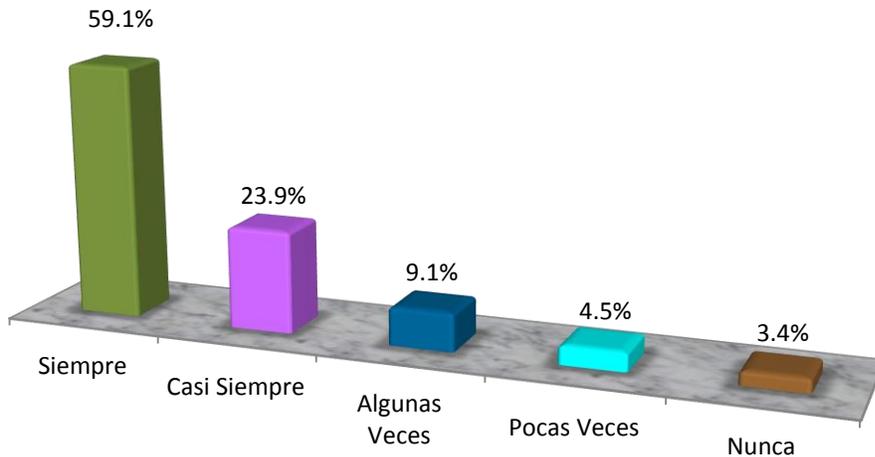
Fuente: Cuadro N° 36

Cuadro N° 37
Durante su trabajo realiza actividades independientes.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Durante su trabajo realiza actividades independientes	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	104	59.1
Casi Siempre	42	23.9
Algunas Veces	16	9.1
Pocas Veces	8	4.5
Nunca	6	3.4
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 37
Durante su trabajo realiza actividades independientes.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



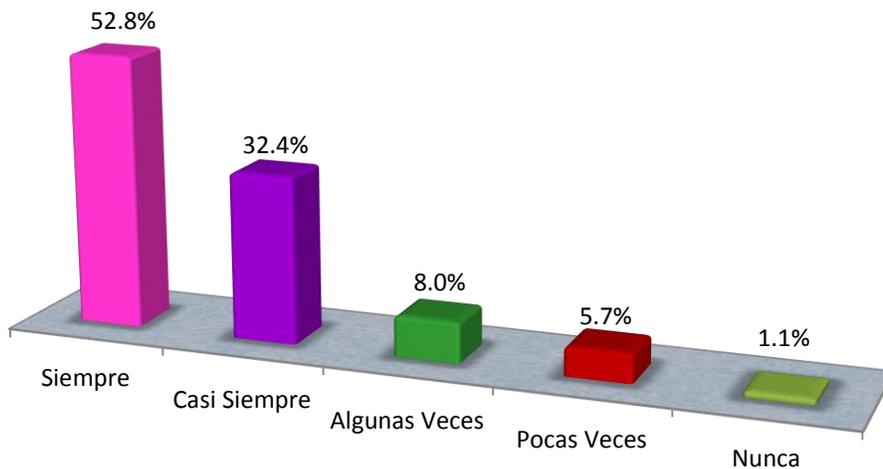
Fuente: Cuadro N° 37

Cuadro N° 38
Elaboran diagnósticos de enfermería en la práctica.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Usted elabora diagnósticos de enfermería en su práctica	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	93	52.8
Casi Siempre	57	32.4
Algunas Veces	14	8.0
Pocas Veces	10	5.7
Nunca	2	1.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 38
Elaboran diagnósticos de enfermería en la práctica.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 38

Cuadro N° 39

Identifican conductas de salud destinadas a mantener, reducir, eliminar o prevenir alteraciones en el estado de la salud.

Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.

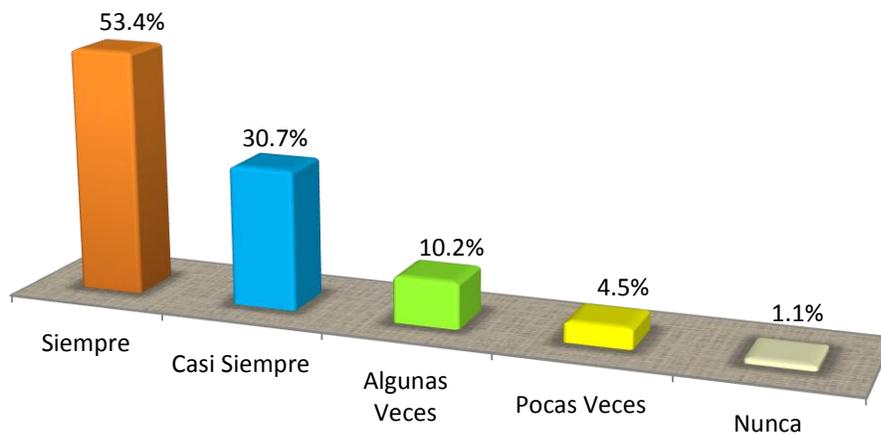
Identifica conductas de salud destinadas a mantener, reducir, eliminar o prevenir alteraciones en el estado de la salud	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	94	53.4
Casi Siempre	54	30.7
Algunas Veces	18	10.2
Pocas Veces	8	4.5
Nunca	2	1.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 39

Identifican conductas de salud destinadas a mantener, reducir, eliminar o prevenir alteraciones en el estado de la salud.

Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.



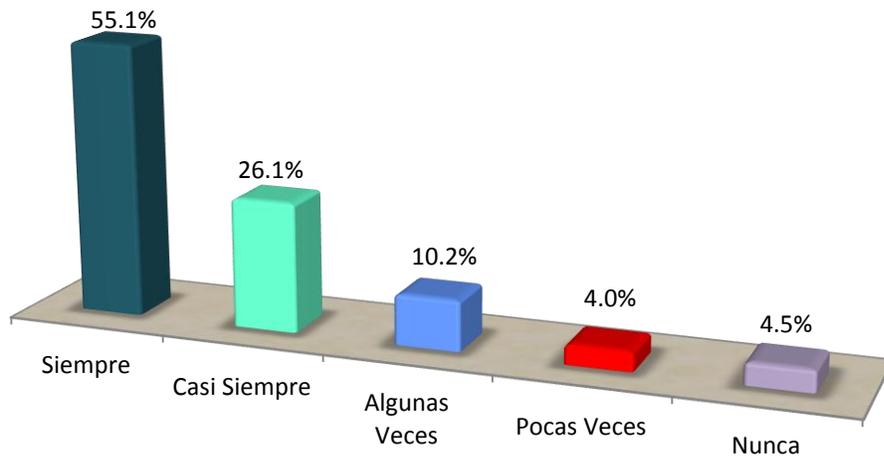
Fuente: Cuadro N° 39

Cuadro N° 40
Después de la valoración emiten un juicio que permita establecer diagnósticos de enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Después de la valoración emite un juicio que permite establecer diagnósticos de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	97	55.1
Casi Siempre	46	26.1
Algunas Veces	18	10.2
Pocas Veces	7	4.0
Nunca	8	4.5
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 40
Después de la valoración emiten un juicio que permita establecer diagnósticos de enfermería.
Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 40

