



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**NIVEL DE APLICACIÓN DE
PENSAMIENTO CRÍTICO PARA EL
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE
CALIDAD DE VENOCLISIS INSTALADA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRO EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)**

P R E S E N T A

LIC. EDGAR CORREA ARGUETA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. JUAN GABRIEL RIVAS ESPINOSA

MÉXICO, D. F.

NOV. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

NIVEL DE APLICACIÓN DE
PENSAMIENTO CRÍTICO PARA EL
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE
CALIDAD DE VENOCLISIS INSTALADA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRO EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)**

P R E S E N T A

LIC. EDGAR CORREA ARGUETA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. JUAN GABRIEL RIVAS ESPINOSA

MÉXICO, D. F.

NOV. 2011



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 29 de agosto del 2011, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) del alumno EDGAR CORREA ARGUETA con número de cuenta 09625905-8, con la tesis titulada:

“NIVEL DE APLICACIÓN DE PENSAMIENTO CRÍTICO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE CALIDAD DE VENOCLÍSIS INSTALADA”

bajo la dirección del(a) Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa

Presidente : Maestra Ma. Cristina Muggenburg Rodríguez y Vigil
Vocal : Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa
Secretario : Doctor Arturo Silva Rodríguez
Suplente : Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez
Suplente : Doctora Guadalupe Rosete Mohedano

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
MÉXICO D, F. a 08 de septiembre del 2011.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

PROGRAMA DE
EN ENFERMERÍA

RECONOCIMIENTO

A las autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la Facultad de Estudios Superiores “Zaragoza” y de la Facultad de Estudios Superiores “Iztacala” por el apoyo otorgado durante el transcurso del plan de estudios del programa de maestría en enfermería

De forma especial mi agradecimiento a los miembros del comité tutorial, por el apoyo y el interés por este tan anhelada experiencia académica:

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa

Mtra. Ma. Cristina Müggenburg Rodríguez Y Vigil

Dr. Arturo Silva Rodríguez

Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

Dra. Guadalupe Rosete Mohedano

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa, profesor de la carrera de enfermería de la FES Zaragoza, con mi más sincero y profundo agradecimiento por su apoyo, su confianza y su complicidad en la elaboración de tan anhelado proyecto.

A la coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, la Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez, por su dedicación, sus consejos y ayuda durante mi tránsito en la formación académica.

También agradezco con entusiasmo y admiración por compartir conmigo su conocimiento y experiencia: a la Mtra. Ma. Cristina Müggenburg Rodríguez Y Vigil, a la Dra. Guadalupe Rosete Mohedano.

Especialmente quiero agradecer a la Lic. Carolina Torres Mora, por su apoyo y participación siempre tan entusiasta en la elaboración de este trabajo.

A las autoridades del Hospital General “Manuel Gea González” y del Hospital General de Balbuena, por el apoyo brindado y abrirme sus puertas para la ejecución de este proyecto.

DEDICATORIAS:

Al único hombre que más amo, el que está ahí, el que espera, el que con su mirada se entrega y dice que me ama, el que me ha enseñado a ser mejor persona a cada momento, el que con sus consejos me guía, ese hombre que es el puerto seguro, y que con sus manos fuertes y toscas me llena de esperanzas el alma, ese hombre llamado **Andrés Correa Ruiz mi Padre**.

Deseo agradecer profundamente a la casualidad que la vida me otorgó al haberme puesto en un hogar maravilloso al nacer, rodeado de mis hermanos, ya que sin su presencia el placer cotidiano de vivir sería simple monotonía. Es difícil imaginar cómo sería el andar cotidiano sin recordar su comprensión, su apoyo inmenso y su amor. Gracias hermanos por compartir y dedicar gran parte de sus vidas conmigo y por darme aliento para la ardua tarea de caminar hacia la perspectiva de un nuevo día; de verdad serán inolvidables.

Juan Gabriel Rivas, gracias por darme tu amistad y esta enseñanza:

Pues una vez emprendida la marcha ya nunca nos detendremos.

Hoy, antes del amanecer, subimos a una colina y contemplamos el cielo repleto, Te pregunte: «Cuando abracemos esas órbitas, y el placer y el conocimiento que guardan en ellas, ¿nos sentiremos llenos y satisfechos?»

Y tu respondiste «No, no habremos sino alcanzado esa altura para seguir más allá»

A la familia Torres Mora, (Juan Carlos, Ana María, Cesar y especialmente tu Carolina) gracias por permitirme entrar en su familia y formar parte de su vida, gracias por el amor, por tener los mejores pensamientos y creer en mí, gracias por ayudarme y motivarme para hacer mejor las cosas, gracias por todo.

