



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE

HIDALGO

DIVISIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE

ENFERMERÍA

**“EL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA COMO DETERMINANTE EN LA
INTEGRACIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA CON
TERMINAL EN GESTIÓN, DIRECCIÓN Y LIDERAZGO

PRESENTA:

L.E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ENF. MARIA LETICIA RUBI GARCIA VALENZUELA

DICIEMBRE 2008

MÉXICO

MORELIA, MICHOACAN,

TÍTULO

Pérez G.R.E, "El conocimiento de enfermería como determinante en la integración de la identidad profesional" 104 p. Morelia, Michoacán. 2008, Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. Enf. María Leticia Rubí García Valenzuela Profesor e Investigador Asociado “C” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como directora de tesis de maestría

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de Tesis titulado “El Conocimiento de Enfermería como determinante en la Integración de la Identidad Profesional” elaborado por Ruth Esperanza Pérez Guerrero Licenciada en Enfermería, y que será presentado como requisito para obtener el grado de Maestra en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Profesor e Investigador Asociado “C”

Facultad de Enfermería UMSNH

Firma: _____

MASE. Beatriz Velasco Nolasco

Profesora de la Escuela de

Enfermería FES Zaragoza UNAM

Firma: _____

M.C. María Cristina Martha Reyes

Profesor Investigador Asociado “ “

Facultad de Enfermería UMSNH

Firma: _____

Dra. Ma. Del Carmen Montoya Díaz

Profesor Investigador Titular “ “

Facultad de Enfermería UMSNH

Firma: _____

MCSI. José Luis Cira Huape

Técnico Académico Asociado “A”

Facultad de Enfermería UMSNH

Firma: _____

ÍNDICE

CAPITULO I	- 1 -
1. INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
2. ANTECEDENTES	- 2 -
2.1 Planteamiento del Problema	- 2 -
2.2 Descripción del Marco Teórico	- 3 -
3. JUSTIFICACIÓN	- 26 -
4. OBJETIVOS	- 29 -
4.1 Objetivo General	- 29 -
4.2 Objetivos Específicos	- 29 -
5. HIPÓTESIS	- 29 -
CAPITULO II	- 30 -
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	- 30 -
6.1. Diseño Y Tipo de Estudio	- 30 -
6.2 Universo y muestra	- 30 -
6.3 Instrumento	- 31 -
6.4 Procedimiento	- 31 -
6.5 Análisis de Datos.....	- 35 -
6.6 Ética del Estudio	- 36 -
CAPITULO III	- 37 -
7. RESULTADOS	- 37 -
8. ANÁLISIS	- 43 -
9. CONCLUSIONES.....	- 43 -
10. RECOMENDACIONES	- 54 -
11. SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS	- 54 -
13. APENDICES.....	- 62 -
3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	74



GLOSARIO

IDENTIDAD PROFESIONA: Loo, define a la identidad de enfermería como la relación que guarda la construcción de la identidad personal en un contexto sociocultural con la profesión de enfermería.

YO PERSONAL: Conjunto de características que conforman la personalidad del individuo

YO PROFESIONAL: Conjunto de características que conforman la personalidad de la profesión enfermera

CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA: Integración de los saberes teóricos, heurísticos y axiológicos.

SABERES TEÓRICOS: “el saber”

SABERES HEURISTICOS: “el saber hacer”, que implica el despliegue de habilidades.

SABERES AXIOLOGICOS: el reflexivo “el saber porqué se hace algo” es decir, la justificación crítica de la práctica traducido como el uso de los valores.



Pérez G.R.E, "El conocimiento de enfermería como determinante en la integración de la identidad profesional" 104 p. Morelia, Michoacán. 2008, Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Palabras clave: identidad, conocimiento, profesionalización, actitudes

La Profesión según Wilfred Carr y Stephen Kenis (2000) se caracteriza por ser capaz de crear conocimientos que se emplean en el ejercicio de la misma y encuentra en la investigación los métodos y procedimientos adecuados para la generación de la ciencia de la profesión específica. El caso de enfermería ha ocurrido que se ha incorporado lentamente el método y las teorías de enfermería, aunado al cumplimiento de las diferentes funciones que alejan a la enfermera cada vez más del cuidado al paciente, el cual ha conducido a un mayor deterioro de la identidad profesional, agravado por la falta de agremiación, de solidaridad y de integración del conocimiento ético, político, cultural, científico y legal, en el ejercicio de la profesión. Objetivo General: Analizar la relación existente entre la asimilación de conocimientos de enfermería y la integración de la identidad profesional en las enfermeras del Hospital de la Mujer. Material y métodos. Metodología: Es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Las variables fueron los conocimientos y la identidad de enfermería. El universo de estudio lo conforman 201 enfermeras del hospital de la mujer y se trabajo con el toda la población. _Que quiere decir con que se trabajo con toda la población. El total de encuestadas aplicadas fueron a 100 enfermeras. Fue necesario construir a partir de la operacionalización de variables, un cuestionario auto aplicado con preguntas cerradas, dicotómicas y de opción múltiple. Las actitudes alrededor de la práctica asistencial fueron los indicadores de las variables de la investigación y se midieron las respuestas con el escalograma de Guttman. La intensidad se codifico en Muy intenso: 1, intenso: 2, moderadamente intenso: 3, regularmente intenso: 4. El instrumento está constituido de cuarenta y dos reactivos. El procesamiento de datos se realizo por medio del programa SPSS versión 15, generando tablas de frecuencia y correlación de variables con la prueba de Pearson. El análisis de los ítems y desarrollo del escalograma de Guttman se hizo con la técnica de Cornell.



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La historia, tal como la describe Eduardo Galeano (año), “es un profeta con la mirada vuelta hacia atrás; por lo que fue, anuncia lo que será” o puede ser, como el pájaro mágico de la leyenda de Kelleyloo, que “cuando quería emprender nuevo vuelo, volaba primero hacia atrás, porque no podría decir para dónde iba, sin haber visto dónde había estado”.

En la actualidad, la enfermera que se desempeña en el área asistencial está perdiendo cada vez más la esencia de su quehacer, atribuido principalmente a tres factores: sobrecarga laboral, pérdida de la identidad profesional y rutina en su desempeño. Excepto la identidad profesional los dos factores anteriormente mencionados están determinados por los recursos con los que cuenta la institución sanitaria asistencial, de tal forma que es necesario profundizar en el tema de la identidad del profesional de enfermería.

Recordar que este apartado debe fortalecerse con algunos datos importantes que se pueden tomar del marco teórico....

En las siguientes paginas el lector encontrará los elementos correspondientes al informe de investigación “El conocimiento de enfermería como determinante en la conformación de la identidad profesional”. Dicho estudio se divide en tres capítulos a saber:

I. Planteamiento del problema, descripción del marco teórico, artículos relacionados, justificación, objetivos e hipótesis.

II. Diseño del estudio, descripción del instrumento, procedimiento para la colecta de datos, procesamiento y análisis estadístico de la información a recabar, sin omitir los aspectos éticos legales a los que debe remitirse este proyecto.

III. Resultados, análisis, conclusiones, recomendaciones, sugerencias para trabajos futuros y apéndices.



2. ANTECEDENTES

2.1 Planteamiento del Problema

La profesión históricamente ha heredado el arte de ser enfermera experta en el dominio de habilidades, sin embargo en estos tiempos y a causa de los efectos de la globalización, la aparición de sociedades del conocimiento, las tecnologías de información y comunicación ha sido un detonante de la evolución de la disciplina, por lo que ha sido necesario re conceptualizar las funciones de la enfermera y enfocar la actividad profesional hacia estos aspectos.

En las instituciones hospitalarias la función de la enfermera, incluye proporcionar cuidado al usuario y usuaria, actividad que se distingue por suplir las necesidades personales del mismo considerándolo un sujeto único, en el que la salud depende del equilibrio de las dimensiones social, psicológica, física, espiritual y emocional. De tal forma, se espera que al proporcionar cuidado, desde esta perspectiva se haga uso del pensamiento crítico y de un sistema de valores que pongan como prioridad el bienestar de la usuaria, de tal forma que no se reduzca, el actuar de la enfermera, exclusivamente al dominio de habilidades.

Partiendo de la premisa expuesta en el párrafo anterior, la autora ha observado una práctica de enfermería en el Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán en la cual se identifica, a priori, una desvinculación entre la teoría y la práctica.; es decir que el cuidado que se proporciona a la usuaria se basa principalmente en dar atención a las necesidades físicas y en el cumplimiento de normas que con el paso del tiempo se han convertido en rutinas.

Las rutinas determinan la realización del quehacer cotidiano de la enfermera como un comportamiento automático en el que lo más relevante es el dominio de habilidades y destrezas para la realización de procedimientos. Por lo tanto, los referentes teóricos con los que se actúa provienen de la experiencia en el área de trabajo, más que lo aprendido durante la formación como enfermeras. Dicho aprendizaje en algunas ocasiones es muy valorado por el gremio, de tal forma que se van formando círculos viciosos donde el efecto valorativo de la práctica está por



encima de otros tipos de conocimientos, desvirtuando la verdadera identidad profesional de la enfermera, cuyos efectos se observan en la limitación para la toma de decisiones y la capacidad para interactuar en el equipo multidisciplinario, debilidad en la proyección social de la profesión y por lo tanto una falta de aceptación del rol profesional en el rol personal.

En este aspecto, la bibliografía refiere que, la identidad de enfermería puede considerarse como la relación que guarda la construcción de la identidad personal en un contexto sociocultural con la profesión de enfermería, estableciendo un proceso de interacción continuo, aplicado en el contexto de desarrollo profesional, y que incluye en forma determinante la interacción con los otros profesionales de la enfermería.,

Así Cohen (1988), define la identidad profesional de enfermería como un proceso de socialización mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, considerado como elemento básico, la capacidad en clara referencia a los saberes teóricos, heurísticos, y con igual importancia, el aspecto axiológico, traducido quizá como el sentimiento de la identidad con el ser y hacer característicos de un miembro de esta profesión.

De acuerdo a lo anterior y para el desarrollo de este estudio, se plantea la siguiente pregunta de estudio:

¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos de enfermería con la integración de una identidad profesional?

2.2 Descripción del Marco Teórico

La profesión de enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia de la humanidad. En la época actual algunos fenómenos están permeando el desarrollo de la profesión tal es el caso de la globalización cuyas principales características son: crecimiento del comercio internacional de bienes productos y servicios; transnacionalización de megaempresas; libre circulación de capitales; privatización



de la economía; minimización del papel de los gobiernos y de los estados nación; facilidad de circulación de personas y bienes entre los diferentes países del mundo así como expansión de las posibilidades de comunicación por el surgimiento de la denominada sociedad de la información, lo que da como resultado una gran facilidad de contacto entre las personas debido a la aparición de diversos instrumentos y herramientas, entre ellas el internet.

La aparición de sociedades del conocimiento es otro de los factores que han contribuido al desarrollo de la profesión, principalmente porque los países le han conferido al capital humano una gran prioridad y la han denominado como una variable central del modelo económico dominante, por lo cual es necesario contar con *profesionales de enfermería* preparados y capacitados para alternar con otras personas de otro país, región o ciudad. Esta exigencia ha sido un impulsor del desarrollo de la profesión, generando la necesidad de políticas educativas que se enfoquen en la profesionalización de las enfermeras, sin referirse solo al nivel de escolaridad, sino al significado que entrama dicho concepto, es decir complementar la disciplina aplicada con las bases teóricas para actuar con bases éticas. Para fines de la presente investigación se puede distinguir dos variables mismas que se describen por separado y posteriormente se describe la relación entre ellas.

2.3 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.3.1 Identidad de Enfermería

Se puede entender que la identidad de enfermería es un proceso de interacción de la persona (yo personal) con el ámbito de la profesión (yo profesional), mismo que incluye a las y los profesionales de enfermería con los que interactúa.

La psicóloga Cohen (1988) en el libro denominado “la enfermera y su identidad profesional” define a la identidad profesional como un proceso de socialización mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión.



Así, el proceso de socialización profesional determina que tiene cuatro objetivos:

- 1) Aprender la tecnología de la profesión, es decir los hechos, las habilidades y la teoría; por lo que se refiere al aspecto cognoscitivo de la socialización profesional.
- 2) Aprender a asimilar la cultura profesional; consiste en internalizar la cultura profesional, incluye los valores, normas, atributos motivacionales y normas éticas comunes a los demás miembros de la profesión.
- 3) Encontrar una versión del rol que sea profesional y personalmente aceptable,
- 4) Integrar ese rol profesional en todos los demás roles de su vida.

Para llegar a estos objetivos, Cohen (1988), propone un modelo evolutivo de cuatro etapas, paralelas al modelo del conocimiento propuesto por Piaget (Año), en el cual se describe el desarrollo de los aspectos concretos, y cual es el mecanismo que interviene para lograr acceder a lo abstracto, descubriendo que este proceso es similar al aprendizaje de habilidades profesionales, estas etapas son:

- a. **Dependencia unilateral:** el individuo pone toda su confianza en los controles externos y va en busca de la única respuesta correcta. Los conceptos deben ser aceptados sin cuestionarlos aun proviniendo de fuentes externas, por que la persona carece de la experiencia y del conocimiento necesario para criticarlos u cuestionarlos.
- b. **Negativismo/ Independencia:** Los individuos deben liberarse de los controles externos por la vía de una rebelión cognoscitiva. A medida que cuestionan las ideas que antes aceptaba, comienza a cortar su dependencia de autoridades externas en lo que se refiere a conceptos y hechos.
- c. **Dependencia/asociación:** Señala el comienzo de la empatía y del compromiso con terceros. Durante esta etapa, la oposición a los hechos y a las teorías va siendo reemplazada por evaluaciones más realistas del entorno. Comienzan a pensar en el material en forma más abstracta y es probable que incorporen ideas de otros a sus propios pensamientos y juicios.
- d. **Interdependencia:** Se resuelve el conflicto entre la necesidad de independencia y el compromiso con la asociación. Asociación y autonomía, pues se integran de



tal modo que ninguno de los dos predomina. Los estudiantes alcanzan la capacidad de aprender de otros y también de ejercitar una posibilidad de juicio independiente para hallar soluciones.

En la teoría de desarrollo, el negativismo/ independencia es un elemento decisivo en el proceso de socialización profesional. En esta etapa el rol del estudiante pasa de pasivo a activo, y ofrece resistencia a las exigencias del rol que se basan en experiencias y roles previos. La resistencia es crucial para el desarrollo de dos aspectos sobresalientes de la profesionalidad: la capacidad de pensamiento crítico y la adhesión a la profesión. La capacidad de pensamiento crítico lleva implícito la aplicación de la teoría y de los conocimientos concretos y no la repetición memorística. En tanto que la adhesión al rol es necesaria para que el individuo tenga un sentimiento de compromiso con la profesión, en otros términos para que se profesionalice. (Cohen, 1988)

2.3.2 Integración del Yo Personal con el Yo Profesional

Un conjunto de comportamientos organizados del Yo personal, forma las bases del Yo profesional y, en consecuencia, el Yo personal ejerce una gran influencia sobre el Yo profesional. Pero el progreso de una etapa a otra puede ser cuestionado por que hay factores sociológicos y psicológicos que no permiten lo anterior

Al hablar de factores sociológicos (yo profesional) y psicológicos (yo personal) que determinan la resolución de etapas para consolidar una identidad de enfermería se considera lo siguiente:

Los factores sociológicos se refieren a dos condiciones que intervienen en el proceso de socialización profesional: estructurales y culturales.

Las estructurales son los factores subyacentes en cualquier situación, y las reglas que especifican las relaciones entre esos factores un ejemplo de ello son las experiencias educativas específicas definidas para la profesión. En enfermería se puede observar que quienes se forman como enfermeras se les oferta una diversidad de alternativas que lo llevan a elegir desde formarse como auxiliar de enfermería



hasta estudiar en un nivel de licenciatura. Por lo tanto cada uno de estos programas educativos ofertados define diferentes formas de enseñar a la futura enfermera.

Las condiciones culturales son los sistemas ideológicos que prevalecen en la sociedad, tal como se expresan en palabras, símbolos o ritos. El clima cultural determina como se siente el estudiante ante el comportamiento que se le exige. Por ejemplo los climas autoritarios conducen a la irritación estudiantil. En un clima permisivo los estudiantes se sentirán menos irritados pero podrán expresar más abiertamente su enfado.

Los factores psicológicos se refieren a las características propias de la persona que aceleran o inhiben el progreso hacia la profesionalidad. Dentro de ello se considera la capacidad académica que no se reduce solamente a los resultados que se pueden obtener en los tests de inteligencia, también incluye la madurez psicológica, la motivación o comportamiento orientado hacia objetivos, y las identidades latentes, elemento alusivo a los modelos de rol profesional que el individuo puede adoptar si esta en concordancia con su sistema de valores e ideal profesional.

2.3.3 Cuerpo de Conocimientos

En el capítulo destinado a la identidad profesional se dice que el individuo tiene como objetivo, aprender la tecnología de la profesión, es decir los hechos, las habilidades y la teoría. En dicho contexto el cuidado en enfermería requiere de saberes específicos de la profesión para que su ser y actuar no se desvinculen del grado de profesional de enfermería. Desde el punto de vista educativo el informe Delors “La educación encierra un tesoro” (1966) en el capítulo denominado, “los pilares de la educación” define que son cuatro los tipos de aprendizaje a los cuales debe referirse la educación. Entre ellos se encuentran:

Aprender a conocer: Se refiere a concertar entre una cultura general suficientemente amplia y los conocimientos particulares de las diferentes disciplinas, en torno a problemas e interrogantes concretos.



Aprender a hacer: Adquirir no solo una certificación profesional, sino más bien competencias que capaciten al individuo para hacer frente a gran número de situaciones previstas e imprevistas y a trabajar en equipo. Este aspecto implica el desarrollo de destrezas y la práctica de conocimientos.

Aprender a vivir juntos: Realizar proyectos comunes y prepararse para asumir y resolver los conflictos, respetando los valores del pluralismo, el entendimiento mutuo y la paz, a través de la comprensión del otro y de las formas de interdependencia.

Aprender a ser: actuar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y responsabilidad personal, para que florezca en mejor forma la propia personalidad.