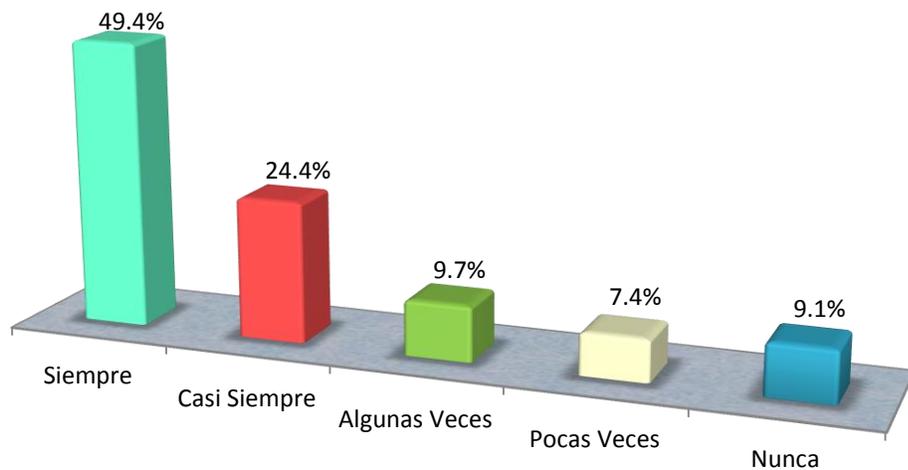
Cuadro N° 41
Utilizan la Bibliografía (NANDA) para consultar los diagnósticos de
enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Utiliza bibliografía (NANDA) para consultar los diagnósticos de enfermería establecidos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	87	49.4
Casi Siempre	43	24.4
Algunas Veces	17	9.7
Pocas Veces	13	7.4
Nunca	16	9.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 41

Utilizan la Bibliografía (NANDA) para consultar los diagnósticos de
enfermería.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



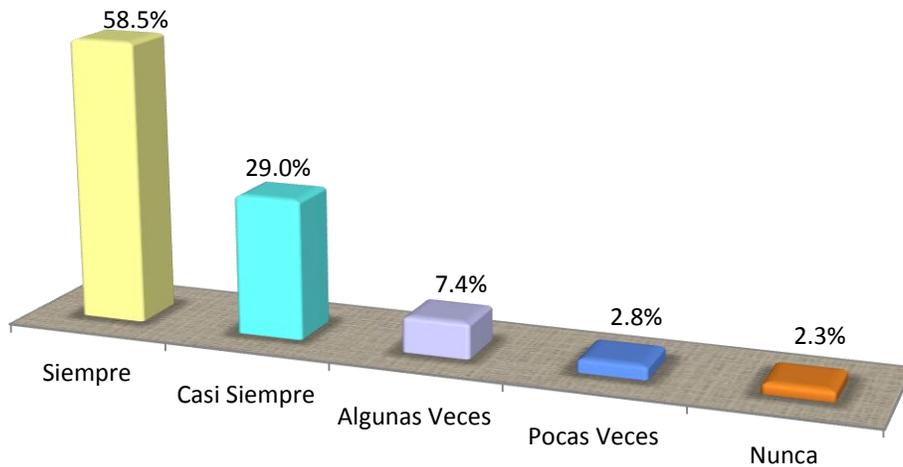
Fuente: Cuadro N° 41

Cuadro N° 42
Al identificar problemas planean estrategias de educación que permitan reducirlos, eliminarlos o prevenirlos.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Al identificar problemas planea estrategias de educación que permitan reducirlos, eliminarlos o prevenirlos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	103	58.5
Casi Siempre	51	29.0
Algunas Veces	13	7.4
Pocas Veces	5	2.8
Nunca	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 42
Al identificar problemas planean estrategias de educación que permitan reducirlos, eliminarlos o prevenirlos.
Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.



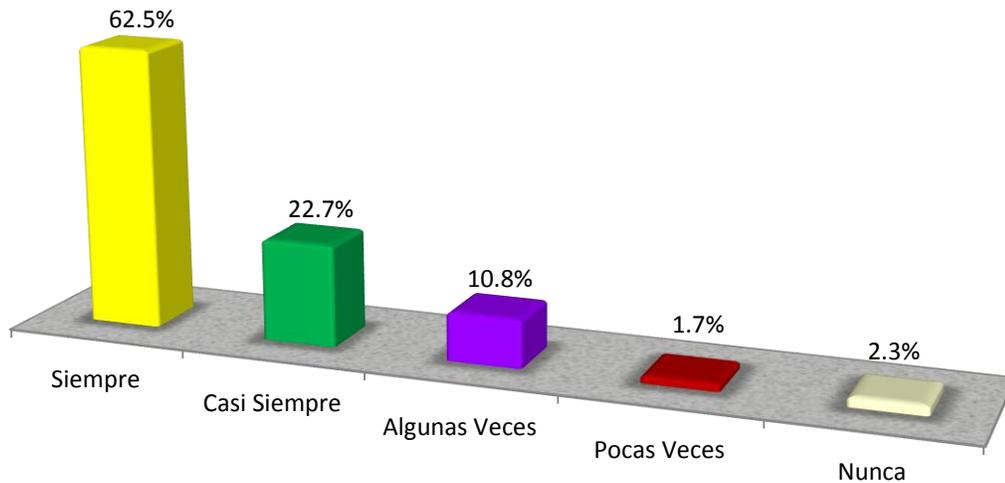
Fuente: Cuadro N° 42

Cuadro N° 43
Planifican cuidados de enfermería según las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Planifica los cuidados de enfermería según las necesidades de su paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	110	62.5
Casi Siempre	40	22.7
Algunas Veces	19	10.8
Pocas Veces	3	1.7
Nunca	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 43
Planifican cuidados de enfermería según las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