A mis amigos: Andrés, Gerardo, Ernesto, Carlos, Edith, Leticia, Claudia, Alma, Dulce, Leydi y todos aquellos que aun que no los mencione tiene un lugar especial en mi corazón, gracias por ser la familia que escogí entre extraños, junto a ustedes cada paso, ha creado una huella, cada huella una historia, cada ayer una estrella en el cielo de la memoria.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCIÓN	3
III.	JUSTIFICACIÓN	4
IV.	MARCO TEÓRICO	6
	3. 1 Pensamiento crítico	6
	2. 2 Niveles de aplicación de pensamiento crítico	7
	2. 3 Indicadores de calidad en enfermería	9
	2. 4 Indicador de calidad: Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada por Enfermería	11
	2. 5 Competencia en la gestión del cuidado	13
	A. <i>Mapa conceptual</i>	15
V.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
VI.	OBJETIVOS	17
	5.1 General	17
	5.2 Específicos	17
VII.	HIPÓTESIS	18
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	19
	8.1 Tipo de estudio	19
	8.2 Universo	19
	8.3 Muestra	19
	8.4 Técnicas de recolección de datos	20
	8.5 Instrumentos	20
	8.6 Operacionalización de variables	24
	8.7 Análisis de resultados	27
IX.	ASPECTOS ÉTICOS	28
X.	RESULTADOS	29
XI.	DISCUSIÓN	50
XII.	CONCLUSIÓN	55
XIII.	RECOMENDACIONES	57
XIV.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
XV.	ANEXOS	71

I. RESUMEN

El pensamiento crítico es un juicio o razonamiento el cual da como resultado evaluación, interpretación, análisis e inferencia. La aplicación del pensamiento crítico se desarrolla a partir de las habilidades metacognitivas y experiencias. El cuidado de enfermería constantemente es sometido a evaluación por medio de indicadores como el de vigilancia y control de venoclisis instaladas, el cual define el porcentaje de pacientes cuyas venoclisis cumplen con siete criterios establecidos para su manejo y control. Para que se cumpla el indicador, el personal de enfermería debe realizar una serie de intervenciones por cada criterio, las cuales requieren de un razonamiento clínico que a menudo no es evaluado.

Por lo anteriormente señalado el presente estudio tiene por objetivo: identificar el nivel de aplicación de pensamiento crítico del personal de enfermería de un hospital de la ciudad de México, en la ejecución de los criterios para cumplir con el indicador de calidad de Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada.

Es un estudio correlacional, analítico, transversal, con una n=155 enfermeras, distribuidas en los servicios de medicina interna, cirugía general, quirófano y urgencias, en los tres turnos, Se diseñaron dos instrumentos, uno en escala dicotómica que evalúa el cumplimiento del indicador; el segundo identifica el nivel de aplicación de pensamiento crítico utilizado por enfermería en la ejecución de las intervenciones para cumplir con el indicador que se basa en el formato de recolección de datos del indicador de vigilancia y control de venoclisis instaladas, se estructuraron cuatro preguntas por cada ítem del indicador, ordenadas por nivel de complejidad de pensamiento crítico descritos por Facione: evaluación, interpretación, análisis e inferencia, el instrumento se validó por consenso de expertos y se le aplicó la prueba Kr20 reportando 0.97.

El cumplimiento del indicador de calidad fue del 98%, y el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte de enfermería fue: 73% no lo aplica en ninguno de sus niveles, 17% lo aplica en el nivel uno, 2% en el nivel dos, 3%

en el nivel tres y 5% en el nivel cuatro. La correlación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y las variables: cumplimiento del indicador ($r=-0.014$; $p=0.867$); el nivel académico del personal de enfermería ($r=0.044$; $p=0.583$); la institución de procedencia académica ($r=0.005$; $p=0.955$); categoría que otorga la institución al personal de enfermería ($r=0.025$; $p=0.76$); años como enfermera/ro ($r=0.091$; $p=0.261$) y el tiempo que tiene en el servicio actual, ($r=0.036$; $p=0.649$). Los resultados de la prueba ANOVA con los distintos grupos y el nivel de aplicación de pensamiento crítico determinó que en cuanto al servicio actual de enfermería fue [$F=0.597$; $gl=154$; $p=0.666$], el servicio de Quirófano fue el menos favorecido con una media de 0.26; con respecto al turno se encontró que [$F=5.55$; $gl=154$; $p=0.000$], el menos favorecido es el turno matutino con una media de 0.34, lo que implica que si existe diferencia entre los turnos.

La mayoría del personal de enfermería no aplica pensamiento crítico en ninguno de sus cuatro niveles, aunque se puede reconocer que existen distintos factores que intervienen para que no se lleve a cabo la aplicación. Es por eso que se rechazan las hipótesis de investigación y se aceptan las nulas al no existir correlación entre el cumplimiento del indicador y el nivel de aplicación del pensamiento crítico.