Este documento, refiere que al aplicar los cuatro pilares de la educación, se produce una formación integral en los individuos, y se logra mantener un equilibrio entre el desarrollo intelectual y la madurez emocional. En este caso, el de la profesionalización de enfermería, implica desarrollar los elementos teórico – metodológicos y conceptuales de los contenidos, habilidades y la integración de valores expresados en actitudes.

Al realizar la revisión bibliográfica se encontró que varios autores (Torrecillas, 2007; Escalona, 2006; Ayala, 1999; Blanco, 2007, Duran, 2000) concuerdan en los tipos de saberes que debe integrar un profesional de enfermería, este hecho asociado a la concepción que prevalece en la educación desde el punto de vista constructivista Frida Díaz Barriga (1998) respecto a que el conocimiento profesional de enfermería se articula en tres planos: el conceptual, que implica “el saber”, “el saber hacer”, que implica el despliegue de habilidades, el reflexivo “el saber porqué se hace algo” es decir, la justificación crítica de la práctica traducido como el uso de los valores.

A continuación se presenta la conceptualización de cada uno de ellos según algunos autores:

Saberes Teóricos:



La enfermera para proporcionar cuidado requiere de conocimientos de las ciencias básicas, las ciencias humanas y las ciencias sociales pero, como disciplina necesita de conocimientos propios de la profesión que la distinguen del equipo multidisciplinario. En este sentido los conocimientos a los cuáles se refiere la enfermería se articulan en base a las características de la disciplina, misma que delimita su objeto de estudio en relación al cuidado y las teorías que han propuesto las teóricas en relación a ello, la utilización del proceso de enfermería como método, además de un lenguaje especializado traducido como las taxonomía I y taxonomía II.

CUIDADO

La enfermería como disciplina centra su conocimiento en la atención de la salud humana y como profesión se preocupa por el bien fundamental de la humanidad donde ejerce su práctica bajo un marco de valores ético-legales para cuidar a la persona, familia y grupos sociales en los que el individuo se desenvuelve.

El cuidado es el centro de interés de la disciplina enfermera, proviene del latín “cogitatus” cuyo significado es “pensamiento”, este origen determina un cuidado reflexivo, donde se involucren saberes de los tres ya mencionados pero sobre todo tener la concepción que el usuario es un ser con características únicas y que como tal debe ser tratado. Meleis (1991) define el cuidado así: en una situación salud/enfermedad, la enfermera interactúa con un ser humano, parte integrante de su contexto sociocultural, que se encuentra en una transición o que anticipa una transición. Las interacciones enfermera – cliente están organizadas alrededor de un objetivo y la enfermera utiliza alguna acción para mejorar, facilitar y fomentar la salud. Por lo que se deduce que en el cuidado se realiza una intervención que marca una diferencia en la vida de las personas, permitiendo al usuario hacer reales las posibilidades que provienen del interior y dar un sentido a sus experiencias de salud y de vida. (Kerouac, 2005)

La teoría se concibe como una articulación de ideas rigurosa y creativa, en donde las ideas se organizan como conceptos representados por palabras simbólicas que harán que la teoría refleje la visión sistemática de un fenómeno. En este sentido hay un sinnúmero de teorías propuestas por las teóricas de enfermería para su aplicación



en las áreas de trabajo. Estas teorías se clasifican en filosofías de enfermería, modelos conceptuales, y teorías pero el contexto del universo de estudio aún no se encuentra en ese grado de desarrollo de la profesión enfermera.

PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático cuyo objetivo es conocer y tratar las respuestas humanas del usuario en relación a la salud. Para lo cual se divide en cinco etapas a saber: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. De acuerdo al contexto se abordarán la valoración y planeación.

Valoración. Nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Debe ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico, es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y fisiopatológicas. Las 14 necesidades de Henderson, los patrones funcionales de Mary Gordon son solo unos ejemplos de instrumentos para la valoración. Son tres los pasos que se deben realizar en la valoración: 1. recolección de la información, 2. validación, 3. registro. La recolección da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continúa en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea 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 nos permitan conocerlos. La información se recolecta a través de la entrevista y del examen físico. La validación de los datos es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que lo haga, comparar datos subjetivos y objetivos. El último paso de la valoración consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Planeación: Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo. Los pasos para realizar la planeación son: 1. establecer prioridades, 2. elaborar objetivos, 3. determinar acciones de enfermería, 4. documentar el plan de cuidados. La priorización sugiere Alfaro (1999) hacerla con la jerarquía de las



necesidades humanas de Maslow y Kalish. Los objetivos deben resultar del diagnóstico de enfermería, centrarse en dar solución al problema, estar dirigidos al usuario, familia o comunidad. La determinación de acciones de enfermería se hace al responder a preguntas tales como; ¿Cuál es el problema?, ¿Cuáles son sus factores relacionados o de riesgo?, ¿Qué se debe valorar antes, durante y después de realizar las acciones de enfermería?, ¿Qué acciones educativas se requieren?, ¿Qué acciones de enfermería derivadas de la prescripción médica están encaminadas a dar solución al problema y su etiología?. La documentación del plan de cuidados se puede registrar en un formato individualizado o estandarizado.

Saberes Heurísticos:

Martha Rogers (1970), sugiere que la práctica es la expresión de la forma como utilizamos el conocimiento de enfermería. Este dominio requiere percepción, preparación, respuesta guiada y mecanismo. Patricia Benner (1987), señala la importancia paradigmática de las situaciones de trabajo para el desarrollo gradual de la competencia profesional según el modelo de Dreyfus y Dreyfus. (Citado por Rauner, 2007).

Benner, (1987) apunta que determinados saberes prácticos escapan a toda formulación científica de carácter teórico y el individuo puede adquirir habilidades y conocimientos prácticos que cuestionan o amplían los postulados teóricos vigentes. La autora define que la competencia clínica se adquiere con el paso del tiempo, acotado seis ámbitos de conocimiento: a) distinciones cualitativas escalonadas b) significados ordinarios c) presunciones, expectativas y predisposiciones d) modelos o casos tipo y discernimiento personal e) máximas o consignas f) atribuciones o competencias imprevistas.

Esta teórica estructura estadios de cualificación derivados del modelo de Dreyfuss (año), clasificándolos como:

PRINCIPIANTE: No tiene experiencia de la coyuntura o situación que afronta es preciso darle unas directrices que encaucen su actuación



PRINCIPIANTE AVANZADO: Conocimiento orientativo y general adquirido en la experiencia de trabajo profesional mediante la aplicación de reglas simples en situaciones de trabajo unívocas.

COMPETENTE: Conocimiento relacional adquirido en la experiencia de trabajo profesional mediante la observación o consideración de un gran número de hechos, patrones y reglas en el contexto situacional de la actividad profesional.

EFICIENTE: Conocimiento detallado y funcional adquirido mediante la confrontación con problemas complejos sin soluciones previas y la apropiación de conocimientos técnicos relacionados.

EXPERTO: Conocimiento técnico profundo basado en la experiencia, adquirido mediante la confrontación, en un puesto de responsabilidad, con tareas poco estructuradas que exigen una larga experiencia, así como la apropiación de conocimientos teóricos especializados.

En la teoría de Benner se detectaron 31 competencias de la enfermería asistencial mismas que están clasificadas en siete campos los cuáles son:

La función de ayuda al enfermo, la función docente y tutelar, la función diagnóstica y de vigilancia del paciente, gestión de situaciones que cambian rápidamente, administración de supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos, supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia sanitaria, competencias en el plano organizativo y contexto laboral.

La enfermera experta en la función de ayuda al usuario debe ser capaz de:

- a. Prodigar medidas de alivio y preservar la dignidad del individuo frente a la inmovilidad
- b. Hacer acto de presencia y establecer comunicación mediante el tacto.
- c. Saber distinguir la clase de dolor y elegir los métodos idóneos para su tratamiento y control.
- d. Orienta al paciente en sus altibajos orgánicos y emocionales



Saberes axiológicos:

Los saberes axiológicos aluden a la puesta en práctica de los valores y normas de conducta relacionadas con el ejercicio profesional. El dominio afectivo es: recibir, responder, valorar, organizar, caracterizar un complejo de valores.

El CIE adopto por primera vez un código internacional de ética para enfermeras en 1953. Posteriormente ha sido revisado y la última versión, aporta normas de conducta ética la cual tiene cuatro elementos principales; la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión, la enfermera y sus compañeros de trabajos.

En el contexto institucional, en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se presenta el código de conducta para el personal de salud (2002) cuyo objetivo se encamina a mejorar la calidad de los servicios y favorecer la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, así como de los profesionales que los atienden.

El comité interinstitucional de enfermería, propuso en 2001 el código de ética de enfermeras y enfermeros en México, el cuál propone una declaración de principios así como los deberes de las enfermeras como profesionistas, para con las personas, para con la profesión, para con sus colegas y con la sociedad.

Podría hacer un recuento de todas los códigos de ética existentes, pero no es el objetivo de este apartado por lo que se describen y definen a continuación los valores encontrados más comúnmente en los anteriores códigos.

Confiable: La enfermera reconoce sus limitaciones para buscar el apoyo necesario o la derivación de los pacientes. Se abstiene de utilizar con propósitos de difusión la información generada en la institución donde preste sus servicios, a menos que cuente con la autorización correspondiente. Establece vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza.



Amabilidad: Relación profesional amable, personalizada hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.

Honestidad: Nunca usar el cargo institucional para ganancia personal, ni aceptar prestación o compensación de ninguna persona u organización que pueda llevar a actuar con falta de ética en las responsabilidades u obligaciones.

Respeto: Considerar sin excepción alguna la dignidad de la persona humana, los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable y tolerante. Acepta la decisión que toma el paciente respecto a la negativa de recibir maniobras exploratorias, diagnósticas o rehabilitadoras.

Equidad: Valores sociales referentes a la distribución equitativa de recursos y servicios, en este caso para la atención de la salud, sin distinción de edad, género, grupo social, ideología y credo, estado de salud o enfermedad. Proporciona cuidado a toda persona sin distinción de: nivel socioeconómico, condición higiénica, si es conocido o no, o patología.

MARCO REFERENCIAL

2.2.4 Esquema Original de la Teoría de Martha E. Rogers

Martha E. Rogers propuso en 1970 la Teoría de los seres humanos unitarios, misma que describe el proceso vital de los seres humanos. Los seres humanos son campos de energía dinámica que se integran en los campos de su entorno. En 1983 planteo las cuatro piedras angulares de su modelo: el campo de energía, un universo de sistemas abiertos, el patrón y las cuatro dimensionalidades.

A continuación se describe brevemente cada uno de estos conceptos:

El campo de energía: Se puede entender la denominación “campo” como la unidad; así “energía” se deduce como la naturaleza dinámica del campo. Se identifican dos tipos de campos: el campo humano y el campo del entorno.



Universo de sistemas abiertos: Sostiene que los campos de energía son infinitos, abiertos, se integran entre sí y se hallan en continuo proceso.

El patrón: Es la característica distintiva de un campo de energía y se percibe como un único movimiento. La naturaleza del patrón cambia de forma continua e innovadora y estos cambios dan identidad al campo de energía. Las manifestaciones emergen como un proceso mutuo del ser humano y su entorno, se refieren al comportamiento, cualidades y características de cada campo.

Pandimensionalidad: Se define como un dominio no lineal que carece de atributos espaciales o temporales. Aporta un dominio infinito, sin límites y expresa de la mejor manera posible la idea de un todo unitario.

Ser humano unitario: Campo de energía irreducible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto.

Los principios de la homeodinámica postulan un modo de percibir a los seres humanos unitarios. Rogers identifica los principios de helicidad, resonancia e integración y los define de la siguiente manera:

Helicidad: Describe un desarrollo en forma de espiral bajo un modelo continuado, irrepitable e innovador.

Resonancia: El modelo cambia con un desarrollo que va desde la baja a la alta frecuencia; tiene grados variables de intensidad.

Integración: Pone en relieve el proceso mutuo y continuo de la persona y su entorno.

Marriner (2007) al hacer un análisis del Modelo de Rogers señala dentro de las aplicaciones del mismo en la práctica profesional, que aporta un marco filosófico en el cual, la enfermería se basa en un conocimiento teórico que guía la práctica enfermera. Contrario a algunos momentos históricos de la enfermería donde se ha tildado a la práctica como algo útil y la teoría como todo lo contrario ahora, se han relacionado estos dos componentes como factores para enriquecer el saber en el campo de la enfermería.



2.2.5 Adaptación del Modelo de Martha Rogers

La identidad de enfermería como se menciona en líneas anteriores, constituye un proceso de adquirir el sentimiento de pertenencia a la profesión; la asimilación de cada uno de los saberes, puede determinar que la enfermería se proyecte tanto interna y externamente de forma positiva o negativa.

Para fines de la presente investigación se tomara de la teoría de Martha Rogers los siguientes conceptos: (ver Figura 1)

Campo de energía; específicamente el campo humano el cual en la unidad de análisis es la enfermera, reconociendo en ella la característica de que es dinámica por lo tanto puede presentar un patrón que cambia de forma continua e innovadora y estos cambios dan identidad a la enfermera.

Las características evidentes de la enfermería se identifican al describir los saberes teóricos, heurísticos y axiológicos, mirados desde la perspectiva de conjunto Cuando estos cambios suceden se debe a dos pilares de la hemodinámica

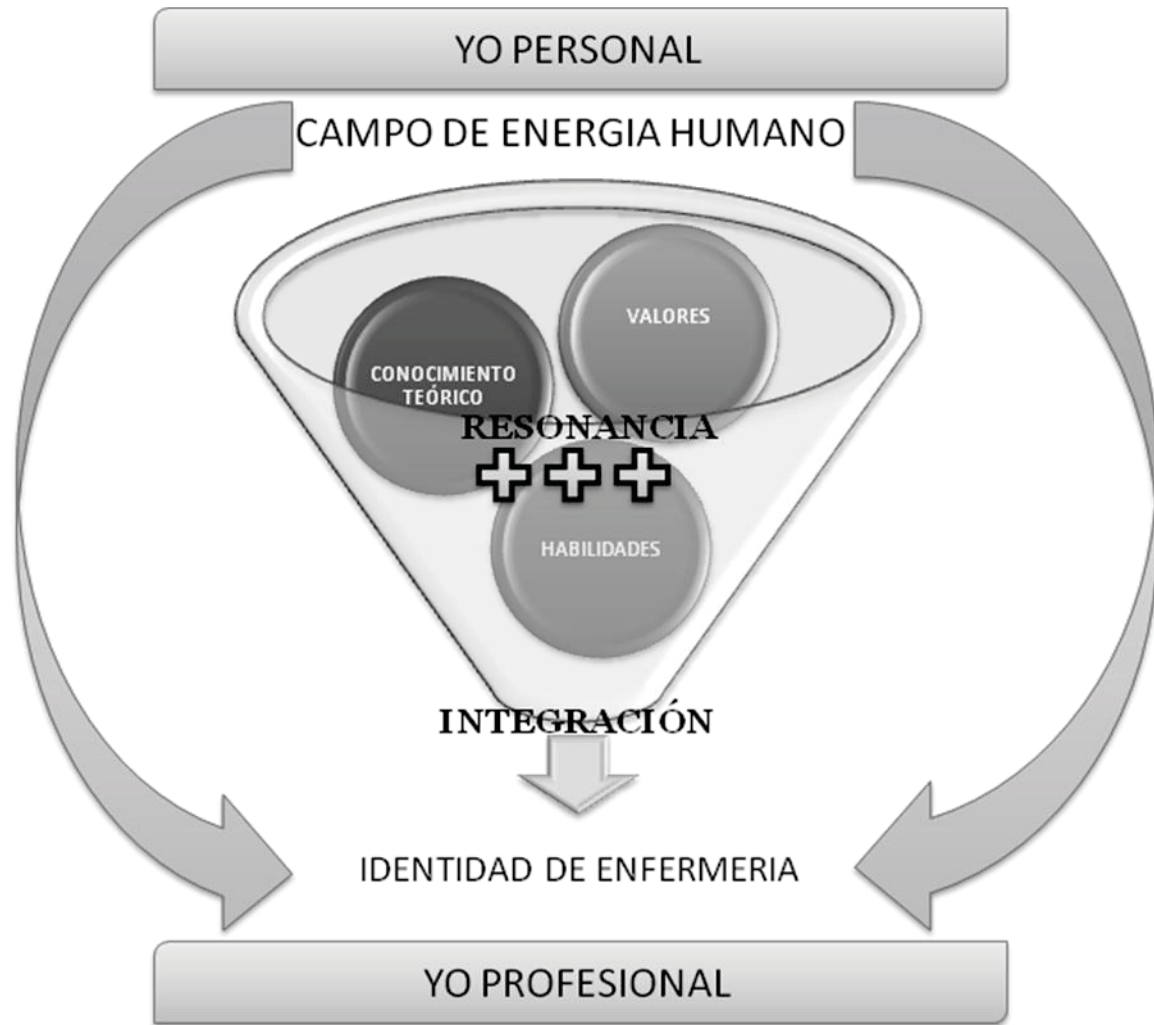
Resonancia; indica grados variables de intensidad, que para fines de la investigación se traduce en el proceso de socialización profesional. De tal forma que se clasifica a la enfermera en los extremos del proceso de socialización profesional (1.dependencia unilateral, 2.negativismo/independencia, 3.dependencia/asociación, 4.interdependencia) debido a la relevancia que tiene la resistencia en la etapa de negativismo/ independencia, hecho determinante para desarrollar la capacidad de pensamiento crítico y el sentimiento de adhesión a la profesión.

Integración; explica que la graduación de intensidad, se da en el intercambio del campo humano y el entorno, entendido como el proceso de asimilación de la identidad ocupacional. Es el producto resultante de la interacción de los conocimientos puestos en la práctica profesional.



MODELO DE IDENTIDAD PROFESIONAL

Diagrama propuesto por Pérez, 2008.