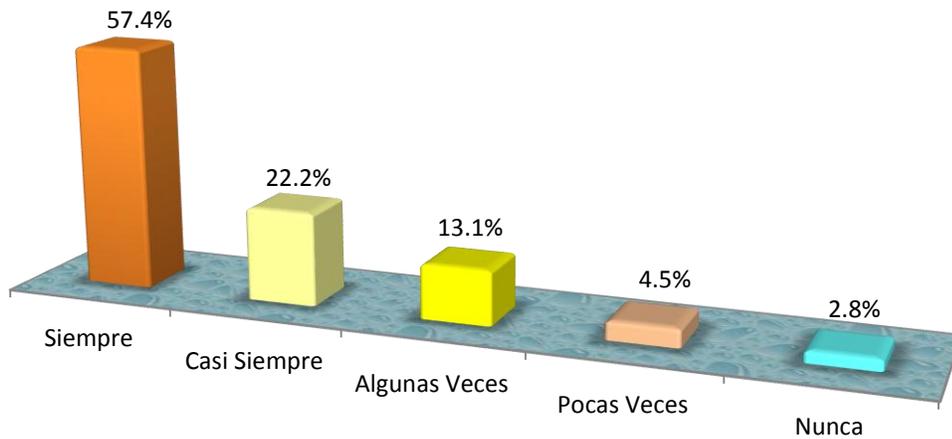
Fuente: Cuadro N° 43

Cuadro N° 44
Enfermería permite a las mujeres identificar sus propias necesidades
determinar metas y colaborar en su atención.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Enfermería permite a las mujeres identificar sus propias necesidades, determinar metas y colaborar en su atención	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	101	57.4
Casi Siempre	39	22.2
Algunas Veces	23	13.1
Pocas Veces	8	4.5
Nunca	5	2.8
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 44
Enfermería permite a las mujeres identificar sus propias necesidades
determinar metas y colaborar en su atención.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 44

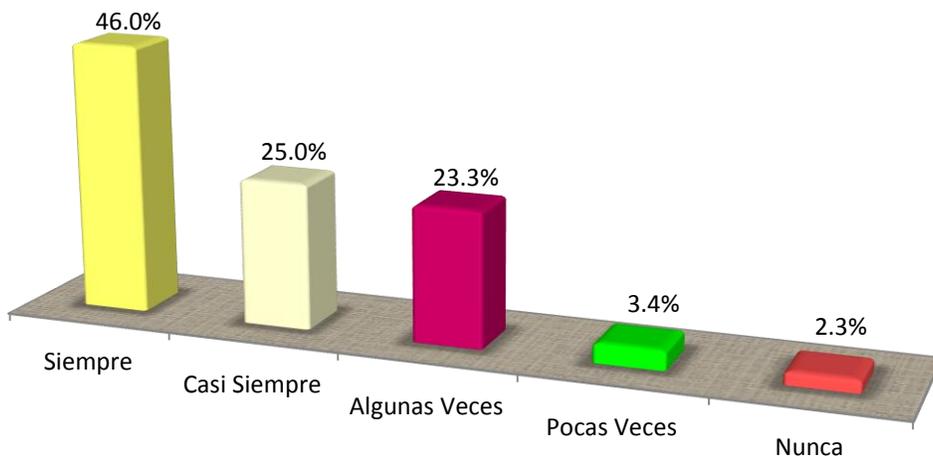
Cuadro N° 45
Los objetivos que establecen durante la atención se basan en las
capacidades y limitaciones de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Los objetivos que establece durante su atención se basa en las capacidades y limitaciones de sus pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	81	46.0
Casi Siempre	44	25.0
Algunas Veces	41	23.3
Pocas Veces	6	3.4
Nunca	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 45

Los objetivos que establecen durante la atención se basan en las
capacidades y limitaciones de las mujeres.
Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 45

Cuadro N° 46
En coordinación con el paciente y la familia planean los objetivos para
corregir, minimizar o prevenir problemas.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

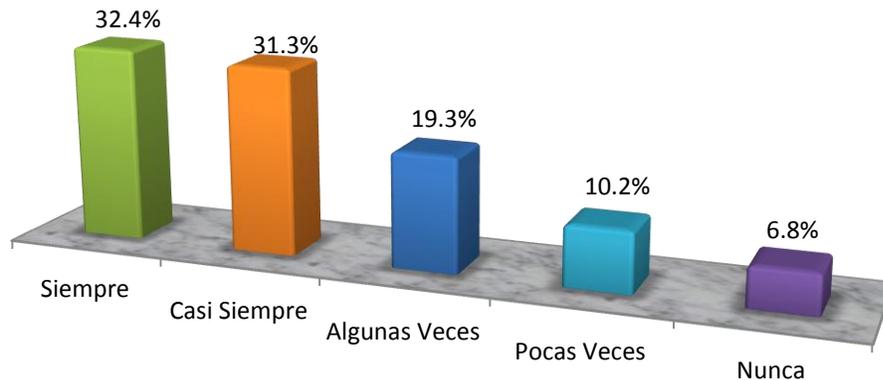
En coordinación con el paciente y la familia planea los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	57	32.4
Casi Siempre	55	31.3
Algunas Veces	34	19.3
Pocas Veces	18	10.2
Nunca	12	6.8
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de

la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 46

En coordinación con el paciente y la familia planean los objetivos para
corregir, minimizar o prevenir problemas.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



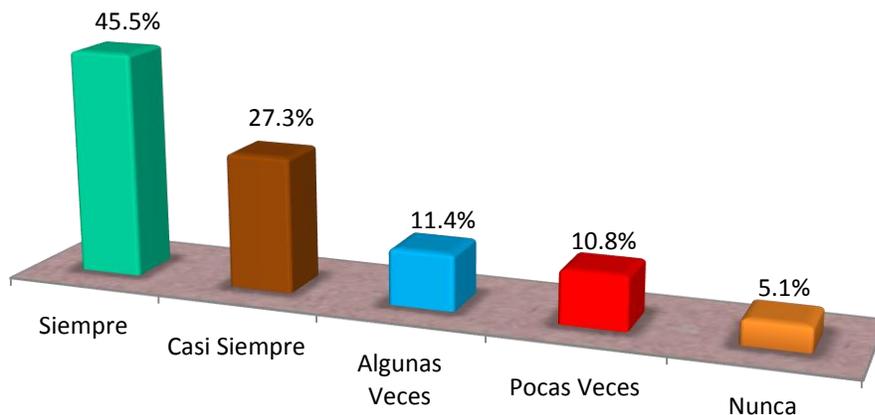
Fuente: Cuadro N° 46

Cuadro N° 47
Permiten la participación de las mujeres y sus familiares en los cuidados que proporcionan.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Permite la participación del paciente y sus familiares en los cuidados que se le proporcionan	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	80	45.5
Casi Siempre	48	27.3
Algunas Veces	20	11.4
Pocas Veces	19	10.8
Nunca	9	5.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 47
Permiten la participación de las mujeres y sus familiares en los cuidados que proporcionan.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