Las hipótesis que sugieren el análisis de varianza unilateral demuestra que no hay diferencia entre los turnos pero si existe entre los servicios.

II. INTRODUCCIÓN

El pensamiento crítico, es un juicio o razonamiento que tiene un propósito, el cual da como resultado evaluación, interpretación, análisis e inferencia y se caracteriza por ser auto-dirigido, auto-disciplinado, autoregulado y auto-corregido. Los profesionales de enfermería deben formular intervenciones que exploten su capacidad de pensar críticamente, mismas que conduzcan a una gestión del cuidado responsable a través de juicios clínicos.

La emisión de un juicio de enfermería debe ser ordenado y estructurado a partir de las habilidades y experiencias, debe estar dirigido por las necesidades del paciente y de enfermería de brindar cuidados competentes y eficientes, sometidos a una evaluación constante que se traduce en los indicadores de calidad.

Algunos indicadores de calidad aplicados en el ámbito asistencial son sin duda los reportados/generados para la vigilancia y control de la venoclisis, instaladas, dicho indicador se define como el porcentaje de pacientes cuyas venoclisis cumplen con los siete criterios establecidos para su manejo y control, que lo constituyen. El personal de enfermería debe realizar una serie de intervenciones por cada criterio, intervenciones que requieren de un razonamiento clínico y que a menudo no es evaluado, con el consecuente riesgo para la persona cuidada.

Bajo esta consideración el presente estudio tiene como propósito identificar el nivel de aplicación de pensamiento crítico que emplea el personal de enfermería durante la ejecución de las actividades específicas sobre los criterios que guía el indicador de calidad “vigilancia y control de venoclisis instalada”, como predictor del cumplimiento de la técnica, pero principalmente como criterio de calidad y seguridad de la persona cuidada.

Desde esta perspectiva el cumplimiento de los siete criterios del indicador obliga a utilizar el pensamiento crítico por parte de enfermería para asegurar no solo el cumplimiento de la técnica, sino garantizar la calidad del proceso.

III. JUSTIFICACIÓN

La atención de enfermería constituye un referente esencial para la calidad de atención en salud debido a que constantemente se evalúa su contribución a los servicios, a través de la efectividad y los costos, por lo que se han establecido a nivel internacional indicadores y estándares de calidad en la atención, que acreditan y certifican los servicios.¹

Para una mejor atención de calidad la Organización Panamericana de Salud, establece que el personal de enfermería requiere desarrollar su capacidad efectiva de influencia en la toma de decisiones, para intervenir con pertinencia en el cambio de actitud de las enfermeras/os y en las instituciones de salud,² también es necesario desarrollar habilidades para comprender y analizar la realidad o contexto, es decir basar su atención en estándares que evalúen permanentemente la atención, haciendo una medición del impacto y resultados a través de indicadores válidos y sensibles.³

La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) en el año 2000, elaboró el proyecto “Calidad de Atención de Enfermería en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería”, cuyo propósito fue promover la calidad para garantizar la integridad y continuidad de los cuidados de enfermería para la satisfacción de los usuarios y de los trabajadores de enfermería; optimizar la contribución en los servicios de salud garantizando la calidad a través de la efectividad y el equilibrio de los costos.⁵

Para apegarse a lo dispuesto en el proyecto de la FEPPEN, en México se realizó la reforma del sector salud, el cual tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud; para garantizar la atención, se creó la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), la cual tiene por objetivo la evaluación de la calidad de los servicios, que se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con indicadores definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.⁶

La CPE, en su último reporte informa que en el año 2008, se tuvo un cumplimiento del 96.96% nivel nacional en todas las especialidades y tur, en cuanto al indicador de vigilancia y control de venoclisis instalada, al medir el cumplimiento de este indicador de calidad solo se contempla la respuesta “Si” o “No”, pero para que ese indicador cumpla con lo normado, el personal de enfermería debe realizar una serie de intervenciones por cada criterio, intervenciones que requieren de un razonamiento clínico⁷, que disminuyan los riesgos y garanticen la seguridad a la persona motivo del cuidado.

La inquietud de este estudio se centra en identificar si el personal de enfermería utiliza el pensamiento crítico en sus intervenciones, para dar una respuesta a los parámetros del indicador de calidad, debido a que éstas se reflejan en los resultados y por tanto determinan el nivel de cumplimiento.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 El pensamiento crítico.