MARCO HISTÓRICO

2.3 Estudios Relacionados

Torrecilla (2007), refiere un estudio monográfico, descriptivo se realizó utilizando el análisis documental de Literatura. Se sometió la información recogida a un análisis valorativo con procedimientos lógicos de inducción y deducción; producto de lo cual se arribo a conclusiones sobre la filosofía del Profesional de Enfermería, pues el desconocimiento de los principios éticos hace que estos profesionales no puedan cumplirlos o exigirlos. Las reflexiones y conclusiones se realizaron a punto de partida del método empírico de la entrevista en profundidad y la discusión grupal aplicadas a un grupo de profesionales de Enfermería y otros profesionales de otras especialidades de nuestra facultad y profesores de Filosofía y de la Cátedra de Bioética de la facultad “Enrique Cabrera” a propósito de recoger opiniones al respecto. La profesión debe tener presente en su quehacer diario algunos elementos filosóficos como son: esfera del Conocimiento, esfera de los valores, esfera Del Ser.

Cárdenas (2007). En la Educación Superior se realizó una investigación cuyo objetivo fue identificar el impacto que ejerce el currículo oculto en la construcción de la identidad de Enfermería. El estudio parte de un abordaje exploratorio, conto con la participación de una muestra de 260 egresados de la licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México de las generaciones 1986-2004 que se encontraban laborando en las instituciones de salud en la Ciudad de Toluca. La edad promedio de los egresados fue de entre 22 y 49 años; el género es en el 90% femenino y 10% masculino. Mientras, el 58% de los egresados es soltero. Dentro de los principales hallazgos reportados se encontró: los egresados que fueron objeto de esta investigación no poseen una identidad sólida, definida y fortalecida, debido a muchos factores como: capital cultural, cuestiones personales, currículo no adecuada a la actual realidad, a la pedagogía y a la enseñanza no humanista, así como salarios indignos, comportamientos pasivos frente a un proyecto de vida.



Escalona (2006) Según la OMS, la misión de la enfermería en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social dentro del contexto en que viven y trabajan, para poder llevar a cabo esta misión es necesario tener una identidad profesional. El objetivo de dicho artículo es identificar la percepción de la identidad profesional, de las enfermeras del Hospital General de México. Se empleo la clasificación de Ignacio Méndez, de acuerdo a esto el estudio es de tipo descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, por que se diseño un instrumento para recolectar la información sobre identidad profesional, por lo tanto se trata de una encuesta descriptiva. Se diseñó un cuestionario de análisis semántico de acuerdo a la operacionalización de la variable, aplicando una prueba piloto del cuestionario a 30 enfermeras del servicio de Urgencias Medicas en los diferentes turnos, una vez hechas las correcciones gramaticales y semánticas se aplico el instrumento a 138 enfermeras. Se identifica que de las características que mencionaron las enfermeras coinciden con los aspectos relacionados con que definen la identidad profesional ser humana, responsable, y tener conocimiento esto coincide con lo que menciona Martínez Benítez, el refiere que los elementos que conforman nuestra Identidad Profesional son los antes mencionados y también señala que estos elementos se han manejado desde los inicios de enfermería.

Marques, 2006. Este estudio tuvo como objetivo: inventariar el número de tesis y disertaciones de enfermería del período de 1975 a 2001 con aproximación de las representaciones sociales (RS); caracterizar las producciones con relación a la institución de origen, a las regiones del país, a los sujetos de los estudios y objetos de representación; reunir en las categorías temáticas y líneas de investigación en enfermería. Los datos fueron recolectados del catálogo del Centro de Estudios y Pesquisas en Enfermería/ Asociación Brasileña de Enfermería. El resultado evidenció 131 estudios con soporte de las RS, producidos desde 1990, con mayor producción en el año de 2000, principalmente en la Región Sudeste (83,1%). Se registraron 145 sujetos; los objetos más comunes fueron “enfermedad”, “proceso salud-enfermedad”, “práctica profesional del enfermero” y el “cuidar”. En la



categorización temática, el área de atención es el que reúne el mayor número de investigaciones. En resumen, la Enfermería busca apropiarse de este referencial teórico y metodológico en el embasamiento y guía parte de la producción de su conocimiento.

Gomes (2005) El objeto de este trabajo es la imagen profesional construida por los enfermeros de salud pública. El referencial teórico-metodológico adoptado fue la Teoría de las Representaciones Sociales. Los resultados revelan la existencia de una auto imagen profesional con tres grupos de significados: ser referencia para el equipo, la imagen inespecífica y la imagen de argamasa; y la hetero imagen profesional con cuatro grupos de significados: el de administrador, de invisible, imagen positiva y de sobre posición. El objetivo fue describir y analizar las imágenes profesionales presentes en las representaciones de enfermeros que desarrollan cuidado directo a la clientela. La metodología se aborda desde el paradigma cualitativo, desarrollado en la ciudad de Petrópolis – Río de Janeiro/Brasil. Fueron realizadas entrevistas en profundidad con 30 enfermeros. El análisis léxico fue efectuado a través del software Alceste 4.5. Las conclusiones fueron las siguientes: el estudio de la imagen profesional refleja la propia construcción de la identidad del enfermero, y también destaca la Teoría de las Representaciones Sociales como herramienta útil al desarrollo de investigaciones en enfermería.

CANOVAS, 2004 realizó un estudio que presenta una propuesta antropológica de análisis de relación trabajo e ideología. Centrando el interés en la Disciplina Enfermera, se observa que al indagar en la evolución histórica de la Enfermería en España, se encuentra una profesión que ha carecido durante mucho tiempo de una identidad socio profesional adecuada para evolucionar en el marco social, cuyo déficit histórico ha repercutido en la ausencia o déficit socializador del colectivo. El objetivo fue analizar cómo se ha ido conformando la identidad socio profesional mediante la memoria de trabajo y las experiencias históricas de las que han participado los profesionales en Unidades de Hospitalización y Atención Primaria. La metodología se plantea desde la Antropología Social. Las Técnicas



parciales utilizadas en este estudio fueron observación participante, entrevistas en profundidad. El periodo de realización del estudio fue de octubre del 2003 a mayo del 2004. El universo de estudio lo constituyeron los profesionales de enfermería en unidades de hospitalización y atención primaria. La muestra la constituyeron 17 profesionales de los cuales 11 eran mujeres y 6 hombres. Elegidos en función de las siguientes variables: la edad y la experiencia profesional, género y lugar de trabajo. A través de los discursos enfermeros observados y analizados durante la investigación, se refleja una identidad social interiorizada (ideas, actitudes y valores) en diferentes grados por los profesionales que lógicamente, no da lugar a una identidad enfermera común. Son muchos los factores que repercuten directamente en este déficit socializador tales como las relaciones de género, las ideologías que han caracterizado a la profesión durante su evolución histórica, el poco reconocimiento por parte de la sociedad y el planteamiento de las instituciones sanitarias que giran en torno a valores tecnocráticos y masculinos. Con todo ello, los profesionales se sienten cada vez más reconocidos y tienen una conciencia valorativa importante del trabajo que realizan en la sociedad.

Netto, 2004 Este estudio se insiere en el área salud y sociedad, subárea proceso de trabajo y conocimiento en salud, como estudio de la fuerza de trabajo - el elemento humano del trabajo - en el que se pretendió comprender el proceso de construcción de la identidad del enfermero a partir del trabajo cotidiano. Se trata de una investigación cualitativa, cuyo referencial primario fueron Berger y Luckmann, y Agnes Heller. Se desarrollo este estudio en un hospital de la red de servicios públicos del Municipio de Cuiaba, MT. Este estudio mostró que, esencialmente, el enfermero es un ser que se construye en el tiempo, en el espacio y en las relaciones cotidianas; ser enfermero es ser en percepciones y expresiones sensibles más o menos realizables; el modo de ser enfermero indica sus formas materiales, sensitivas y expresivas, conformadas en el tiempo, en el espacio, en las relaciones y representa la conjunción del ser y sus percepciones / expresiones.



Hernández, 2003 realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la población del municipio Caibarién durante el año 2000. El objetivo era identificar la imagen social de la enfermería en el municipio. El universo de estudio quedó constituido por 32 600 habitantes mayores de 15 años. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado y se consideró como estratos el sexo y lugar de residencia, la muestra se constituyó con 1 630 personas encuestadas. las variables edad, sexo, opinión acerca del sexo que deben tener los profesionales de enfermería, consideración sobre los cuidados recibidos, actividades que debe realizar este personal, así como imagen que les merece, y status social del personal de enfermería. Los resultados fueron los siguientes; el 48,9 por ciento de la población encuestada pertenece al sexo masculino y el 51,1 al femenino; el grupo etario más representado fue el de 20 a 29 años, el 93,5 por ciento opinó que el personal de enfermería puede ser de uno y otro sexos; el 91,8 por ciento consideró haber sido atendido adecuadamente y un gran porcentaje opina que la profesión de enfermería le merece respeto y admiración. Concluye que la sociedad concede a la enfermería un elevado status ya que siempre recibe importantes aportes de estos profesionales.

Silva AL, 2002 Realizo una investigación con base en un estudio cualitativo, de tipo histórico, a través del análisis documental cuyo objetivo fue evidenciar las dispersiones en la construcción del conocimiento, a partir de los anales del Congreso Brasileño de Enfermería, en los período de 1977 a 1987. El análisis convergió hacia dos categorías centrales: imagen profesional e identidad profesional. Estas categorías se configuraron en una red compleja, dinámica, en la cual se destacan las subcategorías: status profesional y papel profesional.

Moreira, 1999. El objetivo de esta investigación fue discutir el proceso de identidad de enfermería en el marco de la modernidad. Usamos como puntos de apoyo las categorías de género (LOBO, 1991) y de persona moderna (DUARTE, 1986). La modernidad como proceso histórico sitúa el surgimiento del trabajo como categoría clave en la relación entre lo público y lo privado.



Entendiendo la carrera como un proceso de construcción y presentación pública de la persona moderna; se discutió el proceso de construcción de la identidad profesional de enfermería en relación con su base femenina. Trabajando la literatura etnográfica de estos profesionales, vemos actualizado un imaginario que atribuye a la posición femenina de la profesión gran parte de sus dilemas: crisis de competencia técnica, vocación e identidad.

Blanco, 2007. Este trabajo pretende poner las bases para “formar enfermeras capaces de desarrollar de forma integrada las diferentes dimensiones de su rol profesional definido en forma de competencias” (Blanco et al. 2005). Por experiencia, sabemos que no es lo mismo formar en competencias que desarrollar las diferentes asignaturas de un plan de estudios. Las competencias están más ligadas al mundo de la empresa y al quehacer profesional plenamente integrado. Los objetivos de aprendizaje comunican lo que en el curso educativo se espera que el estudiante aprenda. Lo que el estudiante ha de ser capaz de demostrar al finalizar un periodo de aprendizaje; en nuestro caso, un curso académico. Material y métodos. Se han elaborado los objetivos de aprendizaje de la Diplomatura de Enfermería de la EUI Vall d’Hebron. Se describe el proceso seguido para elaborar los objetivos, los pasos previos a la preparación de los mismos. Resultados. Concreción de los objetivos en un libro por curso y niveles de complejidad objetivos con estudiantes y profesores. Se han revisado anualmente y se han introducido mejoras a los mismos. Conclusiones. Con respecto a los objetivos de aprendizaje los estudiantes están realizando no solo los objetivos institucionales propuestos, sino también objetivos personales, profundizando diferentes aspectos que son de mayor complejidad y que no están propuestos para ese curso académico sino para cursos posteriores. Diferentes, también quedan incluidos los objetivos de los diferentes programas de habilidades de manejo de la información y lectura crítica, investigación, comunicativas y clínicas, así como los objetivos a realizar en las prácticas clínicas.

Salinas, 2003. La práctica ampliada de la enfermería, exige un nuevo orden de interdependencia y una dependencia provisional respecto del médico, mientras la



enfermera aprende: 1º a utilizar el razonamiento y los instrumentos de diagnóstico y 2º las medidas terapéuticas que le permitirán tomar las decisiones relativas a la curación y el restablecimiento. Cuando queden resueltos los problemas de verificar la confiabilidad de la observación clínica y la estandarización de los resultados del examen físico, la enfermera se pasará del estado de dependencia al de interdependencia en las habilidades requeridas para la evolución física del paciente. se distinguirá por su capacidad de hacer observaciones objetivas y mensurables para elaborarlas mediante un razonamiento sistemático. La valoración es el proceso continuo a través del cual todas las observaciones e interacciones se utilizan para recabar nuevos datos, reconocer cambios y analizar necesidades. Cabe decir que es la habilidad y destreza en los procesos de valoración lo que determina la capacidad objetiva de enfermería.

Paéz, 2000. La enfermería requiere actuar de manera que preserve la dignidad humana, restaure humanidad, y evite reducir personas al estatuto moral de objetos. El cuidado requiere específicamente, según Kristen Swanson: 1. Conocimiento o búsqueda de entender un hecho con su significado tal cual en la vida del otro. 2. Estar con el otro, es decir, estar emocionalmente presente con el otro. 3. Hacer por el otro, es decir, hacer cuanto el sujeto haría por sí mismo(a) si fuera posible. 4. Ayudar a, o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas. 5. Mantener la fe, que se refiere a sostener la fe en la capacidad del otro de salir adelante a través de un hecho o transición, y dar la cara a un futuro pleno. “Un adecuado desarrollo de los cuidados de enfermería tiene que pasar por la estrecha colaboración con los otros componentes del equipo que trabajan en la atención a los enfermos. En el grupo de personas que se ocupan de él, *no hay más protagonistas* que el propio enfermo. Éste centra y focaliza las actividades terapéuticas que cada profesional está dispuesto a realizar. Nadie hace todo; el trabajo bien hecho es una responsabilidad compartida. La relación de cuidado se ve cada vez más amenazada, reduciendo la enfermería a un conjunto de habilidades que hay que administrar a determinados sujetos. La ética de las virtudes



propone una vuelta al ideal de la profesión de enfermería: la relación de cuidado con el paciente.

Olschowsky A, Duarte MLC, 2007 .Este estudio tiene por objetivo identificar los saberes de los enfermeros en una unidad de internación psiquiátrica en un hospital universitario. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, con aproximación cualitativa, utilizando la entrevista semi-estructurada. El testimonio muestra un saber que reconoce que son necesarias acciones que requieran disponibilidad para la atención y el saber escuchar. El conocimiento de los síndromes psiquiátricos, su asistencia y tratamiento es otro saber valorado por los enfermeros. El saber, indica el conocimiento técnico y científico de los enfermeros. No obstante, la capacidad política aún debe ser perfeccionada, como un espacio de participación debiendo la enfermería buscar mayor articulación entre los movimientos y las transformaciones de la asistencia psiquiátrica. La crítica y el debate permiten el pensar y el reflexionar en enfermería psiquiátrica.

Ospina B.E, 2003. El objetivo de este artículo es describir el proceso de validación de una escala tipo Likert, utilizada para la medición de los conocimientos y actitudes que tenían los profesionales de enfermería de Antioquia en el cuidado de la salud de los colectivos en el año 2003. En este sentido se elaboró un instrumento utilizando una escala de Likert, con preguntas cerradas, referidas a las áreas de cuidado a colectivos, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, desarrollo humano, participación social y educación para la salud. En el análisis de los totales se observó que la actitud de las enfermeras fue positiva (59%) hacia la práctica en el cuidado con los colectivos humanos, superando quizá la actitud negativa que reflejaría el poco entendimiento de las preguntas o la duda sobre la práctica de la profesión en esta área del conocimiento. Se utilizó una escala ordinal simulando las categorías tipo Likert, también para evaluar diferentes áreas del conocimiento de enfermería. Se identifica la influencia que las políticas institucionales tienen en la actitud de las enfermeras frente al cuidado de la salud y una mayor tendencia al



trabajo desde la dimensión preventiva y curativa de la enfermedad que hacia la promoción de la salud.

3. JUSTIFICACIÓN

La evolución de la enfermería ha ido a la par con los cambios sociales, políticos, religiosos y económicos de la humanidad. De esta forma se describen diferentes etapas por las cuales ha transitado, en un primer momento la enfermería se inicio de manera empírica, cuando las madres atendían a los hijos de forma asistencial conjuntando experiencia con los consejos de otros. Ya en el siglo III y IV con la difusión del cristianismo por todas las latitudes, se predicaba la caridad e inducidos por estos preceptos religiosos algunos conversos al cristianismo con recurso económico crearon casas de asistencia para los enfermos, así la religión fue un importante impulsor del crecimiento en número de la enfermería, pero aunque la sociedad se empezó a sensibilizar de la necesidad de enfermeras, no fue hasta los siglos XVIII y XIX cuando Florence Nightingale dio pie para iniciar la era de la enfermería moderna. A partir de estos hechos, la enfermería evoluciono rápidamente en función del nivel de desarrollo de cada país. Hasta la era actual en que se considera una profesión. (Kozier, 1999)

Ahora bien la Profesión según Kenis (2000) se caracteriza por ser capaz de crear conocimientos que, se emplearán en el ejercicio de la misma y encuentra en la investigación los métodos y procedimientos adecuados para la generación de la ciencia de la profesión específica. Las propuestas hechas por organismos reguladores de la profesión, como la American Nursing Association (ANA) en el sentido del desarrollo del lenguaje de enfermería un ejemplo son los diagnósticos enfermeros propuestos y evaluados constantemente por la NANDA (2007), la clasificación de intervenciones de enfermería NIC, McCloskey (2002) publicada en cuatro ediciones, la clasificación de resultados de enfermería NOC, Moorhead(2005), e interrelaciones NANDA, NOC y NIC editado por Jhonson (2002). No obstante los esfuerzos realizados por un gran número de profesionales, estas



propuestas no se ven reflejadas en los registros de enfermería Currell, (2007). Por lo que en la sociedad se crea una imagen del profesional de enfermería como aquella que desarrolla su hacer basada en la práctica primordialmente. Hecho que asociado con otros fenómenos ocurridos en relación con la profesión debilitan y dificultan el proceso de integración de la persona con la profesión de enfermería.

En relación a los fenómenos mencionados Castrillon, (2008) encuentra lo siguiente: “En muchos países empiezan a sentirse las consecuencias de la escasez de enfermeras(os); se observa con preocupación los procesos masivos de jubilación, la ausencia de planificación del recurso humano en salud, la falta de oportunidades y acceso a servicios básicos de grandes mayorías de la población situación que convertirán esta escasez en emergencia social en el mediano plazo. Los datos son preocupantes, Canadá perdió el 13% de su fuerza laboral de enfermeras durante el 2006. En el Reino Unido se jubilan cada año 10.000 enfermeras”. La OMS considera que “Si un sistema de salud es frágil, la merma de personal sanitario puede empujarlo al borde del desmoronamiento” Uno de los efectos de la escasez, de las pésimas condiciones de trabajo y la falta de oportunidades, es la migración de enfermeras. Su reclutamiento por parte de países desarrollados está aumentando en progresión geométrica. Concomitante con estos procesos van los problemas de registro y homologación de diplomas, las barreras culturales y lingüísticas, así como los problemas en materia de derechos laborales.