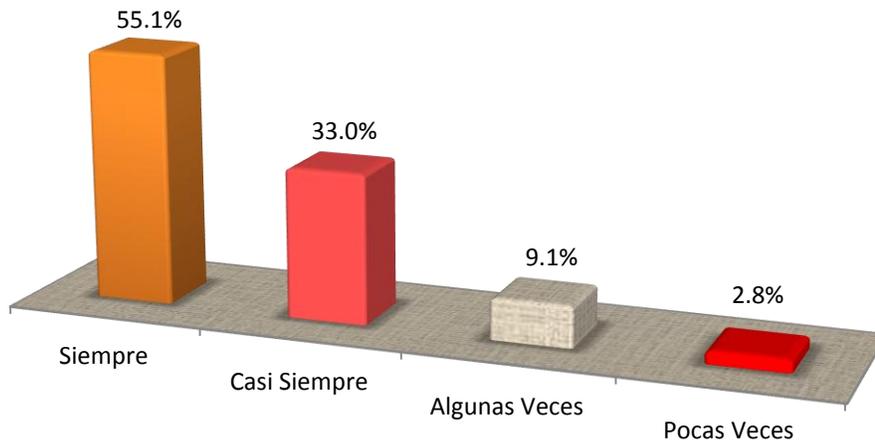
Fuente: Cuadro N° 47

Cuadro N° 48
Registran los cuidados prestados al paciente.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Registra los cuidados prestados al paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	97	55.1
Casi Siempre	58	33.0
Algunas Veces	16	9.1
Pocas Veces	5	2.8
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 48
Registran los cuidados prestados al paciente.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



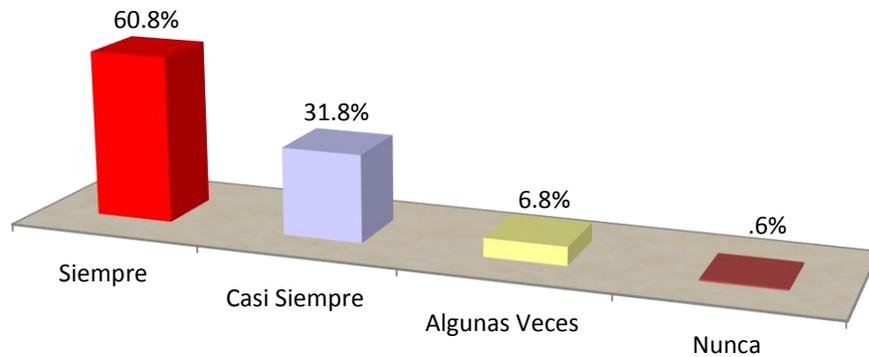
Fuente: Cuadro N° 48

Cuadro N°49
La atención que brinda a la usuaria está orientada a conseguir las metas y un propósito determinado.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

La atención que brinda a su paciente está orientada a conseguir las metas y un propósito determinado	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	107	60.8
Casi Siempre	56	31.8
Algunas Veces	12	6.8
Nunca	1	.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 49
La atención que brinda a la usuaria está orientada a conseguir las metas y un propósito determinado.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 49

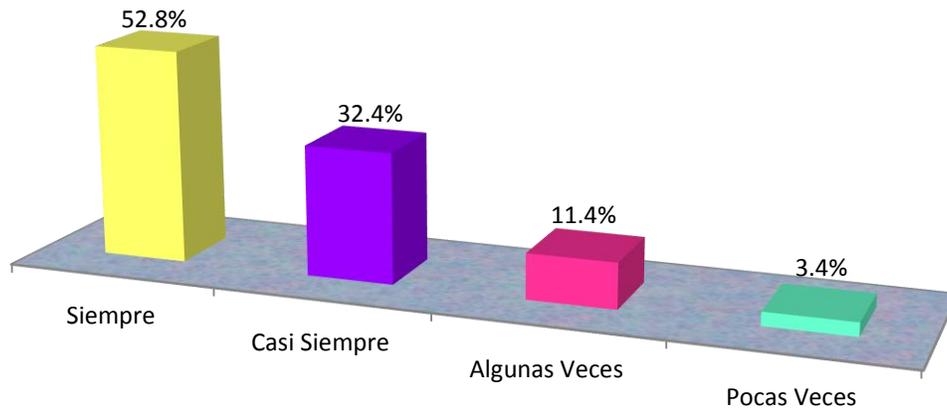
Cuadro N° 50
Se anticipan a resolver las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Se anticipa a resolver las necesidades del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	93	52.8
Casi Siempre	57	32.4
Algunas Veces	20	11.4
Pocas Veces	6	3.4
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 50

Se anticipan a resolver las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



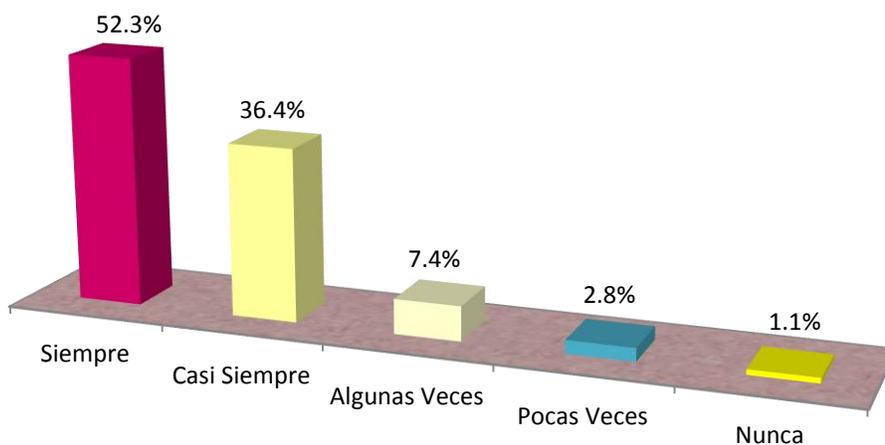
Fuente: Cuadro N° 50

Cuadro N° 51
Se coordinan con el resto del personal para proporcionar la atención a las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Se coordina con el resto del personal para proporcionar la atención a las pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	92	52.3
Casi Siempre	64	36.4
Algunas Veces	13	7.4
Pocas Veces	5	2.8
Nunca	2	1.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 51
Se coordinan con el resto del personal para proporcionar la atención a las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