El pensamiento crítico, es un juicio autoregulado y que tiene un propósito que da como resultado evaluación, interpretación, análisis e inferencia, como también la explicación de las consideraciones de evidencia, conceptuales, metodológicas⁸, o contextuales en las cuales se basa ese juicio por lo que obliga a tener un pensamiento disciplinado y autodirigido sobre cualquier tema, contenido o problema en el cual se pretende mejorar la calidad del pensamiento al apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales.⁹

El pensamiento crítico en el personal de enfermería permite autorectificar, por lo que es necesario que tenga un objetivo bien definido y que esté centrado en los resultados³, dirigido por los estándares o indicadores profesionales, códigos éticos y leyes, que aplique la lógica, la intuición y la creatividad lo que llevará a crear un juicio basado en conocimientos específicos que requieren de un proceso intelectualmente disciplinado de conceptualizar, aplicar, analizar, sintetizar y/o evaluar información recopilada o generada por observación, experiencia, reflexión, razonamiento o comunicación, de manera activa y hábil, como una guía hacia la creencia y la acción.¹⁰

La emisión de un juicio de enfermería debe ser ordenado y estructurado, a partir de las habilidades y experiencias y estar dirigido por las necesidades detectadas en el paciente y por la necesidad de enfermería de brindar cuidados competentes y eficientes, el pensamiento crítico requiere de una constante reevaluación, autocorrección para adquirir una autorealización.¹¹

Enfermería al ser gestora de cuidados, debe orientar su actuar hacia la mejora de sí misma, de los pacientes, y del sistema, lo que la conduce a la búsqueda de información relevante y razonable en la selección de criterios; enfocado en preguntar, indagar, investigar; persistente en la búsqueda de resultados tan precisos como las circunstancias y el problema o la situación lo permitan, también llamada por Faccione autoregulación.¹²

El pensamiento crítico en enfermería debe ser escéptico, es decir desconfiar o dudar de la verdad que presentan como tal. El escéptico es aquel que no cree a ciegas en determinadas cosas y, por tanto, tiene que seguir indagando, encontrando otros caminos, investigando y verificando, debe identificar y quitar prejuicios¹³, así como la unilateralidad del pensamiento, por lo que su aprendizaje debe ser autodirigido a profundidad, realizando un análisis racional hacia la certificación o validación de lo que se sabe y aclarar lo que se ignora.¹⁴

La solución de problemas es un resultado del pensamiento crítico puesto que implica conocer estrategias específicas, analizar, proponer y valorar alternativas, esto se traduce en la toma de decisiones, que para enfermería permite focalizar la valoración y emitir un diagnóstico de la situación, con el cual sustentar el resto de las etapas del proceso de enfermería.¹⁵

4.2 Niveles de aplicación de pensamiento crítico.

El logro de un objetivo, permite vislumbrar el resultado antes de intentar trabajar de manera no razonada, este es un proceso complejo ya que se requieren de habilidades que la mayoría de los expertos investigadores en pensamiento crítico coinciden, estas habilidades se construyen, se profundizan y adquieren significancia, llevando a la adquisición y el desarrollo de una serie de capacidades específicas y de área, para el manejo de los recursos cognitivos que se tienen y para la regulación de la forma en como se invierte el propio desempeño cognitivo, es decir se desarrollan las habilidades metacognitivas.¹⁶ Faccione describe 6 niveles de pensamiento crítico, sin embargo se tomaron sólo 4 de ellos por centrarse en la actividad: evaluación, interpretación, análisis e inferencia; las cuales se describen a continuación:

- Evaluación: es valorar la credibilidad de los enunciados o de otras representaciones que recuentan o describen la percepción, experiencia, situación, juicio o creencia de una persona¹⁷; esta habilidad se considera de nivel 1 debido a que las interpretaciones son superficiales, evaluando solo puntos de vista alternativos obvios, no justifica sus resultados¹⁸ descarta argumentos relevantes y la evidencia se basa en

preconcepciones o intereses propios, lo cual muestra una cierta tendencia a rechazar el razonamiento.¹⁹

- Interpretación: es comprender y expresar el significado o relevancia de una amplia variedad de experiencias, situaciones, datos, eventos, juicios, convenciones, creencias, reglas o procedimientos; ²⁰ lo que la sitúa en una habilidad de nivel 2, se aproxima a la evidencia, pero la malinterpreta, no identifica argumentos relevantes, lo que lleva a conclusiones injustificadas y engañosas, que tratan de explicar las razones; en este nivel se mantienen y defienden las conclusiones basándose en las concepciones propias.²¹
- Análisis: es identificar las relaciones de inferencia reales y supuestas entre enunciados, preguntas, conceptos, descripciones u otras formas de representación que tienen el propósito de expresar creencia, juicio, experiencias, razones, información u opiniones ²², esta habilidad se sitúa en el nivel 3, en este la evidencia se interpreta con precisión, identificando el argumento principal, se proponen evaluaciones de puntos de vista alternativos obvios, llevando a conclusiones justificadas, la evidencia se toma como guía para justificar algunos resultados.²³
- Inferencia: es identificar y asegurar los elementos necesarios para llegar a conclusiones razonables, formular conjeturas e hipótesis; considerar la información pertinente y deducir las consecuencias que se desprenden de los datos, enunciados, principios, evidencias, juicios, creencias, opiniones, conceptos, descripciones, preguntas u otras formas de interpretación ²⁴, es el nivel 4 del pensamiento crítico se precisa en la interpretación de la evidencia, y el argumento principal se identifica de manera concienzuda y reflexiva, lo que conlleva a la proposición de diferentes puntos de vista alternativos, las conclusiones son justificadas, sensatas e imparciales, que se reflejan en los resultados y en los procedimientos, la evidencia es una razón que guía.²⁵