Suárez 2004 expresa que el fenómeno de “la escasez de enfermeras” aun no ocurre en México, pero hay algunos indicios de esta problemática traducidos en; disminución paulatina del interés por estudiar la carrera, ejemplo de ello es la demanda de ingreso que tiene la facultad de medicina en Michoacán que en el ciclo escolar 2007 – 2008 registro el ingreso de 1465 matriculas, la facultad de odontología 800 y la facultad de enfermería solo 300 (la voz de Michoacán 2008). Aunado a desafíos que tiene la formación de recursos en enfermería como, la desmedicalización de los programas de formación en enfermería hecho que significa introducir en lo pedagógico los patrones de conocimiento de enfermería (Castrillon, 2008). Otro indicio de esta problemática es la deserción de profesionales de



enfermería hacia otras carreras con mayor reconocimiento económico y social, jubilaciones del personal activo y éxodo de Licenciadas en enfermería hacia otros países. Contrastado con el índice enfermera – paciente el plan nacional de salud 2007 – 2012 nos revela que a nivel nacional se cuenta con 2.2 enfermeras por 1,000 habitantes, cifra inferior al promedio de los países de la OCDE, que es de 8, con importantes variaciones entre estados. Cabe señalar que en cuatro entidades federativas (Chihuahua, Distrito Federal, Jalisco y México) se concentran 51% del total de enfermeras. Y qué decir de la relación de enfermeras por médico es de 1.2. En países como Canadá, Luxemburgo y Japón esta relación es de 4 a 1, aspecto que puede estar determinando la rutinización en el hacer de enfermería es decir el cumplimiento de funciones que están escritas en los manuales de organización pero que en la mayoría de ellos no se incluye al cuidado desde todas sus dimensiones.

La identidad profesional de la enfermera, comprende aspectos filosóficos, que inciden en la práctica como en la formación del futuro enfermera (o), por lo que se puede abordar desde los dos paradigmas en investigación, bien sea el positivista, proponiendo una identidad profesional sustentada en el marco teórico ó partiendo de la corriente naturalista donde se elaboran constructos extraídos del escenario practico asistencial.

Este proceso de hacer consciente lo que en ocasiones se considera implícito es una oportunidad única para detectar en el profesional enfermero valores, conocimientos e interacción con el medio ambiente y propiciar en el mismo, actitudes que propicien la adopción de conductas a favor de una enfermería del siglo XXI, tales como la integración del método y las teorías en la práctica reflejado en los registros de enfermería, además de la satisfacción del usuario al proporcionarle un cuidado integral.

Ahora bien, en relación a la práctica, no se esperan cambios sustanciales como se podría hacer en un estudio que actúa directamente en la praxis, como lo es un protocolo de evidencia científica en enfermería, pero incide en aspectos del ser



enfermero que propician la reconstrucción y le llevan a ser un profesional totalmente identificado en su ser y hacer.

En relación al valor teórico, en la localidad no se han realizado estudios al respecto y proporciona conceptos que pueden contemplarse para la formación de recursos humanos en enfermería.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Analizar la relación existente entre los conocimientos de enfermería y la integración de la identidad profesional en las enfermeras del Hospital de la Mujer.

4.2 Objetivos Específicos

- Describir los saberes teóricos de la enfermera que le proporcionan elementos para ser capaz de actuar en beneficio del usuario.
- Describir los saberes heurísticos de la enfermera de acuerdo a la experiencia práctica del cuidado.
- Identificar los saberes axiológicos que permean la práctica profesional de la enfermera.
- Caracterizar a las enfermeras en relación con la identidad profesional para ubicarlas en dos categorías.

5. HIPÓTESIS

Ha Los conocimientos de enfermería entre los que se describen los saberes teóricos, heurísticos y axiológicos están relacionados con la integración de una identidad profesional.

V.I: Conocimiento de Enfermería	V.D: Identidad Profesional
Saber Teóricos	Identidad Negativa
Saber Heurístico	Identidad Positiva
Saber Axiológico	



CAPITULO II

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Diseño Y Tipo de Estudio

Cuantitativo, descriptivo debido a que analizo la relación entre las variables y transversal por que se obtuvieron los datos en un momento específico.

6.2 Universo y muestra

El universo de estudio lo conforman 201 enfermeras del hospital de la mujer, siendo una población finita. La muestra fue por conveniencia (Polit, año). Se trabajo que significa Se trabajo????? Si se puede explicitar lo que significa es mejor, para evitar confusiones o lagunas en la metodología, sobre todo si esta puede servir para que el estudio se reproduzca en otros entornos. con el total del universo de estudio, observando que cumplieran los criterios de inclusión. El total de encuestadas aplicadas fueron a 100 enfermeras.

Criterios de inclusión

Se incluyeron las enfermeras adscritas al hospital de la mujer que:

- Se encontraban desempeñándose en el área operativa de los servicios de Terapia Intensiva, UCIN, UCIREN, Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Urgencias, Toco cirugía, y cirugía ambulatoria, quirófano

Criterios de exclusión

Se excluyo al profesional de enfermería:

- No acepte participar en el estudio
- Este ausente del servicio durante el periodo de recolección de datos por cualquier motivo.



6.3 Instrumento

La variable identidad en la bibliografía ha sido estudiada desde el enfoque cualitativo por lo tanto, cuantitativamente, se encontró un instrumento que medía identidad desde la clasificación de Ignacio Méndez (año), pero el abordaje fue hecho desde una arista diferente al objetivo de la investigación, de tal forma que fue necesario construir un cuestionario auto aplicado con preguntas cerradas.

Para la elaboración del cuestionario, se realizó una consulta bibliográfica que permitiera construir la operacionalización de las variables de interés para este estudio (Ver apéndice 1).

La variable Identidad Profesional, se define como un proceso de socialización el cual está conformado por cuatro etapas. Cohen,(1978) expresó que hay una etapa crucial donde se puede percibir un cambio dramático, la cual es la de negativismo/independencia, de tal forma que se agruparon las características descritas en las etapas, quedando dos categorías para clasificar a las enfermeras.

Cárdenas (2007), en oposición a lo anterior encontró que los egresados de la carrera de licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México, no poseen una identidad sólida, definida y fortalecida. Hecho que traducido a la operacionalización se realizó agrupando las características de las etapas de dependencia unilateral y negativismo/independencia en la dimensión designada "*Identidad negativa*". Esta dimensión se caracteriza por que la enfermera

1. Se agrupa con personas que persiguen los mismos fines para declinar las propuestas innovadoras,
2. Es sensible a los límites impuestos,
3. Cuestiona las ideas,
4. Es apática.

Canovas (2004), describe que la identidad puede converger en una dirección sobre la cual la enfermería es más valorada, agrupando las características de las etapas de dependencia/asociación e interdependencia en lo que se denominó



“Dimensión: Identidad Positiva”. Esta dimensión se caracteriza por que la enfermera

1. Presenta empatía con terceros,
2. Se compromete,
3. Formula juicios profesionales
4. Tiene iniciativa.

La variable Cuerpo de Conocimientos se articulo en tres dimensiones con el objetivo de entenderse como un todo integrador y se denomino:

SABER TEORICO: Este tipo de saberes se refieren al reconocimiento de la enfermera de los elementos disciplinares de la profesión. De tal forma que las preguntas versaron en relación a indicadores como:

1. El conocimiento del cuidado, considerando todas las dimensiones del ser humano.

2. La práctica cotidiana del Proceso de Enfermería, sobre todo en las etapas de valoración y planeación, debido a que el instrumento elegido para la recolección de datos es un cuestionario, y las etapas de ejecución y evaluación deben ser observadas.

3. Faltaría otro elemento de los tres que distinguen a la disciplina del resto de las ciencias de la salud, y es la utilización de las taxonomías diagnosticas pero dado el grado de desarrollo en esta población no es posible medirse porque no existe evidencia de su uso.

SABER HEURISTICO: La teoría de Benner (1987) describe estadios de competencia técnica en la enfermera según las habilidades que posee, pero no fue objetivo de este estudio hacer una clasificación de la competencia técnica, sino obtener un indicador para integrar los saberes como conocimiento de enfermería. Por lo que se extrajeron las características del estadio de cualificación, llamado “Experto”, que menciona que toda enfermera experta en la función de ayuda al usuario debe ser capaz de:

1. Distinguir las clases de dolor y elegir los métodos idóneos para su tratamiento y control.



2. Orientar al paciente en sus altibajos orgánicos y emocionales.
3. Averiguar y documenta cambios significativos en el usuario.

SABER AXIOLÓGICO: esta dimensión versa sobre las creencias y puesta en práctica de los valores, por lo que se eligieron los valores más comúnmente encontrados en los códigos de ética, evitando redundancias. Quedando de la siguiente forma:

1. Confiable. Establece un vínculo de comunicación efectiva, se abstiene de difundir información generada en la institución, reconoce sus límites y busca apoyo necesario
2. Amable: Sonríe, se dirige al usuario por su nombre, sin diminutivos, ni familiaridades.
3. Honestidad: Evita recibir dinero o cualquier otro producto que implique el pago adicional al salario, por el servicio dado.

Los indicadores de las dimensiones de las variables, se midieron por medio de las actitudes, mismas que no pueden ser susceptibles de observación directa. Eisenberg, (2000) define las actitudes como: las creencias, reacciones, o emociones relativamente perdurables que expresa un individuo sobre un objeto determinado. Tienen tres componentes:

- a) Cognoscitivo, es decir las creencias que se tienen acerca de un objeto. Para que esto sea posible se requiere de la existencia de una representación cognoscitiva de dicha situación u objeto
- b) Emocional o afectivo, se refiere a las emociones o sentimientos ligados al objeto de la actitud; Lindzey y Aronson (1969) dicen que el componente afectivo tiene que ver con la sensación de agrado o desagrado del objeto de la actitud.
- c) Tendencia a la acción, que según Penner (1976), considera en los sentimientos de una persona sobre cómo ella y los otros deberían actuar hacia el objeto de la actitud y/o su comportamiento real hacia dicho objeto. Así los sentimientos positivos tienden a generar disposiciones en las personas para entablar un contacto más estrecho y



una experiencia prolongada con el objeto de la actitud y los sentimientos negativos que implican tendencias de escape o evasión con el objeto de aumentar la distancia entre la persona o el objeto de la actitud.

Las actitudes alrededor de la práctica asistencial de las enfermeras del Hospital de la Mujer fueron los indicadores de las variables de la investigación y se midieron en función de la intensidad y la dirección. La intensidad se codificó como se describe a continuación:

- Muy intenso: El cuál se identificó con el número “1” y quienes eligieron esta opción son las que estuvieron en la afirmación correcta.
- Intenso: Se identificó con el número “2” y quienes eligieron esta opción fueron las que estuvieron cercanas a la afirmación correcta.
- Moderadamente intenso: Se identificó con el número “3” y quienes eligieron esta opción fueron las que se acercaron a la respuesta de forma incorrecta.
- Regularmente intenso: Se identificó con el número “4”, quienes eligieron esta opción estuvieron en la respuesta incorrecta.

El instrumento consta de cuarenta y dos reactivos originados de la operacionalización de variables y se organizan de la siguiente manera:

- Once preguntas corresponden a datos socio demográficas de las cuales cuatro plantean respuestas dicotómicas y el resto de opción múltiple.
- Catorce interrogantes pertenecen a la variable identidad con respuestas de opción múltiple ordenadas en escala de Guttman. Este método para medir actitudes fue desarrollado por *Louis Guttman* (1916-1987). Se basa en el principio de que algunos ítems indican en mayor medida la fuerza o intensidad de la actitud. La escala está constituida por afirmaciones, las cuales poseen las mismas características que el escalamiento tipo Likert. Pero el escalograma garantiza que la escala mida una dimensión única. Es decir, cada afirmación mide la misma dimensión de la misma variable. A esta propiedad se le conoce como *unidimensionalidad*. La dirección en esta variable apunta hacia las dimensiones; identidad positiva e identidad negativa
- Diecisiete ítems miden la variable conocimientos la cual se divide en tres



dimensiones; la teórica en la que se formulan tres preguntas, en habilidades se formularon tres, y aquellas que midieron valores, que fueron 11. Las respuestas se presentaron en escala de Guttman y seis fueron dicotómicas. (Para más detalles ver el anexo 2 y 3).

El instrumento fue sometido al análisis estadístico, determinando la coherencia interna con Alpha de Cronbach, misma que obtuvo un coeficiente de 0.79.

6.4 Procedimiento

La presente investigación no obtuvo financiamiento de ninguna institución por lo que la colecta de datos fue realizada por la investigadora. Así mismo ocurrió con los gastos en los recursos materiales como equipo de cómputo, impresora, fotocopias.

Para la recolección de datos se solicitó autorización por escrito al departamento de Coordinación de enseñanza e investigación del Hospital de la Mujer. Para lo cual tuvo que ser aprobado el protocolo e instrumento por los respectivos comités de ética y bioética de la Facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y de la institución-universo de estudio.

Una vez cumplidas las formalidades requeridas se procedió al abordaje de las enfermeras en los servicios asignados en concordancia con los criterios de inclusión, se explicó el motivo de la aplicación de la encuesta, solicitó la cooperación, recolectó la autorización por escrito (ver anexo 4) de acuerdo a los tiempos programados en la Gráfica de Gantt y proporcionó instrumento procurando el tiempo necesario para el llenado. El tiempo promedio para responder fue aproximadamente de 15 a 20 minutos. Un porcentaje mínimo de enfermeras se negó a contestar el cuestionario así como la actitud de las que aceptaron colaborar fue positiva.

6.5 Análisis de Datos

La estadística utilizada fue la estadística descriptiva e inferencial. El procesamiento de datos se llevó a cabo por medio del programa SPSS versión 15,



generando tablas de frecuencia, tablas de contingencia y la correlación de variables con la prueba de Pearson.

La manera más conocida de analizar los ítems y desarrollar el escalograma de Guttman es la técnica de Cornell. En ella se procedió a:

1. Obtener el puntaje total de cada participante o sujeto en la escala.
2. Ordenar a los sujetos o encuestados de acuerdo con su puntaje total (del puntaje mayor al menor, de manera vertical descendente).
3. Ordenar las afirmaciones de acuerdo con su intensidad (de mayor a menor y de izquierda a derecha).
4. Construir un cuadro donde se crucen los puntajes de los sujetos ordenados con los ítems y sus categorías, de manera jerarquizada. Así, tenemos un cuadro donde los sujetos constituyen los renglones y las categorías de los ítems forman las columnas.
5. Analizar el número de errores o rupturas en el patrón ideal de intensidad de la escala.

6.6 Ética del Estudio

La conducta a seguir en dicha investigación estuvo regida por la ley general de salud en materia de investigación para la salud. En el título segundo, artículos 18, donde clasifica al presente proyecto como una investigación sin riesgo porque no se realiza ninguna modificación a variables fisiológicas.

El artículo 21 de este mismo título se refiere al consentimiento informado, documento en el cual el sujeto de estudio autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de los procedimientos que se realizarán durante el proceso. Cabe mencionar que dicho formato fue revisado y aprobado por el comité de bioética de la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo así como por el comité de ética del Hospital de la Mujer que reunía el universo de estudio de la Investigación.