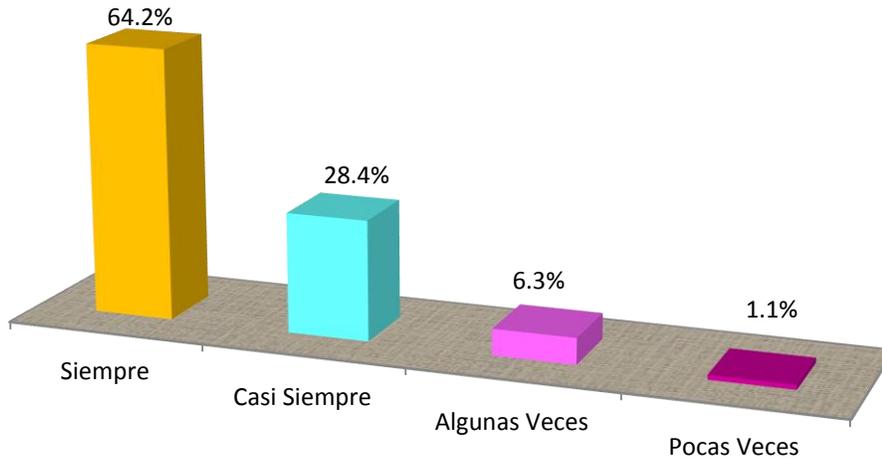
Fuente: Cuadro N° 51

Cuadro N° 52
Son responsables de la atención que brinda a las mujeres que se asignan.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Es responsable de la atención que brinda a los pacientes que se asignan	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	113	64.2
Casi Siempre	50	28.4
Algunas Veces	11	6.3
Pocas Veces	2	1.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 52
Son responsables de la atención que brinda a las mujeres que se asignan.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



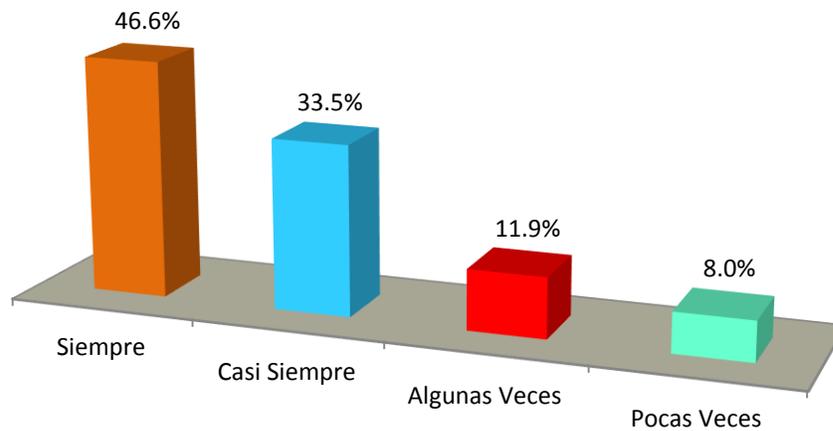
Fuente: Cuadro N° 52

Cuadro N° 53
Verifican los resultados obtenidos después de brindar la atención a las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Verifica los resultados obtenidos después de brindar la atención a su paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	82	46.6
Casi Siempre	59	33.5
Algunas Veces	21	11.9
Pocas Veces	14	8.0
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 53
Verifican los resultados obtenidos después de brindar la atención a las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



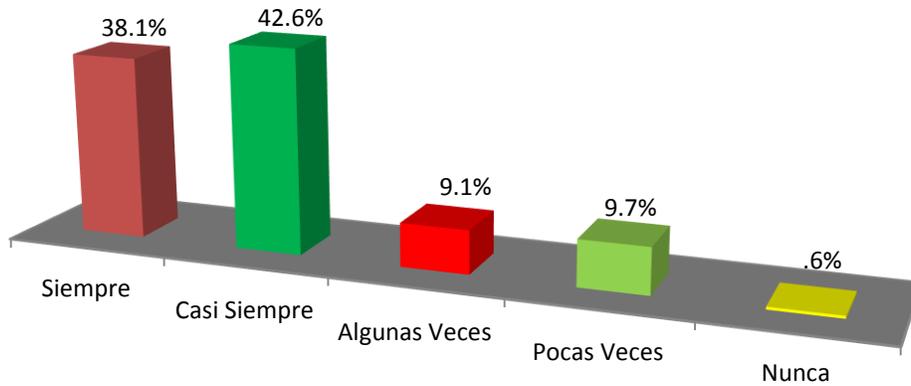
Fuente: Cuadro N° 53

Cuadro N° 54
La cantidad de cuidados que proporciona a las mujeres son suficientes y de calidad.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

La cantidad de cuidados que proporciona a las mujeres son suficientes y de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	67	38.1
Casi Siempre	75	42.6
Algunas Veces	16	9.1
Pocas Veces	17	9.7
Nunca	1	.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 54
La cantidad de cuidados que proporciona a las mujeres son suficientes y de calidad.
Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán.