Las anteriores habilidades llevan a crear en enfermería el razonamiento clínico que como proceso lleva a una transición desde una base de conocimientos altamente conceptual y racional adquirida en la formación educativa hasta una

habilidad “no analítica” para reconocer y manejar situaciones clínicas familiares, adquirida en el ejercicio clínico, dicho proceso lleva al juicio clínico, el cual se centra en mejorar las prácticas de cuidados dirigidas a mejorar los resultados de los pacientes, estos juicios están influidos por el contexto en el que se da la situación y por la cultura de la unidad de cuidados de los pacientes²⁶, además de los propósitos que se persiguen en enfermería, los cuales están dirigidos a lo siguiente a) ayudar a las personas a evitar la enfermedad y sus complicaciones, b) ayudar a las personas a conseguir la mejor funcionalidad, independencia y sensación de bienestar posibles, c) mejorar continuamente las prácticas de cuidados dirigidas a mejorar los resultados de los pacientes.²⁷

Los resultados de estos propósitos están dirigidos a la ausencia o reducción de los signos, síntomas y factores de riesgo de la enfermedad, lesión o incapacidad, al uso de conductas y estrategias que la evidencia indica que promueven la salud, el funcionamiento, la calidad de vida y a la documentación de cuidados personalizados, basados en la evidencia, y el estado de la cuestión.²⁸

Para el logro de los propósitos y de los resultados es necesario comprometer la calidad, que sea de manera oportuna y a un coste efectivo, por lo que es necesario buscar constantemente la mejora de la habilidad personal para ofrecer cuidados de enfermería de calidad, y para lograrlo es necesario la implementación de indicadores que midan la calidad y la satisfacción de la atención de enfermería.²⁹

4.3 Los indicadores de calidad en enfermería.

Los indicadores son herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos, pueden ser medidos, verificables de cambio o resultado, están diseñados para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso con respecto a metas establecidas que faciliten el reparto de insumos, produciendo productos y alcanzando objetivos³⁰

Los indicadores permiten obtener estadísticas, serie estadística o cualquier forma de indicación que faciliten estudiar dónde se está, y hacia dónde se

dirigen los programas, con respecto a determinados objetivos y metas, así como evaluar programas específicos y determinar su impacto.³¹

La Comisión Permanente de Enfermería, en su carácter rector a nivel nacional definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería el desarrollo de un proyecto titulado, “Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería”, que se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con indicadores definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios³².

Para la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, se determinó iniciar con la identificación de aquellos procedimientos que representan motivos de quejas o inconformidades que estaban especialmente vinculados directamente con la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria y cuyo cumplimiento es responsabilidad directa de enfermería.³³

Estos procedimientos se determinaron por ser motivo de riesgo y de daños innecesarios para el paciente, que se realizan de manera cotidiana y prácticamente en todas las unidades operativas del sistema de salud, o bien que afectan negativamente la opinión de los usuarios y cuya mejora pueda darse en el corto plazo y no requiere de inversiones importantes de recursos: económicos, tecnológicos o huma.³⁴

Los propósitos están dirigidos a identificar áreas de oportunidad para mejorar la atención que se brinda a los usuarios de los servicios de salud. Elaborar guías o protocolos que incluyan en prácticas de carácter preventivo, que eviten la ocurrencia de daños a los usuarios.³⁵

Los indicadores definidos, establecen los criterios necesarios para garantizar las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud.³⁶

La medición de los indicadores de enfermería es importante porque permiten conocer el grado de cumplimiento de enfermería y de calidad que se está aplicando; ayuda a conocer las debilidades y trabajar en áreas de oportunidad (criterio de cada uno de los Indicadores) aplicando estrategias de mejora,³⁷ adquirir experiencia en la detección de los problemas y el aislamiento de sus causas probables, potenciales y raíz, los indicadores se dividen por su dimensión interpersonal y por su dimensión técnica de la cual se destaca la vigilancia y control de venoclisis instaladas.³⁸

4.4 Indicador de calidad: Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada por Enfermería (VCVIE).

El indicador de vigilancia y control de venoclisis instaladas se define como el porcentaje de pacientes cuyas venoclisis instaladas cumplen con los siete criterios establecidos para su manejo y control.