CAPITULO III

7. RESULTADOS

7.1 Descripción de variables socio demográficas

A continuación se describen las características de la muestra:

El sexo del personal de enfermería es femenino, solo 1% es masculino. En relación al estado civil se observó una tendencia que apunta a que 55% son casadas y 39% solteras.). (Ver tabla 1, 2)

El nivel de estudios se distribuyó como sigue: un 60% respondió ser enfermera general, 38% Licenciadas en enfermería, pero un 35% están realizando estudios relacionados con la profesión, tales como: preparatoria con un porcentaje de 14%, 13% efectúan el curso complementario para Licenciatura y 7% estudian un diplomado. Se observa un índice de colegiación en asociaciones de enfermería de 24%, de esta cantidad 17% está asociada al colegio de enfermeras michoacano (CEMAC) y un 6% está asociada al colegio michoacano de licenciadas (os) en enfermería (COMILE). (Ver tabla 3, 4, 5, 9,10)

En relación a la distribución de las enfermeras por servicios del Hospital de la Mujer se encontró que la mayor agrupación se hace en torno de los servicios de Ginecología y Toco cirugía con 33%, así como Medicina Interna, Urgencias y Terapia intensiva con un 30%, porcentajes que sumados rebasan la mitad de la población. El tiempo de antigüedad en los servicios se ubica en un lapso mayor de un año con un porcentaje de 67%. Por turno, un 45% se concentran en el Nocturno, y un 33% en el Matutino. (Ver tabla 7, 8, 12)

El sueldo quincenal percibido se distribuye así: 39% gana de \$ 4,001 a \$5,000 y 30% respondió que su sueldo oscila entre \$ 3,001 a \$ 4,000 pesos. (Ver tabla 11)



7.2 Descripción de las preguntas correspondientes a las variables de

Investigación

La actitud que adoptan las enfermeras del Hospital de la Mujer cuando se toma la decisión de ampliar el horario para la recepción del usuario en los servicios. Se distribuye de la siguiente forma: el 50 % acepta la decisión pero, 41 % de las enfermeras también discuten al respecto, el 9% se agrupa con otros colegas y busca cancelar la decisión. (Ver tabla 1)

Respecto a la actitud de la enfermera cuando es cuestionada por omitir un procedimiento de fisioterapia, los resultados evidencian que el 52% acepta la llamada de atención y refuerza su interés en cumplir con calidad futuras intervenciones, (Ver tabla 2)

La pregunta plantea una situación ejemplo: Al cotejar las indicaciones médicas la enfermera se da cuenta que la dosis del medicamento excede a la recomendada. El 89 % de las enfermeras del Hospital de la Mujer cuestionan al médico al prescribir un medicamento que excede la dosis recomendada. El 3% aplica la dosis recomendada y omite la indicación, 6% lo cuestiona en presencia de otras personas, 2% aplica la dosis aunque este errada. (Ver tabla 3)

En relación a la actitud de la enfermera cuando una usuaria se niega a recibir tratamiento que compromete su vida, las opiniones se encuentran divididas en tres partes. 34% insiste solo una vez en convencerlo de que acepte el tratamiento, 32% insiste dos o tres veces y después desiste, 34% insisto hasta que acepte. (Ver tabla 4)

La actitud de las enfermeras del Hospital de la Mujer cuando la supervisora les solicita cambio de servicio se ubica que el 53% accede a la solicitud, 21% accede pero se muestra irritada, 18% y 28% contestan de forma negativa. (Ver tabla 5)



El comportamiento de las enfermeras al hacerles una invitación a participar en la actualización del Manual de Organización y Funcionamiento se distribuye así: un 61% contestaron “acepto aunque tenga que hacer un ajuste en mis tiempos”, 26% “me agrada la idea pero mis tiempos no me lo permiten”, el restante 13% no acepta . (Ver tabla 6)

El siguiente planteamiento trata lo siguiente: “con el fin de deslindar responsabilidades, le citan como testigo ocular de la muerte de una usuaria por perforación uterina”. La participación de las enfermeras del Hospital de la Mujer se describe de la siguiente manera; 52 % declara lo que observa, sin omitir ningún dato, 35 % declara, omitiendo algunos detalles y 13% no se presenta pues no quiere verse implicada en asuntos médico legales. (Ver tabla 7)

Al observar a una usuaria en trabajo de parto, con dilatación completa, defecando, pujando sin descansar, se interroga ¿Cuál es la primera acción que realiza?, 77% respondió “me calzo los guantes y recibo al neonato”, 14% solicita apoyo de una compañera, 4% se iría a realizar el lavado quirúrgico, 5% se dedica a buscar inmediatamente un médico. (Ver tabla 8)

Las actitudes de las enfermeras del Hospital de la Mujer al atender a un usuario infectocontagioso se distribuyen, 69% opto “aplico las medidas de protección necesarias”, 23% procura mejorar su estado de salud atendiéndolo con el mismo esmero que a cualquiera, 5% señalo “aunque esta bajo mi responsabilidad evito interactuar con ella” y 3% “le pide a una compañera que lo atienda”. (Ver tabla 9)

La principal actividad que realizan después de explorar al usuario se distribuye así: 55% del personal de enfermería “organiza sus actividades y da prioridad a los problemas”, 39% “realiza las actividades para contribuir a la mejora de su salud”, 5% contesto “no lo exploro pues es tarea del médico”, 1% respondió “casi no lo exploro pues de solo observarlo sé lo que necesita”. (Ver tabla 10)



La principal fuente de información para proporcionar los cuidados a la usuaria fue considerada por un 76% como “los conocimientos que adquirieron durante su formación profesional”, 16% contempla las “indicaciones médicas”, 6% indico “la práctica que observa en sus compañeras” y 2% “su sentido común”. (Ver tabla 11)

En relación a la interrogante ¿la principal función de la enfermera es? 77% de las enfermeras del Hospital de la mujer optaron por contestar que es “proporcionar cuidado que responda a las cuatro dimensiones del ser humano”, 10% considera que es “proporcionar atención a las necesidades fisiológicas”, 8% “atender al usuario cuando lo solicita”, 5% cumplir con lo que me corresponde hacer durante mi turno. (Ver tabla 12)

Las enfermeras consideran que el principal elemento que determina la recuperación de una usuaria son “los procedimientos y medicamentos” con un 34%, 28% considero “la calidad del equipo y material”, 21% la actitud adoptada por la usuaria en busca de su recuperación y 17% “las actividades y actitudes que yo tenga hacia él”. (Ver tabla 13)

La actitud que adoptan las enfermeras en una crisis de histeria de una usuaria se comporto así: 72% opto por “averiguar más datos en su historia personal”, 14% “realizar una contrastación de la orina con clinitest”, 9% respondió “administro antibiótico y analgésico”, 5% “administro agua inyectable”. (Ver tabla 14)

La actitud de las enfermeras del Hospital de la Mujer al ser agredidas por una usuaria hospitalizada por largo tiempo: 47 % de la muestra “busca un acercamiento para entablar el diálogo”, 39% “establece una comunicación y la escucha”, 47% “le molesta su actitud y la trata igual”, 4% “le molesta su actitud y se aleja”. (Ver tabla 15)

Intervención de las enfermeras del Hospital de la Mujer ante el caso de una usuaria con antecedente de infarto misma que manifiesta no sentirse bien: Un 69 %



respondió que “avisa al médico e insiste en una revisión urgente”, 17% concordó con “reviso y anoto los signos vitales constantemente”, 11% “trata de tranquilizarla diciéndole que la van a revisar” y 3% “sugiere su traslado a terapia intensiva”. (Ver tabla 16)

Se identifican respuestas polarizadas; al cuestionar el secreto profesional de las enfermeras por un lado el 47 % mencionaría un caso clínico del que fue testigo siendo muy explícito en los detalles, y por el otro un 30 % “proporcionaría imágenes, invitando a observar a un conocido que padezca esa patología”, 15% mencionaría un caso clínico omitiendo algunos detalles, 8% los remite a la lectura de un libro. (Ver tabla 17)

Respecto a la cantidad de intentos al instalar una venoclisis a una anciana, 65% de las encuestadas expreso que intentaría instalar la venoclisis solo dos veces y después solicitaría apoyo, 30% solo lo haría una vez y 5% intentaría tres veces. (Ver tabla 18)

Una persona desaliñada y nauseabunda requiere de la atención de la enfermera ¿Cómo interviene?: 62% de la muestra manifiesta que “procuran mejorar la imagen y limpieza de una usuaria”, 28% prefiere “proporcionarle los medios para que tome un baño y después atenderle”, 8% “evitan interactuar con ella”, 2% “le pide a una compañera que la atienda”. (Ver tabla 19)

La actividad principal de la usuaria al iniciar la jornada de trabajo se enfoca a revisar los signos vitales de la usuaria con una frecuencia del 46%, el 42% “valora la situación actual de la usuaria”, 8% “revisa indicaciones médicas”, 4% “prepara medicamentos”. (Ver tabla 20)

El cuestionamiento versa en relación a, ¿informa con claridad y detalladamente al familiar sobre los procedimientos a realizar?: El 80% de las enfermeras asintió al cuestionársele, el 20% respondió negativamente. (Ver tabla 21)



Al cuestionar ¿al dirigirse con el usuario le sonrío?: 92% de las enfermeras del Hospital de la mujer respondió afirmativamente el 8% restante respondió que no. (Ver tabla 22)

Al dirigirse con la usuaria le habla por su nombre; 88% de las encuestadas responden que si, el 12% respondió lo contrario. (Ver tabla 23)

El 75% de las enfermeras refiere no dirigirse a la usuaria por su nombre en diminutivo, el 25% respondió lo opuesto. (Ver tabla 24)

El 87% de las enfermeras del Hospital de la Mujer refieren informar con claridad y detalladamente a la usuaria al realizarle cualquier procedimiento, el 13% dijo que no. (Ver tabla 25)

El 75% de las enfermeras no se dirigen a la usuaria como abuelita, madrecita, señorita, señora aunque un 25% respondió que si hace lo anterior. (Ver tabla 26)

Un 62 % de las enfermeras refiere no asistir a las sesiones de capacitación pero un 38 % respondió afirmativamente. (Ver tabla 27)

Un 88% de las enfermeras refiere no presentar temas en las sesiones de capacitación, el 12% respondió afirmativamente. (Ver tabla 28)

El 58% del total de enfermeras responden negativamente al cuestionárseles sobre la elaboración de propuestas, pero un significativo 42% elabora mejoras para el servicio en el que se encuentra. (Ver tabla 29)

Un 62% de las enfermeras refiere no presentar propuestas de mejora ante su jefa inmediata, 37% respondió afirmativamente. (Ver tabla 30)



Se puede observar en la tabla que un 91% de las enfermeras respondió negativamente al cuestionarle su participación en la organización de las jornadas del Hospital de la Mujer, 9% respondió que si. (Ver tabla 31)

8. ANÁLISIS

La identidad profesional es un proceso de integración de las características personales del individuo con las características de la profesión. El producto resultante de ello se manifiesta por actitudes de adhesión a la profesión. Cuando ocurre lo contrario se puede decir que no hay una identidad fortalecida, que no existe, o se puede dar una connotación negativa, cuyos signos se discuten a continuación.

Identidad negativa

La dimensión identidad negativa se caracterizo porque la enfermera: se agrupa con personas que persiguen los mismos fines para declinar las propuestas innovadoras, es sensible a los límites impuestos, cuestiona las ideas, es apática.

Indagando respecto a la actitud que mantiene ante determinada situación se encuentra un papel más activo que pasivo, hecho apoyado por la respuesta donde manifestaron no tener problema porque se les invite a poner más empeño en su trabajo, además de expresar que estarían dispuestas a cuestionar el tratamiento de la usuaria, si fuera necesario. Pero, al indagar en las respuestas obtenidas de los ítems que miden apatía, se encontró que el involucramiento de las enfermeras en las actividades de educación continua se sitúan mayores frecuencias en la dirección negativa. Por lo que se puede encontrar que de los tres componentes de las actitudes las creencias no coinciden con la tendencia a la acción.



Tabla de contingencia 1

Dimensión Identidad Negativa * Variable Conocimientos de Enfermería

		Conocimiento de Enfermería			Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada intensidad	
Identidad Negativa	Muy intenso	0	7	0	7
	Intenso	2	30	1	33
	Moderada Intensidad	1	46	8	55
	Regular Intensidad	0	2	3	5
Total		3	85	12	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Identidad Positiva:

La "Dimensión: Identidad Positiva", se caracteriza por que la enfermera: presenta empatía con terceros, se compromete, formula juicios profesionales, tiene iniciativa. De tal manera que se analizan los resultados de estos indicadores

**Tabla de contingencia 2****Dimensión Identidad Positiva * Variable Conocimientos de enfermería**

		Conocimientos de Enfermería			Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada intensidad	
Identidad Positiva	Muy intenso	1	58	0	59
	Intenso	2	25	10	37
	Moderada intensidad	0	2	2	4
	Total	3	85	12	100

Se observo que un 53% acepta cambiarse de servicio cuando se lo solicitan, aunque hay 39 que se ubica en una actitud negativa con un 39%. Al invitarles a participar en un proyecto que requiere invertir tiempo extra 61% se ubico en la respuesta de aceptar, pero un 26% expreso que le gustaría participar pero sus tiempos no se lo permiten (Ver cuadro 5, 6)

Al comparar en la dirección de la variable se detecto lo siguiente: las que obtuvieron frecuencias mayores en Muy intenso de la identidad positiva, se relacionan con mayores frecuencias en moderada intensidad (22) e intenso (31). (Ver tabla de contingencia 1)

Descripción de la variable Conocimientos**Teóricos:**

Salinas 2003 La valoración es el proceso continuo a través del cual todas las observaciones e interacciones se utilizan para recabar nuevos datos, reconocer



cambios y analizar necesidades. Cabe decir que es la habilidad y destreza en los procesos de valoración lo que determina la capacidad objetiva de enfermería.

Paez 2002 En el grupo de personas que se ocupan de él, *no hay más protagonistas* que el propio enfermo.

Al hacer el cruce de la dimensión identidad negativa con saberes teóricos, se encuentra el mayor punto de coincidencia en intenso de ambas de tal forma que hay una relación muy estrecha.

Las enfermeras que de acuerdo a los indicadores presentaron una identidad negativa en una escala moderada se relaciona con aquellas que al evaluar los conocimientos se ubicaron en la escala “intenso”.

Tabla de contingencia 3

Rango de Identidad Negativa * Rango de Saberes Teóricos

		Rango de saberes teóricos				Total Muy intenso
		Muy intenso	Intenso	Moderada Intensidad	Regular intensidad	
Rango de identidad negativa	Regularmente intenso	7	0	0	0	7
	Moderada Intensidad	16	17	0	0	33
	Intenso	7	40	7	1	55
	Muy intenso	0	2	3	0	5
Total		30	59	10	1	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.



Tabla de contingencia 2

Rangos de identidad positiva * rangos de conocimientos teóricos

		Rango de conocimientos teóricos				Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada Intensidad	regular intensidad	
Rango de identidad positiva	Muy intenso	22	35	2	0	59
	Intenso	8	22	6	1	37
	Moderada intensidad	0	2	2	0	4
	Total	30	59	10	1	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Un 76% de las enfermeras respondieron que la principal fuente de información para proporcionar los cuidados a una usuaria son los conocimientos que adquirieron las enfermeras durante su formación, pero un 16% señaló que son las indicaciones médicas. Se identifica que un 77% considera que la función principal de la enfermera es proporcionar cuidado considerando que responda a las cuatro dimensiones del ser humano y solo un 10% expresa que es proporcionar atención a las necesidades fisiológicas. Al ser cuestionadas sobre el principal elemento que determina la recuperación de una usuaria; el 34% considero que son los procedimientos y medicamentos pero un 21% menciona que es la actitud de la usuaria. Se detecto la actividad prioritaria que realizan al iniciar la jornada laboral es: checar los signos vitales con 46%, asimismo 42% valoran la situación actual de la usuaria. En consonancia con lo anterior el 55% de las enfermeras organizan sus actividades y dan prioridad a sus problemas, el 39% realiza las actividades necesarias para contribuir a la mejora de su salud. (Ver cuadro 10,11, 20, 12, 13)



Realizando un comparativo entre rango de identidad positiva se encontraron 35 cuestionarios situados en Intenso de conocimientos con muy intenso de identidad positiva, otros 22 se cruzan ambas variables en muy intenso, asimismo intenso con muy intenso. Estos resultados fueron respaldados al hacer el cruce del dominio identidad negativa con conocimientos teóricos, obteniendo lo siguiente: 40 informes coincidieron entre sí en Intenso. (Ver tablas de contingencia 2, 3)

Habilidades:

Olschowsky A, Duarte MLC, 2007 . El testimonio muestra un saber que reconoce que son necesarias acciones que requieran disponibilidad para la atención y el saber escuchar. El conocimiento de los síndromes psiquiátricos, su asistencia y tratamiento es otro saber valorado por los enfermeros. El saber, indica el conocimiento técnico y científico de los enfermeros.

Paez 2002 La relación de cuidado se ve cada vez más amenazada, reduciendo la enfermería a un conjunto de habilidades que hay que administrar a determinados sujetos.

Identidad negativa concuerda con saberes heurísticos en “intensidad” de la escala. Así como “intenso” de IN y “Moderada intensidad” de habilidades; IN “Moderada Intensidad” y habilidades “Intenso”

Tabla de contingencia 5

Rango de Identidad negativa * Rango de Saberes Heurísticos

		Rango de Saberes Heurísticos				Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada intensidad	Regular intensidad	
Rango de	Regularmente intenso	0	5	2	0	7
	Moderada	2	20	11	0	33



Intensidad					
Intenso	2	30	21	2	55
Muy intenso	0	0	5	0	5
Total	4	55	39	2	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 4

Rango de identidad positiva * rango de habilidades

		Rango de habilidades				Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada intensidad	Regular intensidad	
Rango de identidad positiva	Muy intenso	2	36	21	0	59
	Intenso	2	19	14	2	37
	Moderada intensidad	0	0	4	0	4
	Total	4	55	39	2	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Al analizar estos resultados, se identifica el resultado de conjuntar los cuatro pilares de la educación, como medio para mantener un equilibrio entre el desarrollo intelectual y la madurez emocional que permite a la gran mayoría de las encuestadas calzarse unos guantes y brindar cuidados de enfermería en una situación de contingencia como es la atención de un parto fortuito. Pero también las respuestas muestran que otro porcentaje importante no se percibió con los elementos teórico-metodológicos y conceptuales necesarios para fortalecer las habilidades y valores



expresados en la actitud que les hace buscar ayuda de terceros e incluso de otros profesionales como es el médico.

Respecto a la actitud que adoptan las enfermeras ante una crisis de histeria de una usuaria, el 72% optó la opción de averiguar más datos en su historia personal, pero el 14% respondió que realizaría una contrastación de la orina con clinitest. En otra situación ejemplo donde la enfermera afronta una agresión de parte de una usuaria por haber estado largo tiempo hospitalizada, la actitud más frecuente fue; buscar un acercamiento con ella para entablar el dialogo con un 47% aún más el 39% establecería una comunicación y la escucha. Coincidentemente el 17% de las enfermeras manifestó que revisaría y anotaría los signos vitales constantemente, al percibir una distorsión en la estabilidad de una usuaria. (Ver cuadro 14, 15, 16)

Respecto a los niveles de medición al correlacionar el dominio habilidades en Intenso con identidad positiva en muy intenso 36 informes se ubican en este punto, asimismo moderada intensidad (habilidades) con muy intensa(Identidad positiva) 21encuestas cruzan ahí. (Ver tabla de contingencia 4)

En otra correlación de este dominio habilidades intenso vs identidad negativa en moderada intensidad con 20 , y moderada intensidad en habilidades vs moderada intensidad en identidad negativa con 21 (Ver tabla de contingencia 5)

Valores:

Identidad negativa en “Moderada intensidad” con valores en “Intensidad”, IN en “intenso” con valores en “Intenso”

Tabla de contingencia 7

Rango de identidad negativa* rango de valores



		Rango de valores			Total
		Muy intenso	Intensidad	Moderada intensidad	
Rango de identidad negativa	Muy intenso	0	7	0	7
	Intenso	1	28	4	33
	Moderada Intensidad	4	38	13	55
	Regularmente intenso	0	1	4	5
	Total	5	74	21	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 6

Rango de identidad positiva * rango de valores

		Rango de valores			Total
		Muy intenso	Intensidad	Moderada intensidad	Muy intenso
Rango de identidad positiva	Muy intenso	1	56	2	59
	Intenso	4	17	16	37
	Moderada intensidad	0	1	3	4
	Total	5	74	21	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.