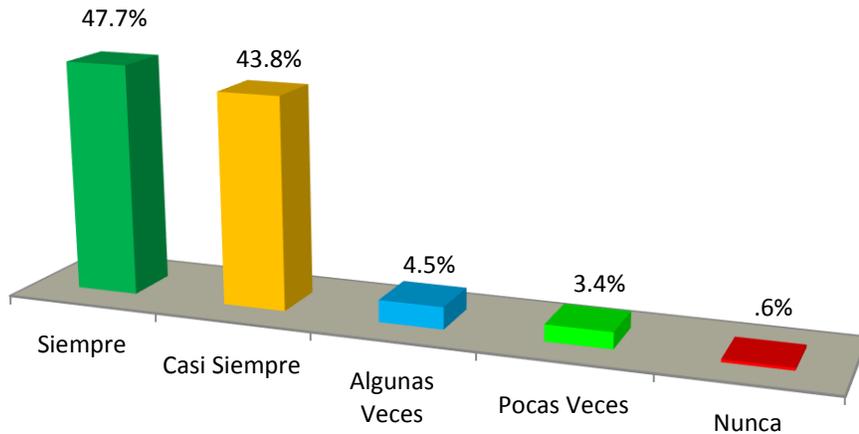
Fuente: Cuadro N° 54

Cuadro N° 55
Verifica al final del turno el logro de los objetivos establecidos.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Verifica al final del turno el logro de objetivos establecidos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	84	47.7
Casi Siempre	77	43.8
Algunas Veces	8	4.5
Pocas Veces	6	3.4
Nunca	1	.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 55
Verifica al final del turno el logro de los objetivos establecidos.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 55

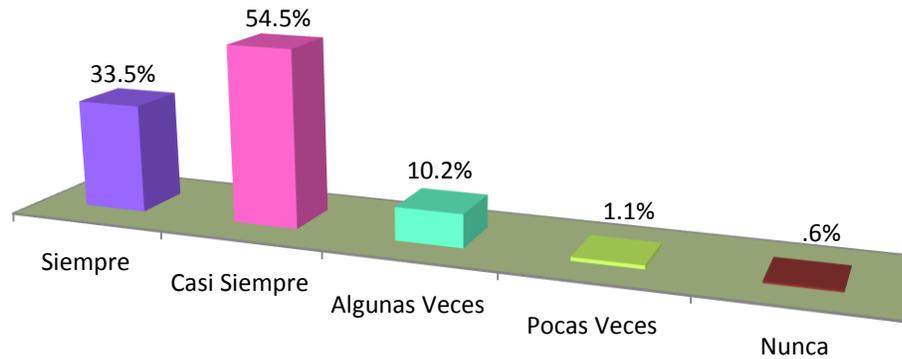
Cuadro N° 56
Los cuidados que se realizan satisfacen las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Los cuidados que se realizan satisfacen las necesidades de las pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	59	33.5
Casi Siempre	96	54.5
Algunas Veces	18	10.2
Pocas Veces	2	1.1
Nunca	1	.6
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 56

Los cuidados que se realizan satisfacen las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 56

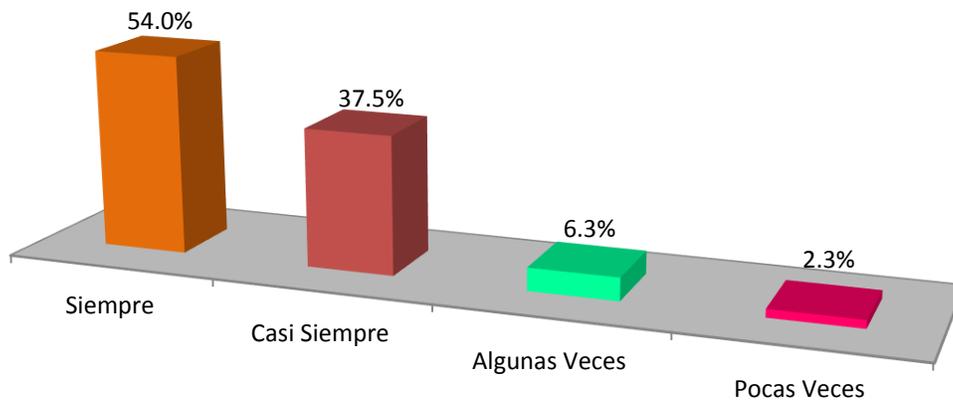
Cuadro N° 57
Los cuidados que se realizan satisfacen las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.

Los cuidados que realiza satisfacen las expectativas de sus actividades	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	95	54.0
Casi Siempre	66	37.5
Algunas Veces	11	6.3
Pocas Veces	4	2.3
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 57

Los cuidados que se realizan satisfacen las necesidades de las mujeres.
Hospital de la Mujer.
Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 57

Cuadro N° 58

Quando la atención proporcionada no logra los objetivos, considera las posibles causas y realiza medidas correctivas.

Hospital de la Mujer.

Morelia, Michoacán.

Quando la atención proporcionada no logra los objetivos, considera las posibles causas y realiza medidas correctivas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	72	40.9
Casi Siempre	77	43.8
Algunas Veces	17	9.7
Pocas Veces	10	5.7
Total	176	100.0

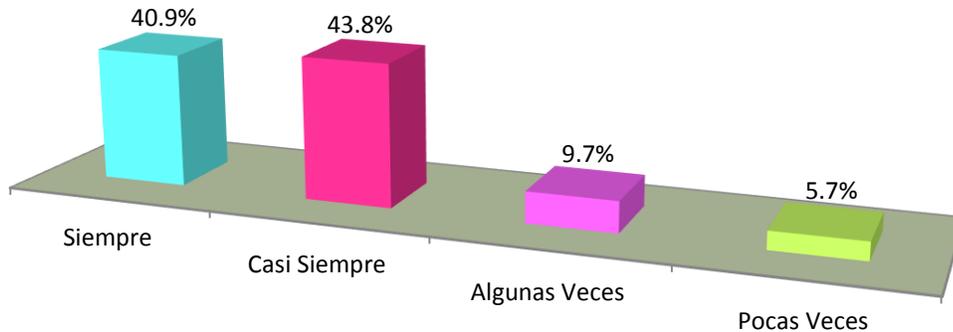
Fuente: Cuestionarios aplicados al personal de Enfermería. Hospital de la Mujer. Morelia, Michoacán, Mayo de 2013.

Gráfico N° 58

Quando la atención proporcionada no logra los objetivos, considera las posibles causas y realiza medidas correctivas.

Hospital de la Mujer.

Morelia, Michoacán.



Fuente: Cuadro N° 58

Anexo: 2

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA HOSPITALARIA Y COMUNITARIA (CAPDEP)

Elaborado por López España J. y Moreno Monsivais MG.

Revisado por: Grupo Mexicano para el Proceso de Enfermería 4 y 5 de noviembre 1999.

Utilizado con la autorización de los autores, en la investigación Impacto de una Intervención Educativa en el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería en atención primaria, de Ledesma-Delgado Ma. Elena, obteniendo un Alfa de Cronbac de 0.83

El **objetivo** de esta investigación es analizar la relación entre el conocimiento que tiene el personal de Enfermería sobre el Proceso de Enfermería y su aplicación en el cuidado de las mujeres.