Los criterios son las condiciones señaladas en los principios del procedimiento para la ministración de soluciones parenterales, normatividad institucional para el manejo y control de venoclisis instaladas y la NOM-EM-002-SSA2-2003, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Su definición operacional, es el conjunto de siete acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir infecciones nosocomiales asociadas a venoclisis instaladas, estos siete criterios se formulan como preguntas y se evalúa como positiva si el personal de enfermería cumple todos los aspectos a evaluar,³⁹ los criterios son:

1. La solución instalada tiene me de 24 horas: esto ayuda a la protección contra factores externos de contaminación originada por el desarrollo bacteriano y la manipulación de varios miembros del equipo de salud.
2. La solución cuenta con el membrete elaborado conforme a la normatividad: favorece la información y vigilancia, es necesario vigilar que sea el paciente correcto, la prescripción correcta, el número de cama, la fórmula de la solución,

la fecha, la hora de inicio y término de la solución y el nombre y apellido de quien instaló la solución.

3. La venoclisis y el equipo tienen me de 72 horas de instalado: ayuda a mantener una protección contra factores externos de contaminación originada por: el desarrollo bacteriano, posibles restos hemáticos, y la manipulación de varios miembros del equipo de salud.

4. El equipo de las venoclisis se encuentra libre de residuos: permite la protección contra factores externos de contaminación originada por: detritus, precipitados, sedimentos.

5. El sitio de la punción y área periférica de la venoclisis se encuentran sin signos de infección: permite la protección contra factores externos de contaminación por manipulación de varios miembros del equipo de salud, la Identificación de datos reales o potenciales de infección o reacción al material utilizado, control de la zona de punción, vigilar enrojecimiento y calor local y la comunicación efectiva inter e intraprofesional.

El uso de apósitos transparentes semipermeables puede evitar manipulaciones innecesarias sobre la zona de punción. El calibre del dispositivo ha de ser el de menor diámetro posible que permita la infusión segura de la solución a menor grosor del catéter, mayor tiempo de permanencia y menor riesgo de extravasación.

6. El catéter se encuentra instalado firmemente y la fijación está limpia: un mayor grosor del diámetro del dispositivo supone un mayor riesgo de flebitis mecánica, provocada por el roce del catéter con la íntima de la vena, al fijar el equipo de suero al miembro del paciente para evitar tirones accidentales, debe hacerse sin rodear el miembro completamente para no comprometer/ interrumpir flujo veo/ arterial o linfático, el uso de corbata, debe de realizarse lo más distal posible del punto de inserción, sin realizar ningún tipo de corbata alrededor de la cánula lo cual evitara las fugas. La valoración del catéter en su punto de inserción se simplifica con los apósitos transparentes, pues permiten la vigilancia continua sin necesidad de manipulación.

7. La solución parenteral se mantiene como un circuito cerrado, lo que ayuda en la protección contra factores externos de contaminación debida a la entrada de aire no filtrado hacia el interior de la bolsa o frasco de solución.⁴⁰

La sustentación de estos criterios están basados en los principios del procedimiento para la ministración de soluciones parenterales, la normatividad institucional para el manejo y control de venoclisis instaladas y la Norma Oficial Mexicana NOM-EM-002-SSA2-2003, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Debido a que la intención del pensamiento crítico como del cumplimiento del indicador de calidad es que enfermería sea capaz de manejar su propia gestión de cuidados desarrollando al máximo su habilidad, es necesario identificar su nivel de pensamiento crítico,³⁶ el cual se relaciona con la gestión por competencias entendiendo esta como una herramienta estratégica que tiene como principal objetivo identificar el talento de cada una de las personas que trabajan en una organización y potenciarlo para maximizar sus resultados.⁴¹

Un indicador es una expresión de eficacia y eficiencia dentro de un marco de competencia en una práctica profesional hospitalaria, que se refleja en su toma de decisiones para la gestión de cuidado.⁴²

4.5 Competencias en la gestión del cuidado.

La gestión por competencias se centra en el impulso de la innovación para el liderazgo transformacional, ya que permite a los profesionales conocer su propio perfil de competencias, las áreas de mejora en las que invertir en formación o las requeridas para un puesto, entre otros aspectos.⁴³

El término competencia puede conceptualizarse desde dos definiciones básicas, la primera incluye la suma de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y en cada situación, y la segunda definición puede entenderse en el sentido del ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional.⁴⁴

El proceso de evolución hacia la expertez se da a través de la aplicación de los conocimientos teóricos primero, de la acumulación, el análisis y la discriminación de experiencias vividas, este proceso se refleja en la toma de decisiones y el desarrollo a partir de la observación y la actuación en situaciones reales, esta evolución tiene cinco niveles de expertez: aprendiz, principiante, competente, proeficiente y experto.⁴⁶

La consecución de un nivel determinado de competencia depende de las características individuales y del contexto, los niveles más altos de expertez (proeficiente y experto) sólo se consiguen con la práctica continuada y reflexiva.⁴⁷

El aprendiz, es quien inicia la construcción de su conocimiento, por lo tanto actúa de forma rudimentaria, mecánica, limitada y bastante inflexible. No tiene experiencia en las circunstancias en las que debe desarrollar su labor. No sabe actuar o actúa desorganizadamente ante un imprevisto y replica, sin demasiados razonamientos, aquello que ha aprendido en la formación teórica.