Se puede observar en el cuadro 17 que las respuestas están polarizadas; por un lado el 47 % mencionaría un caso clínico del que fue testigo siendo muy explícito en los detalles, y por el otro un 30 % utilizaría otras formas para ejemplificar en una sesión de educación para la salud. Al instalar una venoclisis a una anciana el 65% de las enfermeras respondió intentaría 2 veces puncionar y si no lo lograra pediría apoyo, de la misma manera el 61% revelo que le informa al familiar al realizarle el procedimiento y 87% también informan a la usuaria así como el 92% sonríe al dirigirse, 88% le hablan por su nombre; en contraparte el 75% no se dirigen a la usuaria por su nombre en diminutivo ni le hablan con demasiada familiaridad. Donde se observan las respuestas en tres direcciones es aquella afirmación que apunta a insistir en convencerlo de aceptar un tratamiento con 34% en Muy intenso y regular intensidad. El 69% de la muestra aplicaría las medidas de protección necesarias para atender a un usuario infectocontagioso, en una situación parecida, en donde la usuaria se encuentra desaliñada y nauseabunda, el 62% se ubico en la intensidad máxima, solo un 28% se ubica en Intenso. (Ver cuadro 4, 9, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26)

Valores en intenso por rango de identidad positiva en muy intenso con 56, valores en intenso por rango de identidad positiva en intenso con 17. (Ver tabla de contingencia 6)

Valores en intenso por identidad negativa en moderada intensidad con 38, valores en intenso por identidad negativa en intenso 28. (Ver tabla de contingencia 7)



9. CONCLUSIONES

Cardenas 2007, Dentro de los principales hallazgos reportados se encontró: los egresados que fueron objeto de esta investigación no poseen una identidad sólida, definida y fortalecida, debido a muchos factores como: capital cultural, cuestiones personales, currículo no adecuada a la actual realidad, a la pedagogía y a la enseñanza no humanista, así como salarios indignos, comportamientos pasivos frente a un proyecto de vida. Todos los factores que tejen el currículo oculto y que interfieren en la formación de la identidad.

Para Meleis (1991) en una situación de salud-enfermedad, la enfermera interactúa con un ser humano y estas intervenciones o cuidados se organizan alrededor de un objetivo, así, cuando se inicia el turno, se esperaría como actividad primordial la interacción con la usuaria, para valorar, diagnosticar y planear los cuidados de enfermería que respondan a sus necesidades. En los resultados se observa que un porcentaje importante de las entrevistadas inicia su jornada laboral con actividades estrechamente relacionadas con este proceso, sin embargo, también se encontró que para algunas tiene mayor prioridad realizar otras actividades, retrasando la interacción inicial con la usuaria, y esa interacción que enuncia Meleis (1991), como parte esencial del cuidado.

De acuerdo a este resultado, se puede deducir que una gran mayoría cumple con los estándares de comportamiento para el personal de enfermería y el código de conducta (2002), sin embargo, llama la atención que un porcentaje considerable de estas profesionales no cumple lo que se esperaría de ellas en cuanto al trato profesional que enuncia una colaboración abierta, respeto, comunicación franca tanto con la usuaria como con sus familiares, actitud que fortalece la responsabilidad compartida en la recuperación de la salud.

Ospina, 2003. En el análisis de los totales se observó que la actitud de las enfermeras fue positiva (59%) hacia la práctica en el cuidado con los colectivos



humanos, superando quizá la actitud negativa que reflejaría el poco entendimiento de las preguntas o la duda sobre la práctica de la profesión en esta área del conocimiento. Se identifica la influencia que las políticas institucionales tienen en la actitud de las enfermeras frente al cuidado de la salud y una mayor tendencia al trabajo desde la dimensión preventiva y curativa de la enfermedad que hacia la promoción de la salud.

10. RECOMENDACIONES

El universo de estudio fue conformado por las enfermeras del Hospital de la Mujer de tal forma que se proponen las siguientes propuestas de mejora para desarrollar ambientes de trabajo que favorezcan el desarrollo humano del profesional de enfermería:

- Impartir cursos de autoconocimiento
- Programar actividades encaminadas a reducir los niveles de estrés y ansiedad como terapia psicológica, talleres manuales, cursos de trabajo en equipo.

11. SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS

Las conclusiones del presente estudio aportan elementos importantes para lo siguiente:

- Para determinar la confiabilidad y validez del instrumento se sugiere el retest y someterlo a la validez de contenido.
- Elaborar estudios de seguimiento donde se midan las dimensiones de cada una de las variables por separado.
- Preparar instrumentos donde se midan las dimensiones: saberes teóricos, heurísticos y axiológicos.
- Una vez determinada la confiabilidad y validez de contenido aplicarlo en una población de pasantes o estudiantes próximos a egresar



- Realizar un estudio cualitativo donde se rescate la experiencia personal del profesional de enfermería.



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. Del papeleo a los registros para el cuidado. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 1995; 11. Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/11/1520.php>> Consultado el 6/3/2008
2. Avila Sansores GM, Casique Casique L. Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual. Desarrollo Científ Enferm 2007 junio, 15(5). En: <http://www.index-f.com/dce/15/15-231.php>. Consultado el 10 de Marzo de 2008
3. Benner P. "From Novice to Expert", Ediciones Grijalbo, 1ª Edición, Barcelona 1987.
4. Blanco S.R., Montenegro M.I., Zapico Y.F. "Definición de objetivos de Aprendizaje: perfil, competencias, principios y conceptos de la escuela universitaria de Enfermería vall d'hebron" Enfermería Global N° 11 Noviembre 2007.
5. Cánovas T.M.Á, "Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia", Enfermería Global, vol. No. 5, año 2004.
6. Cárdenas B.L. "Construcción de la identidad de Enfermería: una visión bajo el currículum oculto" Revista Uruguaya de Enfermería, , v. 1 n. 2 pp 13-19, junio 2007
7. Castillo Coronado G. Jiménez Azcorra Guadalupe. Profesionalización de enfermería: Beneficio vs Riesgo. Desarrollo Cientifi Enferm. 2008 Abril 16; (3): 135 – 137.
8. Cid H.P y Sanhueza A.O, "Acreditación de campos clínicos de enfermería". Revista Cubana Enfermería. [online]. sep.-dic. 2006, vol.22, no.4 [citado 04 Marzo 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3192006000400010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
9. CIE, Codigo deontológico del CIE para la profesión de Enfermería, 2006, Ginebra (Suiza). ISBN 92-95040-43-O.
10. Código de Conducta para el Personal de Salud 2002. Documento en línea:



<http://www.salud.gob.mx/dirgrss/codigo/ccps2002.html>

11. Cohen H.A, "La enfermera y su identidad profesional" Ediciones Grijalbo 1ª edición, Barcelona 1988.
12. Colliére M.F., "Promover la vida" Mc Graw Hill Interamericana, 1ª. Edición España 1993.
13. Currell R, Urquhart C. "Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria" (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Daza De C.R, Torres P.A.M, Prieto de R.G.I, "Análisis crítico del cuidado de enfermería" Index Enfermería, primavera/verano 2005, vol.14, no.48-49, p.18-22. ISSN 1132-1296.
15. De Barbieri T. Sobre la categoría género: una introducción teórico metodológica. Debates en sociología 1993 (18):
16. Edison A.E, Vélez P.D.P "La enfermería, una profesión de servicio," actualidades en Enfermería. 2005; 8(4):19-21. noviembre de 2005.
17. Escalona P.D.S "Identidad profesional del personal de enfermería" pendiente
18. Foucault M. "Arqueología del saber", Siglo XXI Editores, vigesimosegunda edición en español, México 2006.
19. Frometa M.M, Alba I.M, Momblanch G.D y et al. "Modo de actuación en proceso de enfermería", Revista Cubana Enfermería. [online]. Mayo-ago. 2000, vol.16, no.2 [citado 04 Marzo 2008], p.101-105. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192000000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
20. Gomes A.M.T, Oliveira D.C.A "auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais". Rev Latino-am Enfermagem; 13(6):1011-8. novembro-dezembro 2005.
21. Guillen F.M. "Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior". Revista Cubana de Enfermería. [online]. ene.-abr. 1999,



- vol.15, no.1 [citado 04 Marzo 2008], p.10-16. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
22. Hernandez S., Fernandez C.C., Baptista L.P., “Metodología de la Investigación” Mc Graw Hill 4ª edición México 2007.
23. Hernández V.L.L, Rodríguez B.M.E, y et al. “Imagen social de la enfermería”, Revista Cubana de Enfermería v.19 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2003.
24. Hirsch, A. (2005). Construcción de una escala de actitudes sobre ética profesional. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 7 (1). Consultado el día: 15 de agosto de 2008, en <http://redie.uabc.mx/vol7no1/contenido-hirsch.html>
25. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, et al. “El Pensamiento Enfermero”, Masson Doyma, 1ª edición, México 1996.
26. Leon R.C.A. “El uniforme y su influencia en la imagen social”. Revista Cubana Enfermería. [online]. jan.-mar. 2006, vol.22, no.1 [citado 04 Março 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
27. Marchiori B.P, “Globalización, pobreza y salud: premio conferencia Hugh Rodman Leavell”, Salud colectiva, septiembre – diciembre, año/vol 2, número 003, Buenos Aires Argentina pp 261 – 297.
28. Marques S.C, Tyrrel MAR, Oliveira DC “La producción científica de la enfermería en la perspectiva de la representación social 1975-2001” Revista Latino-americana de Enfermería Ribeirão Preto septiembre-octubre; 14(5) Janeiro 2006
29. Marriner T.A., Raille A.M., “Teorías y modelos de enfermería” editorial Harcourt Brace, sexta edición, España 2007.
30. Microsoft ® Encarta ® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
31. Monroy R. A, Verde F. E.E, García J. M. A. Epistemología – Enfermería: El estudio de los procesos que definen que tipo de relación existe entre el



- conocimiento y el medio externo, Desarrollo científico de enfermería 2002 junio, 10 (5). Pp 144- 146
32. Moreira, M.C.N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 55-65, janeiro 1999.
33. Netto L.F.S.A, Ramos F.R.S. “Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. Rev. Latino-am Enfermagem -fevereiro; 12(1):50-7. Janeiro 2004.
34. Ortega V.C, “El cuidado de enfermería”, Revista Mexicana de enfermería cardiológica, volumen 10, no. 3, México, septiembre - diciembre 2002.
35. Peiró Andrés, Amparo. Percepción de los alumnos de enfermería de las cualidades, aptitudes y valores observados en los profesionales durante sus prácticas asistenciales. Etica de los Cuidados. 2008 ene-jun;1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6763.php>> Consultado el

22 de Mayo de 2008

36. Polit D.F, Hungler B.P, “Investigación científica en ciencias de la salud”, Mc Graw Hill Interamericana, sexta edición. México, 2000.
37. Rauner F., “El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión” Revista Europea de Formación Profesional N° 40 – 2007/1 ISSN 1977 - 0235
38. Rodríguez G.G, “Metodología de la investigación cualitativa”, ediciones aljibe, granada 1999.
39. Rodríguez G.G, Gil J, García E, “Metodología de la investigación cualitativa”, ediciones aljibe, segunda edición, S.L 1996.
40. Rodríguez P.R.M, Arribas M.J.M, Gantes S.J.C. “Cuatro siglos de cuidados transculturales”. Cultura de los Cuidados (edición digital) 2004; 16
41. Silva A.L, Padilla M.I.C.S, Borenstein M.S. Imagen e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2002 julio-agosto; v 10 n4):586-95.
42. Sobral V, Tavares C. y et al, “Sensibilizando la formación del cuidador, Enfermería global”, no. 3 noviembre 2003.



43. Tamayo T.M “El proceso de la Investigación científica” Editorial Limusa, 3^a edición, México 1995.
44. Torres A.A and Sanhueza A.O. “Professional self-esteem development in nursing”. Invest. educ. enferm. [online]. Jul./Dec. 2006, vol.24, no.2 [cited 04 March 2008], p.112-119. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-5307.
45. Torres E.J.M, “Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería”, *Rev Cubana Salud Pública*. [online]. sep.-dic. 2004, vol.30, no.4 [citado 04 Marzo 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.
46. UMSNH Modelo educativo de la DES de Ciencias de la Salud. 2007. México
47. Wilson D.M, Leiva O.D, y et al. “Bioética. Una Mirada Hacia La Enfermería” *Revista Cubana de Enfermería*; v.15 n 2:85-9. 1999.
48. Salinas DMT y cols. Desarrollo de habilidades y destrezas para llevar a cabo la valoración en enfermería, *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2003;11 (3): 115-118
49. Paéz MR: La ética de las virtudes y enfermería, *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2000;8 (1-4): 60-68.
50. Olschowsky A, Duarte MLC. Saberes de los enfermeros en una unidad de internación... *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 julho-agosto; 15(4). www.eerp.usp.br/rlae
51. Ospina BE, Sandoval JJ, Aristizábal CA, Ramírez MC, La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. *Invest Educ Enferm* 2005; 23(1): 14-29.
52. Agramonte del Sol Alain, Melón Rodríguez Raquel G, Peña Fernández Ángel J. Propuesta de guía metodológica para la formación de valores en los estudiantes de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [periódico en la Internet]. 2005 Ago [citado 2008 Ago 25] ; 21(2): 1-1. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200007&lng=es&nrm=iso

53.



13. ANEXOS

13.1 DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA

"XC ANIVERSARIO DE LA FUNDACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO"



FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO

LIC. RUTH E. PEREZ GUERRERO
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
DE LA UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Después de considerar la solicitud para realizar la investigación "El conocimiento de enfermería como determinante de la identidad profesional" y de analizar la ética del estudio, el comité de Bioética de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo toma los siguientes acuerdos:

Considera el estudio SIN RIESGO por lo que es de APROBARSE para su realización con las siguientes observaciones:

- 1.-Resumen de su Curriculum Vitae
- 2.-Describir los riesgos y beneficios de la Investigación para los participantes.
- 3.-Si requiere de la aprobación de otra institución, se deberá incorporar el dictamen.
- 4.-Después de ser aprobado se deberá emitir un informe trimestral para conocer el avance de la investigación o si es corto un informe final de su investigación.
- 5.- En caso de que el protocolo necesite modificarse, se deberá adecuar la información que se le otorga al participante, así como la carta de consentimiento informado para que esté enterado cabalmente. Los cambios del protocolo así como las cartas de consentimiento deberán ser primero aprobados por el comité de bioética.

Sin más por el momento la (o) felicitamos por realizar investigación en esta institución y esperamos que a la brevedad posible cumpla con los requisitos que se señalaron.

Morelia, Mich. 10 de Junio de 2008

ATENTAMENTE
INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA


M.C. Ma Dolores Flores Solís


M.E.y A.S. Martha Isabel Izquierdo Puente



13.2 AUTORIZACIÓN PARA EL LEVANTAMIENTO DE ENCUESTAS



DEPENDENCIA:	HOSPITAL DE LA MUJER
DEPARTAMENTO:	ENSEÑANZA
NUMERO DE OFICIO:	004728
EXPEDIENTE:	

Asunto: **Autorización.**

"CONSUME LO QUE MICHOACÁN PRODUCE"

Morelia, Mich., 26 AGO 2008

**L.E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO
P R E S E N T E**

Por medio de la presente informo a usted que ha sido autorizada la aplicación de encuestas del trabajo de Investigación titulado "**EL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA COMO DETERMINANTE EN LA INTEGRACIÓN DE UNA IDENTIDAD DE ENFERMERÍA**".

Esperando contar en breve con los avances de dicho estudio, que estoy segura serán en beneficio del hospital, le envío un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E
JEFATURA DE ENSEÑANZA****DRA. NORMA NAVARRO PASTOR**

c.c.p. L.E. IDANIA NAVA HERNÁNDEZ.- Jefa Depto. Enfermería.- Presente.
c.c.p. Archivo y Minutario.

NNP/ lac.