No existen riesgos agregados a este estudio. Los **beneficios** esperados de esta investigación favorecerán la implementación de estrategias de capacitación y adiestramiento para el uso de esta metodología.

Le solicito de la manera más atenta no dejar ninguna pregunta sin respuesta. Agradezco de antemano su participación y apoyo.

Núm. de Cuestionario: _____

1.- FECHA DE IDENTIFICACIÓN

Subraye la opción que le corresponda

1. Turno de trabajo	2. Antigüedad en la Institución	3. Grado Máximo de estudios	4. Años de haber egresado
1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno 4. Jornada acumulada	1. Menos de 5 años 2. 5 años o más	1. Enfermería/General 2. Enfermería/Especialista 3. Licenciatura 4. Especialidad 5. Maestría	1. Menos de 5 años 2. 5 a 10 años 3. Más de 10 años

5. ¿Ha recibido usted cursos sobre el P.E.?	6. ¿Hace cuánto tiempo tomo usted el curso?	7. ¿Quién impartió el curso?	8. ¿Cuánto tiempo duro el curso?
1. Si 2. No	1. Menos de 1 año 2. 2-3 años 3. 4-5 años 4. Más de 5 años	1. Institución Educativa 2. Institución Hospitalaria 3. Otros (especifique): _____	1. Menos de 20 horas 2. De 20 a 40 horas 3. Más de 40 horas

II. CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Marque la opción que considere más adecuada a cada enunciado de acuerdo a los criterios que se le dan a continuación:

1. Totalmente de acuerdo 2. Parcialmente de acuerdo 3. No sé 4. Parcialmente en desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo

Item's	1	2	3	4	5
9.- El Proceso de Enfermería es un método para llevar a cabo acciones independientes de enfermería.					
10. La unificación de un lenguaje de enfermería facilitaría la comunicación entre los colegas.					
11. Enfermería solamente debe realizar actividades médico delegadas.					
12. El Proceso de Enfermería consta de 5 etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.					
13. Solamente el personal médico puede hacer diagnósticos.					
14. Los diagnósticos de enfermería son solo los síntomas físicos que tienen las mujeres.					
15. La planificación lleva mucho tiempo y no es factible.					
16. En la planificación se debe considerar los recursos de las mujeres y su familia.					
17. Los objetivos que se trazan en el plan deben responder a las necesidades de la enfermera.					
18. Los objetivos que se trazan en el plan responden a las necesidades de las mujeres.					
19. Los objetivos pueden ser de corto, mediano o largo plazo.					
20. Las intervenciones de enfermería son solamente de colaboración con otros profesionales de la salud.					
21. Las intervenciones de enfermería independientes son actividades que no necesitan recetas o indicación de otro profesional.					
22. Documentar las intervenciones de enfermería y agregarlas al expediente es importante para dar legalidad a su quehacer.					
23. El uso de los diagnósticos de enfermería apoya la sistematización de la práctica de enfermería.					
24. Es necesario el uso del diagnóstico de enfermería en práctica.					
25. El diagnóstico de enfermería nos ayuda a identificar las respuestas humanas de las mujeres a los problemas de salud reales y de riesgo.					

26. El diagnóstico de enfermería facilitaría la profesionalización de la disciplina de enfermería.					
27. El diagnóstico de enfermería facilita delimitar la práctica de enfermería.					
28. El diagnóstico de enfermería es un juicio emitido por el personal profesional y es la conclusión de la valoración.					
29. La taxonomía del diagnóstico de enfermería fue elaborada y propuesta por la NANDA.					

III. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS MUJERES

Marque la opción que considere más adecuada a cada enunciado de la izquierda de acuerdo a los criterios que se le dan continuación.

1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces 4. Pocas Veces 5. Nunca

Valoración	1	2	3	4	5
30. La valoración de las mujeres la realiza en forma individualizada.					
31. Durante su jornada de trabajo valora las necesidades de las mujeres.					
32. Al realizar los cuidados de enfermería averigua las necesidades, los problemas y preocupaciones de las mujeres.					
33. Recopila información de sus pacientes a través de entrevistas examen físico, laboratorio y observación.					
34. Registra los datos obtenidos en la valoración.					
35. Establece un nivel de confianza entre las mujeres, familiares y enfermería.					
Diagnóstico					
36. Identifica los problemas reales o potenciales en las mujeres.					
37. Durante su trabajo realiza actividades independientes.					
38. Usted elabora diagnósticos de enfermería en su práctica.					
39. Identifica conductas de salud destinadas a mantener, reducir, eliminar o prevenir alteraciones en el estado de la salud.					
40. Después de la valoración emite un juicio que permite establecer diagnósticos de enfermería.					
41. Utiliza Bibliografía (NANDA) para consultar los diagnósticos de enfermería establecidos.					
Planificación					
42. Al identificar problemas planea estrategias de educación que permitan reducirlos, eliminarlos o prevenirlos.					

43. Planifica los cuidados de enfermería según las necesidades de las mujeres.					
44. Permiten a las mujeres identificar sus propias necesidades determinar metas y colaborar en su atención.					
45. Los objetivos que establece durante su atención se basa en las capacidades y limitaciones de las mujeres.					
46. En coordinación con el paciente y la familia planea los objetivos para corregir, minimizar o prevenir problemas.					
Ejecución					
47. Permite la participación del paciente y sus familiares en los cuidados que se le proporcionan.					
48. Registra los cuidados realizados a las mujeres.					
49. La atención que brinda a su paciente está orientada a conseguir las metas y un propósito determinado.					
50. Se anticipa a resolver las necesidades de las mujeres.					
51. Se coordina con el resto del personal para proporcionar la atención a las mujeres.					
52. Es responsable de la atención que brinda a las mujeres.					
Evaluación					
53. Verifican los resultados obtenidos después de brindar la atención a las mujeres.					
54. La cantidad de cuidados que proporciona a las mujeres son suficientes y de calidad.					
55. Verifica al final del turno el logro de objetivos establecidos.					
56. Los cuidados que realiza satisfacen las necesidades de las mujeres.					
57. Los cuidados que realiza satisfacen las expectativas de sus actividades.					
58. Cuando la atención proporcionada no logra los objetivos, considera las posibles causas y realiza medidas correctivas.					

Anexo: 3

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN EN EL CUIDADO

Mediante la firma de este documento, **doy mi consentimiento** para participar en un estudio que aportará información relacionada con la profesión y la forma de trabajar de los profesionales de Enfermería.