El principiante empieza a demostrar una ejecución marginalmente aceptable, actúa de forma más flexible, ha afrontado un número suficiente de situaciones prácticas para darse cuenta de los componentes contextuales significativos aunque no son totalmente capaces de hacerse cargo de la situación en su conjunto; el principiante requiere ayuda en el establecimiento de prioridades.⁴⁸

El competente es capaz de cuestionarse la aplicación de los conceptos aprendidos para adaptar su actuación a la situación concreta, tiene una visión de los aspectos situacionales y sabe priorizar. Actúa de forma organizada y facilita una labor eficaz con una adecuada organización.

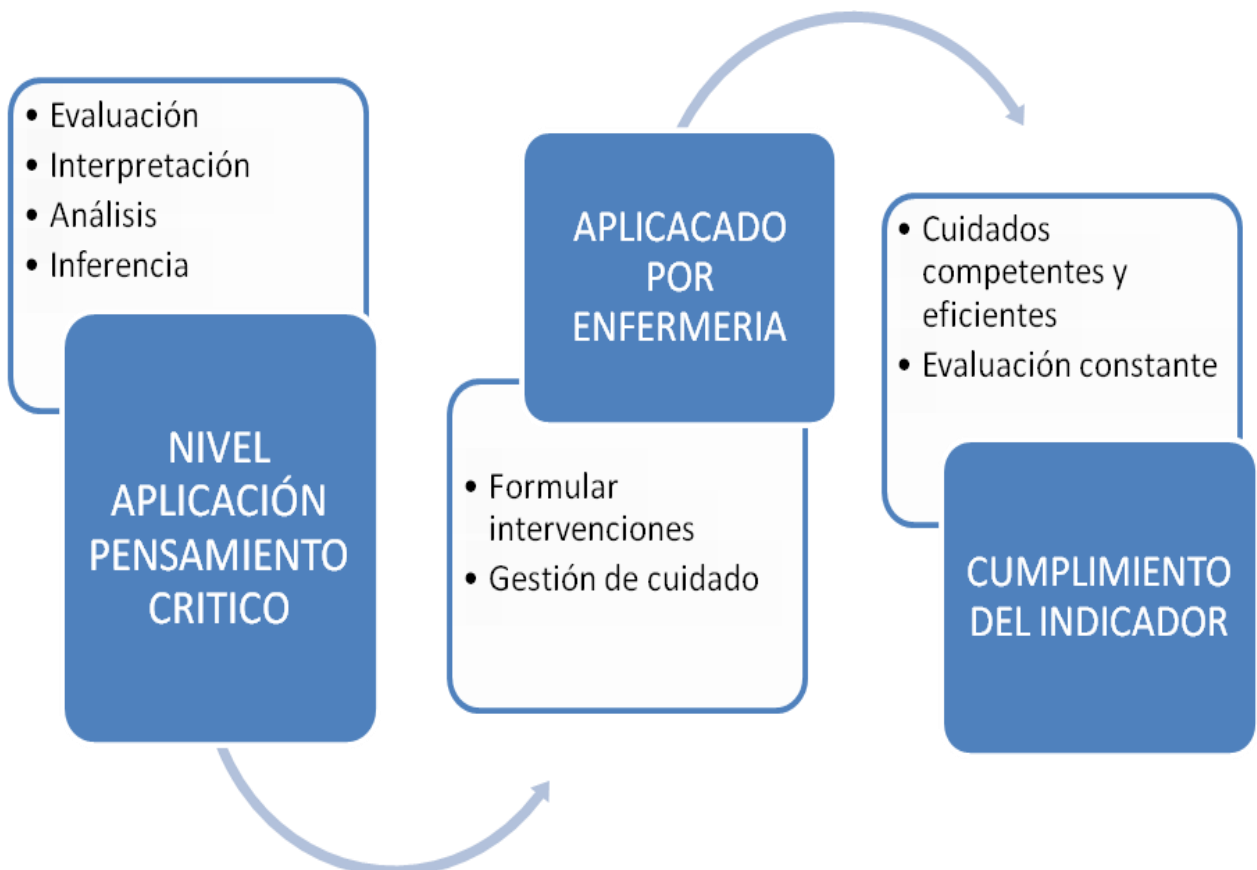
El proeficiente tiene una visión global de la situación, su toma de decisiones es instantánea, coherente con el contexto, utiliza la percepción para acelerar los procesos de toma de decisiones y anticiparse en muchos casos al problema.