14. APENDICES

14.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables de estudio	Definición conceptual (Rogers)	Definición Operacional	Indicadores
1. Identidad de Enfermería (Integración)	<p>El campo de energía humano es dinámico y presenta un patrón que cambia de forma continua e innovadora y estos cambios dan identidad a la enfermera.</p> <p>El principio de la homeodinamia que interviene para formar un patrón es:</p> <p>Integración: Pone en relieve el proceso mutuo y continuo de la persona y su entorno.</p> <p>Para definir la identidad de enfermería se clasificará a la enfermera (o) de acuerdo al grado de integración, es decir si aparecen los indicadores descritos en la categoría:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identidad negativa 2. Identidad positiva 	<p>1a. Se agrupa con personas que persiguen los mismos fines: busca declinar las propuestas.</p> <p>1b. Sensible a los límites impuestos; se exalta al ser cuestionada respecto al cumplimiento de aplicación de fisioterapia</p> <p>1c. Cuestiona las ideas: hay un error en la dosificación de un medicamento en las indicaciones médicas.</p> <p>1d. Apatía: No asiste a las sesiones de enfermería, ni presenta temas, no propone mejoras al servicio, no participa en la organización de las jornadas del hospital</p> <p>2a. Presenta empatía con terceros: paciente, equipo multidisciplinario</p>	<p>1a. 1. Se determina ampliar el horario para la recepción del usuario, tú: (1)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Te agrupas con otros colegas y buscas anular la decisión. b. Comentas con tu supervisora o jefe de servicio la decisión c. Aceptas y recibes pacientes hasta el horario modificado. <p>1b. La supervisora te hace una observación respecto a que le reportaron que no efectuaste la fisioterapia de un usuario, tú:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Discutes y explicas tu situación b. Te enojas tanto que la dejas hablando sola c. Aceptas que lo omitiste (2) <p>1c. Al cotejar las indicaciones médicas te das cuenta que la dosis del medicamento excede a la recomendada, tú: (3)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cuestionas al médico que las escribió b. Le gritas al cuestionarlo, porque es un error que pone en peligro la vida del paciente c. No lo cuestionas, pero aplicas la dosis recomendada y omites la indicación d. Aplicas la dosis indicada <p>1d. (27) ¿Asistes a las sesiones de enfermería? (28) ¿Presentas temas en las sesiones de enfermería? (29) ¿Participas en la organización de las jornadas del hospital? (30) ¿Elaboras propuestas de mejora para el servicio? (31) ¿Presentas estas propuestas de mejoras para el servicio?</p> <p>2a. Cuando tu supervisora te pide cambio de servicio porque la demanda de servicios sobrepasa la capacidad además, un colega tuvo que ausentarse, tú: (5)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Te cambias pero muy molesta b. Discutes con la supervisora porque te cambia de servicio c. Entiendes la necesidad, pero no estás dispuesta a cambiarte en ese momento

			d. No te cambias de ninguna manera e. Te cambias
--	--	--	---

Variables de estudio	Definición conceptual (Rogers)	Definición Operacional	Indicadores
1. Identidad de Enfermería (Integración)	<p>El campo de energía humano es dinámico y presenta un patrón que cambia de forma continua e innovadora y estos cambios dan identidad a la enfermera.</p> <p>El principio de la homeodinamia que interviene para formar un patrón es:</p> <p>Integración: Pone en relieve el proceso mutuo y continuo de la persona y su entorno.</p> <p>Para definir la identidad de enfermería se clasificará a la enfermera (o) de acuerdo al grado de integración, es decir si aparecen los indicadores descritos en la categoría:</p> <p>3. Identidad negativa</p> <p>4. Identidad positiva</p>	<p>.2b.Se compromete: invierte tiempo fuera del horario de trabajo en un proyecto.</p> <p>2c.Formula juicios profesionales: explica la situación que genero la iatrogenia.</p> <p>2d.Tiene iniciativa: inicia la terapéutica a seguir en trabajo de parto expulsivo</p> <p>3a.La aplicación del Proceso de enfermería: en su actividad cotidiana, sobre todo en las etapas de valoración y planeación.</p>	<p>2b.Te invitan a participar en un proyecto para la actualización del manual de organización y funcionamiento, pero requiere invertir tiempo fuera de tu jornada de trabajo, tú: (6)</p> <p>a. Das las gracias por la invitación pero no aceptas.</p> <p>b. Te agrada la idea y aceptas aunque tengas que hacer un ajuste en tus tiempos.</p> <p>2c. 7.Con el fin de deslindar responsabilidades te citan como testigo ocular de la muerte de un paciente por perforación uterina: (7)</p> <p>a. Declaras lo que observaste sin omitir nada</p> <p>b. Declaras lo que observaste omitiendo algunas cosas que piensas que pueden afectar a tu colega.</p> <p>c. No te presentas pues no quieres verte implicado en asuntos medico legales.</p> <p>2d. Observas una paciente en trabajo de parto con dilatación completa y defecando y no hay médico disponible, ¿cuál es la primera acción que realizas? (8)</p> <p>a. Te calzas los guantes y recibes al neonato</p> <p>b. Te dedicas a buscar inmediatamente al médico</p> <p>c. Solicitas apoyo de una compañera</p> <p>d. te vas a realizar el lavado quirúrgico</p> <p>3a.Cuándo inicias tu jornada de trabajo: (20)</p> <p>a. Revisas indicaciones médicas</p> <p>b. Checas signos vitales</p> <p>c. Preparas medicamentos</p> <p>d. Exploras al usuario</p> <p>Cuando has explorado al usuario: (10)</p> <p>a. Ordenas y das prioridad a los problemas del usuario</p> <p>b. Escribes en el expediente, las actividades que le vas a realizar</p> <p>c. Anotas la reacción que tuvo a los cuidados que le proporcionaste.</p>

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores
2. Conocimientos (Características evidentes del Campo de energía humano)	<p>Rogers define que el Ser Humano Unitario es un campo de energía humano irreducible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y características evidentes que son específicas de su conjunto.</p> <p>Para fines de la presente investigación: el campo de energía humano es la enfermera, la cual es dinámica debido al principio de la homeodinamia; integración pero, puede ser identificada por las características evidentes.</p> <p>Las características evidentes de la enfermería son el cuerpo de conocimientos desglosado en:</p> <p>1. Conocimientos teóricos. 2. Habilidades 3. Valores expresados en actitudes.</p>	<p>3b. Conoce y práctica el centro de interés de la disciplina: cuida al paciente considerando todas sus dimensiones.</p> <p>Toda enfermera experta en la función de ayuda al usuario debe ser capaz de:</p> <p>4a. Distinguir la clase de dolor y elegir los métodos idóneos para su tratamiento y control.</p> <p>4b. Orienta a la usuaria diabética y embarazada en sus altibajos orgánicos y emocionales durante su larga estancia en el servicio.</p>	<p>3b. ¿Cuál es la principal fuente de información para proporcionar los cuidados a un usuario : (11)</p> <p>a. Solamente las indicaciones médicas b. La práctica que observo en mis compañeras c. Los conocimientos que adquirí en mi formación profesional</p> <p>¿La principal función de la enfermera es? (12)</p> <p>a. Atender al usuario cuando lo solicita b. Cumplir con la rutina c. Proporcionar cuidado considerando que es un ser espiritual, social, psíquico y biológico</p> <p>Cuando un usuario se recupera, el elemento principal que determina que sea así es: (13)</p> <p>a. Los procedimientos y medicamentos que le proporcionas b. La calidad del equipo y material que se utiliza para su atención. c. la actitud que adopta el usuario hacia su recuperación es motivada por tus actividades y actitudes hacia él.</p> <p>4a. Ingresa al servicio de urgencias una usuaria quejándose de dolor pélvico pero es diagnosticada como una crisis de histeria por la exageración de los síntomas (llanto, posición fetal), tú: a. Administras agua inyectable (14)</p> <p>4b. Una usuaria diabética y embarazada que ha estado bastante tiempo hospitalizada, te responde en un tono alto, te cuestiona todo, te exige demasiada atención, tú: (15)</p> <p>a. Establezco una comunicación con ella y la escucho b. Busco un acercamiento con ella para entablar el dialogo. c. Me molesta su actitud y me alejo d. Me molesta su actitud y la trato igual.</p>

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores
2. Conocimientos (Características evidentes del Campo de energía humano)	<p>Rogers define que el Ser Humano Unitario es un campo de energía humano irreducible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y características evidentes que son específicas de su conjunto.</p> <p>Para fines de la presente investigación: el campo de energía humano es la enfermera, la cual es dinámica debido al principio de la homeodinamia; integración pero, puede ser identificada por las características evidentes.</p> <p>Las características evidentes de la enfermería son el cuerpo de conocimientos desglosado en:</p> <p>1. Conocimientos teóricos. 2. Habilidades 3. Valores expresados en actitudes.</p>	<p>4c. Averigua y documenta cambios significativos en una paciente que ha superado un infarto al miocardio.</p> <p>5a. Confiable: establece vínculo de comunicación efectiva, se abstiene de difundir información generada en la institución, en la instalación de venoclisis reconoce sus límites y busca apoyo necesario.</p> <p>5b. Amabilidad: sonríe, se dirige por su nombre, sin diminutivos, ni familiaridades.</p> <p>5c. Honestidad: Evita recibir dinero o cualquier otro producto que implique el pago del servicio dado.</p>	<p>4c. Ingresa a tu cargo una usuaria proveniente de terapia intensiva con antecedente de haber sufrido un infarto al miocardio, treinta minutos después dice que: “no se siente bien” pero no refiere síntomas específicos aunque su cara es de susto, tú: (16)</p> <p>a. Revisas y anotas los signos vitales constantemente b. Le avisas al médico de guardia e insistes en una revisión urgente c. La tranquilizas diciéndole que la van a revisar d. Sugieres su traslado a terapia intensiva.</p> <p>5a. Al hablar con un colega, discutes algunos aspectos del trabajo y tratas de ejemplificar, tú: (17)</p> <p>a. Traes a colación un caso que tiene implicaciones ético-legales b. Te abstienes de referirte a ningún caso clínico Intentas instalar una venoclisis a una anciana, pero no puedes ¿cual es tú actitud? (18)</p> <p>a. Intentas tantas veces como sea necesario b. Intentas una vez y si no lo logras pides apoyo a un colega c. Intentas dos veces y si no pides apoyo d. Informas con claridad y detalladamente a la usuario sobre el procedimiento a realizar (25) e. Informas con claridad y detalladamente al familiar sobre el procedimiento a realizar. (21)</p> <p>5b. ¿Al dirigirte con el usuario le sonríes? (22) ¿Al dirigirte con el usuario le hablas por su nombre? (23) ¿Al dirigirte con el usuario le hablas como; abuelita, madrecita, señorita, señora? (26) ¿Al dirigirte con el paciente le hablas por su nombre en diminutivo? (24)</p> <p>5c. Un paciente está muy satisfecho con tus servicios y trata de compensarte, ofreciéndote dinero o productos en especie, tú ¿Recibes el dinero o producto? OJO</p>

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores
<p>2. Conocimientos (Características evidentes del Campo de energía humano)</p>	<p>Rogers define que el Ser Humano Unitario es un campo de energía humano irreducible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y características evidentes que son específicas de su conjunto.</p> <p>Para fines de la presente investigación: el campo de energía humano es la enfermera, la cual es dinámica debido al principio de la homeodinamia; integración pero, puede ser identificada por las características evidentes.</p> <p>Las características evidentes de la enfermería son el cuerpo de conocimientos desglosado en:</p> <p>1. Conocimientos teóricos. 2. Habilidades 3. Valores expresados en actitudes.</p>	<p>5d. Respeto: acepta la decisión que toma el paciente respecto a la negativa de recibir maniobras exploratorias, diagnósticas o rehabilitadoras.</p> <p>5e. Equidad: proporciona cuidado a toda persona sin distinción de: nivel socioeconómico, condición higiénica, si es conocido o no, o patología.</p>	<p>5d. Cuando un paciente se niega a recibir un tratamiento que compromete su vida, tú: (4)</p> <p>a. Insistes solo una vez en convencerlo de que acepte tal tratamiento</p> <p>b. Insistes dos o tres veces y después desistes</p> <p>c. Insistes hasta que acepte</p> <p>5e. Al atender a una persona conocida(amigos, colegas, vecinos) o una desconocida, tú:</p> <p>¿te esfuerzas por que quede satisfecha?</p> <p>Cuando atiendes a una persona cuya apariencia es desaliñada y maloliente, tú: (19)</p> <p>a. Evitas interactuar con ella</p> <p>b. Procuras mejorar su imagen y limpieza</p> <p>c. Le pides a una compañera que la atienda</p> <p>Cuando atiendes a una persona cuya patología es infectocontagiosa (9)</p> <p>a. Evitas interactuar con ella</p> <p>b. Procuras mejorar su estado de salud al máximo</p> <p>c. Le pides a una compañera que la atienda</p>



14.2 INSTRUMENTO

El presente cuestionario se diseñó con el objetivo de medir las actitudes de la enfermera en el ejercicio profesional, para lo cual necesitamos de su ayuda al contestar algunas preguntas. Es importante mencionar que sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Las personas que fueron seleccionadas para el estudio no se eligieron por su nombre sino al azar. Te pido que contestes este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.

FOLIO:

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada uno de los planteamientos, marque con una “X” la respuesta que se asemeje a su respuesta, solo puede marcar una de las distintas opciones que se plantean.

No	DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS
1	¿Es hombre o mujer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
2	¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera Otro <input type="checkbox"/> Especifique
3	¿Cuál es su nivel de estudios? <input type="checkbox"/> Licenciatura en enfermería <input type="checkbox"/> Enfermera General
4	¿Es socia activa de alguna asociación de enfermeras? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	¿Contesto afirmativamente en la pregunta anterior?, especifique ¿a cual pertenece? <input type="checkbox"/> CEMAC <input type="checkbox"/> COMILE Otro <input type="checkbox"/> Especifique.-
6	Además de trabajar en este hospital ¿Trabaja en clínica, hospital, consultorio, ejercicio libre? Subraye la opción. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	¿Cuál es el servicio al que esta asignada? <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva, Medicina Interna, Urgencias <input type="checkbox"/> Urología, Uciaren <input type="checkbox"/> Ginecología, toco cirugía <input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/> Quirófano
8	¿Cuánto tiempo de antigüedad tiene en el servicio al que estas asignada? <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 año Más <input type="checkbox"/> de 1 año
9	¿Estudia actualmente algún curso, diplomado o especialidad relacionado con la profesión? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10	¿Contesto afirmativamente a la pregunta anterior? Especifique <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Complementario para Licenciatura <input type="checkbox"/> Pedagógico <input type="checkbox"/> Preparatoria Otros <input type="checkbox"/>



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN ENFERMERÍA
ESCALA DE ACTITUDES EN ENFERMERIA

No	ITEMS
1	<p>Si se determina ampliar el horario para la recepción del usuario en el servicio que se encuentra ¿cuál de los siguientes planteamientos describa su participación?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Acepto y recibo pacientes hasta el horario modificado</p> <p><input type="checkbox"/> b. Comento con mi supervisora o jefe de servicio la decisión</p> <p><input type="checkbox"/> c. Me agrupo con otros colegas y busco cancelar la decisión</p>
2	<p>La supervisora le interroga respecto a que hubo una queja en contra de usted porque no realizo la fisioterapia de un usuario, ¿cuál es su actitud?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Procuo realizar todas las actividades que necesita el usuario en próximas ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> b. Acepto que lo omití</p> <p><input type="checkbox"/> c. Discuto y explico la situación</p> <p><input type="checkbox"/> d. Me enojo tanto que la dejo hablando sola</p>
3	<p>Al cotejar las indicaciones médicas se da cuenta que la dosis del medicamento excede a la recomendada, ¿Qué hace?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Lo comento con el médico que lo prescribió</p> <p><input type="checkbox"/> b. Aplico la dosis recomendada y omito la indicación</p> <p><input type="checkbox"/> c. Lo cuestiono en presencia de otras personas</p> <p><input type="checkbox"/> d. Aplico la dosis indicada aunque este errada</p>
4	<p>Cuando un paciente se niega a recibir un tratamiento que compromete su vida. ¿Cuál es su actitud?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Insisto solo una vez en convencerlo de que acepte tal tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> b. Insisto dos o tres veces y después desisto</p> <p><input type="checkbox"/> c. Insisto hasta que acepte</p>
5	<p>Cuando la supervisora le solicita cambio de servicio porque la demanda de servicios sobrepasa la capacidad aunado a que una colega tuvo que ausentarse ¿Qué hace usted?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Me cambio</p> <p><input type="checkbox"/> b. Me cambio pero muy molesta</p> <p><input type="checkbox"/> c. Entiendo la necesidad pero no estoy dispuesta a cambiarme en ese momento</p> <p><input type="checkbox"/> d. No me cambio de ninguna manera</p>
6	<p>Le invitan a participar en la actualización del Manual de Organización y Funcionamiento del servicio, pero requiere invertir tiempo fuera de su jornada de trabajo ¿Qué opción se acerca a lo que haría?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Acepto aunque tenga que hacer un ajuste en mis tiempos</p> <p><input type="checkbox"/> b. Doy las gracias por la invitación pero no acepto</p> <p><input type="checkbox"/> c. Me agrada la idea, pero mis tiempos no me lo permiten</p> <p><input type="checkbox"/> d. No acepto pues nunca han valorado mis aportaciones</p>
7	<p>Con el fin de deslindar responsabilidades, le citan como testigo ocular de la muerte de una usuaria por perforación uterina. ¿Cuál es tu participación?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Declaro lo que observe sin omitir nada</p> <p><input type="checkbox"/> b. Declaro lo que observe omitiendo algunos detalles que pueden afectar a una colega</p> <p><input type="checkbox"/> c. No me presento pues no quiero verme implicado en asuntos médico legales</p>
8	<p>Observa una paciente en trabajo de parto, con dilatación completa, defecando, pujando sin descansar ¿cuál es la primera acción que realiza?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Me calzo los guantes y recibo al neonato</p> <p><input type="checkbox"/> b. Solicito apoyo de una compañera</p> <p><input type="checkbox"/> c. Me voy a realizar el lavado quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> d. Me dedico a buscar inmediatamente un médico</p>
9	<p>Cuando atiende a una usuaria cuya patología es infectocontagiosa ¿su actitud responde a?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Procuo mejorar su estado de salud atendiendolo con el mismo esmero que a cualquiera</p> <p><input type="checkbox"/> b. Aplico las medidas de protección necesarias</p> <p><input type="checkbox"/> c. Aunque esta bajo mi responsabilidad evito interactuar con ella</p> <p><input type="checkbox"/> d. Le pido a una compañera que lo atienda</p>



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN ENFERMERÍA
ESCALA DE ACTITUDES EN ENFERMERIA

No	ITEMS
10	De acuerdo a su experiencia ¿cuál es la principal actividad que realiza después de explorar al usuario? <input type="checkbox"/> a. Organizo mis actividades y doy prioridad a los problemas del usuario <input type="checkbox"/> b. Realizo las actividades necesarias para contribuir a la mejora de su salud <input type="checkbox"/> c. Casi no lo exploro pues de solo observarlo se lo que necesita <input type="checkbox"/> d. No lo exploro pues esa es tarea del médico
11	¿Cuál es su principal fuente de información para proporcionar los cuidados a una usuaria? <input type="checkbox"/> a. Los conocimientos que adquiri durante mi formación como enfermera <input type="checkbox"/> b. Mi sentido común <input type="checkbox"/> c. La práctica que observo en mis compañeras <input type="checkbox"/> d. Las indicaciones médicas
12	¿La principal función de la enfermera es? <input type="checkbox"/> a. Proporcionar cuidado considerando que responda las cuatro dimensiones del ser humano <input type="checkbox"/> b. Proporcionar atención a las necesidades fisiológicas <input type="checkbox"/> c. Atender al usuario cuando lo solicita <input type="checkbox"/> d. Cumplir con lo que me corresponde hacer durante mi turno
13	Cuando una usuaria se recupera, ¿considera que uno de los elementos principales que contribuyeron a lo anterior fue? <input type="checkbox"/> a. La actitud adoptada por la usuaria en busca de su recuperación <input type="checkbox"/> b. Las actividades y actitudes que yo tenga hacia él <input type="checkbox"/> c. Los procedimientos y medicamentos que le administro <input type="checkbox"/> d. La calidad del equipo y material que utilizo para su atención
14	Ingresa usuaria al servicio de urgencias con los siguientes síntomas de dolor pélvico, llanto, posición fetal, ardor al orinar pero es diagnosticada como una crisis de histeria por la exageración de los síntomas ¿Cuál es su participación? <input type="checkbox"/> a. Administro antibiotico y analgésico <input type="checkbox"/> b. Realizo una contrastación de la orina con clinitest <input type="checkbox"/> c. Averiguo más datos en su historia personal <input type="checkbox"/> d. Administro agua inyectable
15	Una embarazada diabética que ha estado cerca de dos meses hospitalizada, le responde en un tono alto, cuestiona su actuar y demanda su atención ¿Cuál es su reacción? <input type="checkbox"/> a. Establezco una comunicación con ella y la escucho <input type="checkbox"/> b. Busco un acercamiento con ella para entablar el dialogo <input type="checkbox"/> c. Me molesta su actitud y me alejo <input type="checkbox"/> d. Me molesta su actitud y la trato igual
16	Ingresa bajo su responsabilidad una usuaria proveniente de terapia intensiva con antecedente de haber sufrido un infarto al miocardio, treinta minutos después manifiesta “no sentirse bien” pero no hay signos específicos que indique un problema ¿Cuál es su intervención? <input type="checkbox"/> a. Sugiero su traslado a terapia intensiva <input type="checkbox"/> b. Trato de tranquilizarla diciéndole que la van a revisar <input type="checkbox"/> c. Reviso y anoto los signos vitales constantemente <input type="checkbox"/> d. Aviso al médico e insisto en una revisión urgente
17	En una sesión de educación para la salud la cual gira en torno a las complicaciones de una patología, para que quede más claro ¿Cómo demostraría la situación? <input type="checkbox"/> a. Les proporciono imágenes y les invito a observar a sus conocidos que tengan esa patología <input type="checkbox"/> b. Los remito a la lectura de un libro <input type="checkbox"/> c. Menciono un caso clínico omitiendo algunos detalles <input type="checkbox"/> d. Menciono un caso clinico del que fui testigo, siendo muy especifico en cada detalle