El **objetivo** de esta investigación, consiste en determinar la relación entre el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería. La participación es totalmente voluntaria y después de iniciado el proceso se puede rehusar a responder cualquier tipo de pregunta o retirarse del estudio si lo desea, sin ninguna penalidad.

Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Estos datos serán almacenados y conservados por la investigadora una vez que se haya realizado el análisis de la relación entre conocimiento sobre el proceso de enfermería y la aplicación en el cuidado.

Se considera que no existen riesgos agregados a este estudio. Los beneficios esperados de esta investigación son la obtención de información acerca del conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería, para favorecer estrategias de capacitación al personal de enfermería en esta metodología.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación o sobre sus derechos como participante, por favor comuníquese con la Licenciada en Enfermería Cirila Dimas Palacios (responsable del estudio), en la Facultad de Enfermería, Domicilio Av. Ventura Puente, N° 115, Col. Centro, Morelia Mich. Tel 3139274.

Firma

Nombre de él o la participante

Fecha:

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el o la arriba firmante.

Firma

LEQ. Cirila Dimas Palacios

Nombre de la investigadora

Fecha:

Anexo: 4



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA



Morelia, Michoacán 23 de Abril de 2012

Lic. Enf. Cirila Dimas Palacios
Alumna del Programa de Maestría en Enfermería
Presente.

Por este medio nos permitimos comunicarle que el Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Enfermería, realizó la revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado: Conocimientos sobre el proceso de enfermería y su relación con la aplicación en el cuidado. El Comité dictaminó que se **Aprueba**, anexando al presente algunas observaciones y que deberá hacer la entrega del resumen de avances de la investigación a este Comité en un periodo no mayor de un mes.

Sin otro particular, reciba Usted un afectuoso saludo.

ATENTAMENTE

DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DIAZ
COORDINADORA DEL COMITE DE ETICA Y BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERIA

DRA. MA. ELIZABETH MEDINA CASTRO
SECRETARIA DEL COMITE DE ETICA Y BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERIA

MEM. MARIA DOLORES FLORES SOLIS
PRIMER VOCAL DEL COMITE DE ETICA Y BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERIA

MEM. MARIA JAZMIN VALENCIA GUZMAN
SEGUNDO VOCAL DEL COMITE DE ETICA Y BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERIA

c.c.p. archivo Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Enfermería

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Enfermería

Observaciones del Protocolo de Investigación.

Se sugiere en Material y Método iniciar con el tipo de estudio, tamaño de la muestra solamente, criterios de inclusión, exclusión, variables dependientes, independientes y de eliminación e instrumento de recolección.

Cumple con los artículos que se establecen en la Ley General de Salud y con preceptos de ética y bioética de Helsinki.
Es una investigación de bajo riesgo para el personal de Enfermería.
Se manejará la información de manera confidencial.



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

Of. No. 0163/Sec. Acad./2013

LE. URSULA ANGELES CORDOBA
JEFA DE ENFERMERAS DEL "HOSPITAL
DE LA MUJER"
PRESENTE

A/n: LE. ALEJANDRA ARROYO RODRIGUEZ
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

Por este medio me permito solicitar a usted de manera atenta, se brinden las facilidades para que la Licenciada en enfermería, CIRILA DIMAS PALAGIOS, aplique el instrumento "Relación entre el conocimiento sobre el Proceso de Enfermería y su aplicación en el Cuidado" con fines de recolección de datos bajo la asesoría de la MEM. Josefina Valenzuela Garandilla y la DRA. Ma. Cristina Martha Reyes.

Conocedora de su interés por la formación integral de los profesionales de la Enfermería, agradezco de antemano su invaluable apoyo y me es grato hacer propicia la ocasión para enviarle un atento y cordial saludo.

ATENTAMENTE

Morelia, Michoacán, a 11 de Marzo de 2013

FACULTAD DE ENFERMERIA

M. E. PÉREZ GUERRERO
SECRETARIA ACADÉMICA DE LA FACULTAD
SECRETARIA
ACADEMICA

C.c.p Archivo de la Facultad

Recibido Original
15-03-13
C.E. Claudia Jimenez
Pamela Villa



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

No. de Oficio. 0824/ACAD/2015

DR. JOSE APOLINAR CORTES
DIRECTOR DE CONTROL ESCOLAR
DE LA UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
PRESENTE.-



ATN. L.A. ULISES GUTIERREZ VAZQUEZ
Jefe del Departamento de Titulación

Por este medio me permito informar a usted que el (ta) C.M.E. CIRILA DIMAS PALACIOS, con número de matrícula 919657G, concluyó su tesis "RELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ENFERMERIA Y SU APLICACIÓN EN EL CUIDADO DE LAS MUJERES" motivo por el cual puede continuar con sus trámites de titulación.

Agradeciendo de antemano su atención al presente, hago la ocasión propicia para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Morelia, Mich., 13 de Mayo de 2015

DRA. MARIA LETICIA RUBI GARCIA VALENZUELA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

Handwritten signature and circular stamp of the Faculty of Nursing

DIRECCION

C.p. - Archivo de la Facultad

Handwritten note: G. Dimas (recibo original)

150515



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

No. de Oficio. 0823/ACAD/2015

DR. JOSE APOLINAR CORTES
DIRECTOR DE CONTROL ESCOLAR
DE LA UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
PRESENTE.-

AT'N. L.A. ULISES GUTIERREZ VAZQUEZ
Jefe del Departamento de Titulación

Por este medio me permito informarle Usted que a el (la) C.M.E. CIRILA DIMAS
PALACIOS, con número de matrícula 0106557G, se le autorizó la Tesis "RELACION ENTRE
EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ENFERMERIA Y SU APLICACIÓN EN EL
CUIDADO DE LAS MUJERES" para obtener el grado de Maestra en Enfermería, Tesis
Asesorada por la Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla.

Mesa 5

- Presidente: Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla
1er. Vocal: Dra. María Leticia Rubi Garcia Valenzuela
2º Vocal: M.C.I.E. José Luis Lira Huape

Agradeciendo de antemano su atención, al presente, hago la ocasión propicia para
enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Morelia, Mich., 13 de Mayo de 2015

DRA. MARIA LETICIA RUBI GARCIA VALENZUELA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

Handwritten signature of Dra. María Leticia Rubi Garcia Valenzuela



Recibo original
C. Dimas
14 DSJ

C.c.p.- Archivo de la Facultad