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN ENFERMERÍA
ESCALA DE ACTITUDES EN ENFERMERIA

No	ITEMS
18	Intenta instalar una venoclisis a una anciana, pero no puede ¿cuál es su actitud?
	<input type="checkbox"/> a. intento una vez y si no pido apoyo a una colega <input type="checkbox"/> b. Intento dos veces y si no pido apoyo <input type="checkbox"/> c. Intento tres veces y si no pido apoyo <input type="checkbox"/> d. Intento tantas veces como sea necesario
19	Al atender a una persona cuya apariencia es desaliñada y nauseabunda ¿Cómo interviene?
	<input type="checkbox"/> a. Procuro mejorar su imagen y limpieza <input type="checkbox"/> b. Le proporciono los medios para tome un baño y después le atiendo <input type="checkbox"/> c. Evito interactuar con ella <input type="checkbox"/> d. Le pido a una compañera que la atienda
20	Cuando inicia su jornada de trabajo ¿lo primero que hace es?
	<input type="checkbox"/> a. valoro la situación actual de la usuaria <input type="checkbox"/> b. Checo los signos vitales <input type="checkbox"/> c. Reviso indicaciones médicas <input type="checkbox"/> d. Preparo medicamentos

No	Ítems	SI	NO
21	¿Informas con claridad y detalladamente al familiar sobre el o (los) procedimientos a realizar?		
22	¿Al dirigirte con el usuario le sonríes?		
23	¿Al dirigirte con el usuario, le hablas por su nombre?		
24	¿Al dirigirte con el paciente le hablas por su nombre en diminutivo?		
25	¿Informas con claridad y detalladamente a la paciente sobre el procedimiento a realizar?		
26	¿Al dirigirte con el usuario le hablas como; abuelita, madrecita, señorita, señora?		
27	¿Asistes a las sesiones de enfermería?		
28	¿Presentas temas en las sesiones de enfermería?		
29	¿Participas en la organización de las jornadas del hospital?		
30	¿Elaboras propuestas de mejora para el servicio?		
31	¿Presentas estas propuestas de mejoras para el servicio?		

3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me aplique un cuestionario, una representante de la Facultad de Enfermería del grupo de la Maestría en Enfermería, con domicilio en Av. Ventura Puente 1150, en Morelia Michoacán, México. Entiendo que el llenado de la encuesta formara parte de un estudio cuyo objetivo tiene como finalidad evaluar los componentes de la identidad enfermera para describir el comportamiento que tiene el profesional de enfermería en la práctica diaria y sirva de base para estudios posteriores que contribuyan al desarrollo de la práctica de la enfermería y por lo tanto redunde en el cuidado que se brinda al usuario. Entiendo que contestare la encuesta en el lugar y horarios elegidos a mi conveniencia. Se me harán algunas preguntas acerca de mis conocimientos como enfermera y lo que ellos significan para mí. Estoy cierta que el tiempo de duración en la aplicación puede variar en función del que yo juzgue necesario para contestarlo. Estoy enterada de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de obtener más información. Entiendo que fui elegida para participar en este estudio porque soy parte de un grupo de profesionales de enfermería que esta desempeñándose en la práctica hospitalaria. He aceptado libremente contestar este cuestionario, se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de haber iniciado puedo rehusarme a contestar alguna pregunta o decidir no terminar de contestarla en cualquier momento. Se me ha informado que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara jamás en forma alguna. El negarme a contestar alguna pregunta o renunciar a contestarlo no me afectara en mi relación con la institución de donde proviene este estudio. Entiendo que los resultados de esta investigación me serán proporcionados si los solicito y que la LE Ruth E. Pérez Guerrero es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante.

FECHA: _____ FIRMA DE LA ENCUESTADA _____

FIRMA DEL ENCUESTADOR _____

TABLAS CORRESPONDIENTES A VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA 1

Distribución por Sexo del Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	99	99.0
Masculino	1	1.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

TABLA 2

Estado Civil del Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Viuda	2	2.0
Divorciada	1	1.0
Casada	55	55.0
Soltera	39	39.0
Otros	3	3.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

TABLA 3

Nivel de estudios de las enfermeras del Hospital de la Mujer

Nivel de Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura en enfermería	38	38.0
Enfermera General	60	60.0
Auxiliar de enfermería	2	2.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 4

Índice de Colegiación de las Enfermeras del Hospital de la Mujer

¿Es socia activa?	Frecuencia	Porcentaje
SI	24	24.0
NO	76	76.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 5

Asociaciones a las que están afiliadas las enfermeras del Hospital de la Mujer

Colegios a los que están asociadas	Frecuencia	Porcentaje
CEMAC	17	17.0
COMILE	6	6.0
OTROS	2	2.0
NO CONTESTO	75	75.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 6

Personal de enfermería del Hospital de la Mujer que tiene otro Empleo

Otro Empleo	Frecuencia	Porcentaje
SI	16	16.0
NO	83	83.0
No contesto	1	1.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 7

Servicio en el que se desempeñan las enfermeras del Hospital de la Mujer

Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Terapia intensiva, Medicina interna, Urgencias	30	30.0
Ucin, Uciren	24	24.0
Ginecología, Toco cirugía	33	33.0
Cirugía ambulatoria, quirófano	13	13.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 8

Antigüedad en el servicio en las enfermeras del Hospital de la Mujer

Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 meses	11	11.0
6 meses a 1 año	22	22.0
Más de 1 año	67	67.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 9

Distribución de las enfermeras del Hospital de la Mujer que realizan estudios relacionados con la profesión

Estudia	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	35.0
NO	64	64.0
No contesto	1	1.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 10

Tipo de Estudios que Cursa el Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer

CURSOS	Frecuencia	Porcentaje
Diplomado	7	7.0
Complementario	13	13.0
Pos técnico	1	1.0
Preparatoria	14	14.0
Otros	2	2.0
No contesto	63	63.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 11

Sueldo Quincenal percibido por el Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer

Sueldo Quincenal	Frecuencia	Porcentaje
Menos de \$ 3,000	12	12.0
\$ 3,001 a 4,000	30	30.0
\$ 4,001 a 5,000	39	39.0
\$ 5,001 a 6,000	13	13.0
Más de \$ 6,001	6	6.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 12

Distribución por Turno del Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	33	33.0
Vespertino	22	22.0
Nocturno	45	45.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

TABLAS CORRESPONDIENTES A LAS VARIABLES DE ESTUDIO

CUADRO 1

Actitud del Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer respecto a la ampliación del horario en la recepción de la usuaria en los servicios

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Acepto y recibo usuarias hasta el horario modificado	50	50.0
Comento con mi supervisora la decisión	41	41.0
Me agrupo con otros colegas y busco cancelar la decisión	9	9.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 2

Actitud del Personal de Enfermería al Cuestionarla sobre el Cumplimiento de las Actividades

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Procuro realizar todas las actividades en próximas ocasiones	52	52.0
Acepto que lo omití	28	28.0
Discuto y explico la situación	20	20.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 3

Actitud de las enfermeras del Hospital de la Mujer al Administrar Medicamento con Dosis Incorrecta

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Lo comento con el médico que lo prescribió	89	89.0
Aplico la dosis recomendada y omito la indicación	3	3.0
Lo cuestiono en presencia de otras personas	6	6.0
Aplico la dosis indicada aunque este errada	2	2.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 4

Actitud de las Enfermeras del Hospital de la Mujer cuando una Usuaría se Niega a Recibir Tratamiento que Compromete su Vida

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Insisto solo una vez en convencerlo de que acepte el tratamiento	34	34.0
Insisto dos o tres veces y después desisto	32	32.0
Insisto hasta que acepte	34	34.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 5

Respuesta de las Enfermeras del Hospital de la Mujer al solicitarles apoyo con
Cambio de Servicio

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Me cambio	53	53.0
Me cambio pero muy molesta	21	21.0
Entiendo la necesidad pero no estoy dispuesta a cambiarme en ese momento	18	18.0
No me cambio de ninguna manera	8	8.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 6

Respuesta del Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer a una invitación para trabajar fuera del horario de trabajo

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Acepto aunque tenga que hacer un ajuste en mis tiempos	61	61.0
Doy las gracias por la invitación pero no acepto	12	12.0
Me agrada la idea pero mis tiempos no me lo permiten	26	26.0
No acepto pues nunca han valorado mis aportaciones	1	1.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 7

Actitud del Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer al citarlas como testigo
en un caso ético legal

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Declaro lo que observo sin omitir nada	52	52.0
Declaro lo que observo omitiendo algunos detalles que pueden afectar a una colega	35	35.0
No me presento pues no quiero verme implicado en asuntos médico legales	13	13.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 8

Actitud del Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer en Urgencias Obstétricas

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Me calzo los guantes y recibo al neonato	77	77.0
Solicito apoyo de una compañera	14	14.0
Me voy a realizar el lavado quirúrgico	4	4.0
Me dedico a buscar inmediatamente un médico	5	5.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 9

Actitud del Personal de Enfermería al Atender a un Usuario Infecto Contagioso

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Procuro mejorar su estado de salud	23	23.0
Aplico las medidas de protección necesarias	69	69.0
Aunque esta bajo mi responsabilidad evito interactuar con ella	5	5.0
Le pido a una compañera que lo atienda	3	3.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 10

Actividad que realiza el Personal de Enfermería después de Explorar a la usuaria

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Organizo mis actividades y doy prioridad a los problemas del usuario	55	55.0
Realizo las actividades necesarias para contribuir a la mejora de su salud	39	39.0
Casi no lo exploro pues de solo observarlo se lo que necesita	1	1.0
No lo exploro pues es tarea del médico	5	5.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 11

Principal Fuente de Información de las enfermeras del Hospital de la Mujer para proporcionar los cuidados a una Usuaría

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Los conocimientos que adquirí durante mi formación como enfermera	76	76.0
Mi sentido común	2	2.0
La práctica que observo en mis compañeras	6	6.0
Las indicaciones médicas	16	16.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 12

Principal Función de la Profesión considerada por las Enfermeras del Hospital de la Mujer

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Proporcionar cuidado considerando que responda a las cuatro dimensiones del ser humano	77	77.0
Proporcionar atención a las necesidades fisiológicas	10	10.0
Atender al usuario cuando lo solicita	8	8.0
Cumplir con lo que me corresponde hacer durante mi turno	5	5.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 13

Principal elemento que determina la recuperación de una usuaria para las enfermeras del Hospital de la Mujer

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
La actitud de la usuaria	21	21.0
Las actividades y actitudes de la enfermera	17	17.0
Los procedimientos y medicamentos	34	34.0
Calidad del equipo y material	28	28.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 14

Actitud de las enfermeras del Hospital de la Mujer ante una Crisis de Histeria

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Administro antibiótico y analgésico	9	9.0
Realizo una contrastación de la orina con clinitest	14	14.0
Averiguo más datos en su historia personal	72	72.0
Administro agua inyectable	5	5.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 15

Actitud de las enfermeras del Hospital de la Mujer al ser agredidas por una usuaria hospitalizada por largo tiempo

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Establezco una comunicación con ella y la escucho	39	39.0
Busco un acercamiento con ella para entablar el dialogo	47	47.0
Me molesta su actitud y me alejo	4	4.0
Me molesta su actitud y la trato igual	10	10.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 16

Intervención de las enfermeras del Hospital de la Mujer ante una Urgencia

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Sugiero su traslado a Terapia intensiva	3	3.0
Trato de tranquilizarla diciéndole que la van a revisar	11	11.0
Reviso y anoto los signos vitales constantemente	17	17.0
Aviso al médico e insisto en una revisión urgente	69	69.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 17

Actitud de las enfermeras del Hospital de la Mujer respecto a la divulgación de información de la usuaria

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Les proporciono imágenes y les invito a observar a sus conocidos	30	30.0
Los remito a la lectura de un libro	8	8.0
Menciono un caso clínico omitiendo algunos detalles	15	15.0
Menciono un caso clínico del que fui testigo	47	47.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 18

Reconocimiento de los límites de las enfermeras del Hospital de la Mujer durante la
Instalación de venoclisis

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Intento una vez y si no pido apoyo	30	30.0
Intento 2 veces y si no pido apoyo	65	65.0
Intento tres veces y si no pido apoyo	5	5.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 19

Actitud de las enfermeras del Hospital de la Mujer al Atender a una Usuaría desaliñada y nauseabunda

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Procuro mejorar su imagen y limpieza	62	62.0
Le proporciono los medios para que tome un baño	28	28.0
Evito interactuar con ella	8	8.0
Le pido a una compañera que la atienda	2	2.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 20

Principal actividad que desarrollan las enfermeras del Hospital de la Mujer al iniciar la Jornada Laboral

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Valoro la situación actual de la usuaria	42	42.0
Checo los signos vitales	46	46.0
Reviso indicaciones médicas	8	8.0
Preparo medicamentos	4	4.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 21

Distribución de Enfermeras que Informan con claridad al familiar sobre los procedimientos a realizar

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	80	80.0
NO	20	20.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 22

Distribución de enfermeras que sonríen al dirigirse a la usuaria

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	92	92.0
NO	8	8.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 23

Distribución de enfermeras que le hablan por su nombre a la usuaria

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	88	88.0
NO	12	12.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 24

Distribución de enfermeras que le hablan a la usuaria modificando su nombre en diminutivo

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	25	25.0
NO	75	75.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 25

Distribución de enfermeras que Informan a la usuaria sobre el procedimiento a realizar

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	87	87.0
NO	13	13.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 26

Distribución de enfermeras que le hablan a la usuaria familiarmente

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	25	25.0
NO	75	75.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 27

Asistencia a las sesiones de capacitación por las enfermeras del Hospital de la Mujer

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	38	38.0
NO	62	62.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 28

Enfermeras que presentan temas en las sesiones de capacitación

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	12.0
NO	88	88.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 29

Elaboración de propuestas de mejora para el servicio por las enfermeras

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	42.0
NO	58	58.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 30

Frecuencia en la presentación de propuestas de mejora por las enfermeras

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	37	37.0
NO	62	62.0
No contesto	1	1.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

CUADRO 31

Personal de enfermería que participa en la organización de las jornadas del Hospital de la Mujer

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	9.0
NO	91	91.0
Total	100	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 1

Rangos de identidad negativa * rangos de identidad positiva

		Rango de identidad positiva			Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada intensidad	
Rango de identidad negativa	Regularmente intenso	6	1	0	7
	Moderada Intensidad	22	11	0	33
	Intenso	31	23	1	55
	Muy intenso	0	2	3	5
	Total	59	37	4	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 2

Rangos de identidad positiva * rangos de conocimientos teóricos

		Rango de conocimientos teóricos				Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada Intensidad	regular intensidad	
Rango de identidad positiva	Muy intenso	22	35	2	0	59
	Intenso	8	22	6	1	37
	Moderada intensidad	0	2	2	0	4
	Total	30	59	10	1	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 3

Rango de identidad negativa * rango de conocimientos teóricos

		Rango de conocimientos				Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada Intensidad	Regular intensidad	
Rango de identidad negativa	Regularmente intenso	7	0	0	0	7
	Moderada Intensidad	16	17	0	0	33
	Intenso	7	40	7	1	55
	Muy intenso	0	2	3	0	5
Total		30	59	10	1	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 4

Rango de identidad positiva * rango de habilidades

		Rango de habilidades				Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada intensidad	Regular intensidad	
Rango de identidad positiva	Muy intenso	2	36	21	0	59
	Intenso	2	19	14	2	37
	Moderada intensidad	0	0	4	0	4
	Total	4	55	39	2	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 5

Rango de identidad negativa * rango de habilidades

		Rango de habilidades				Total
		Muy intenso	Intenso	Moderada intensidad	Regular intensidad	
Rango de identidad negativa	Regularmente intenso	0	5	2	0	7
	Moderada Intensidad	2	20	11	0	33
	Intenso	2	30	21	2	55
	Muy intenso	0	0	5	0	5
Total		4	55	39	2	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 6

Rango de identidad positiva * rango de valores

		Rango de valores			Total
		Muy intenso	Intensidad	Moderada intensidad	Muy intenso
Rango de identidad positiva	Muy intenso	1	56	2	59
	Intenso	4	17	16	37
	Moderada intensidad	0	1	3	4
	Total	5	74	21	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.

Tabla de contingencia 7

Rango de identidad negativa* rango de valores

		Rango de valores			Total
		Muy intenso	Intensidad	Moderada intensidad	
Rango de identidad negativa	Muy intenso	0	7	0	7
	Intenso	1	28	4	33
	Moderada Intensidad	4	38	13	55
	Regularmente intenso	0	1	4	5
	Total	5	74	21	100

FUENTE: Encuesta aplicada a 100 enfermeras del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán, Junio de 2008.