El experto tiene extraordinariamente desarrollada la capacidad analítica, pero habitualmente su actuación no requiere de un principio analítico para que la

comprensión de la situación se traduzca a una iniciativa idónea.⁴⁹ La acumulación de experiencias le permite captar intuitivamente las situaciones y centrarse en el núcleo del problema, se caracteriza por una certeza perceptiva y una seguridad de criterio que, sin hacerle infalible, le permiten tomar las mejores decisiones y actuar en consecuencia.⁵⁰

Los niveles más altos de competencia son antagónicos a la ejecución imperativa de la norma, porque la toma de decisiones se basa en la discriminación de casos concretos.⁵¹

a. MAPA CONCEPTUAL



V. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El compromiso de enfermería para brindar cuidados, exige una capacitación constante, lo que genera la adquisición de conocimientos y de nuevas herramientas teórico-metodológicas, que permitan desarrollar de esta manera la consciencia y sensibilidad ética para la toma de decisiones.

La relación que existe entre enfermería y el cuidado, se asocia con el pensamiento crítico, el cual tiene una relevancia que presupone una competencia y de grado de expertez para plantear intervenciones favorables para la persona, en las cuales es necesario considerar todas las opciones sobre la mejor decisión para brindar cuidados, y así cumplir con los indicadores de calidad.

La medición de los indicadores de calidad en enfermería es importante porque permiten conocer el grado de cumplimiento de los servicios en la calidad que se está aplicando; al identificar si el indicador se ejecuta en base al pensamiento crítico del cual se formulan las intervenciones necesarias, que reflejan si se cumple o no, con los criterios establecidos ayuda a conocer las debilidades y trabajar en áreas de oportunidad (criterio de cada uno de los Indicadores) aplicando estrategias de mejora, adquirir experiencia en la detección de los problemas y el aislamiento de sus causas probables, potenciales y de raíz, de ahí se genera la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de aplicación de pensamiento crítico del personal de enfermería de un hospital de la ciudad de México, en la ejecución de los criterios para cumplir con el indicador de calidad de Vigilancia y control de la Venoclisis Instalada por Enfermería?

VI. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.

Identificar el nivel de aplicación de pensamiento crítico del personal de enfermería de un hospital de la ciudad de México, en la ejecución de los criterios para cumplir con el indicador de calidad de Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada por Enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar la relación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y el cumplimiento del indicador de calidad Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada por Enfermería.
2. Identificar la relación entre el nivel académico y el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería.
3. Identificar la relación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería con la categoría otorgada por la institución.
4. Determinar la relación entre la antigüedad como enfermera y el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería.
5. Identificar la relación entre la institución académica de procedencia y el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería.
6. Determinar la relación que existe entre el tiempo que tiene en el servicio el personal de enfermería con el nivel de aplicación de pensamiento crítico.
7. Determinar la diferencia entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y el turno en el que se encuentra laborando.
8. Identificar la diferencia entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y el servicio en el que se encuentre asignado.

VII. HIPÓTESIS

Hi₍₁₎: Existe relación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y el cumplimiento del indicador de calidad Vigilancia y Control de la Venoclisis Instalada por Enfermería

Hi₍₂₎: Existe relación entre el nivel académico y el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería.

Hi₍₃₎: Existe relación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería con la categoría otorgada por la institución.

Hi₍₄₎: Existe relación entre la antigüedad como enfermera y el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería.

Hi₍₅₎: Existe relación entre la institución académica de procedencia y el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería.

Hi₍₆₎: Existe relación que existe entre el tiempo que tiene en el servicio el personal de enfermería con el nivel de aplicación de pensamiento crítico.

Hi₍₇₎: El nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería es diferente de acuerdo al turno en el que se encuentra laborando.

Hi₍₈₎: El nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería es diferente de acuerdo al servicio en el que se encuentre asignado.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Tipo de estudio.

Descriptivo, correlacional, analítico, transversal y prolectivo.

8.2 Universo de estudio.

Personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención, que labore en los servicios de medicina interna, cirugía general, urgencias y quirófano (N= 155).

8.3 Muestra

Se trata de una muestra no probabilística por conveniencia debido a que la población ha sido tomada en su totalidad (n=155) y se ha tomado según los criterios de inclusión del 01 al 20 de Diciembre del 2010.

Criterios de inclusión.

- Enfermeras/os que den atención directa en el hospital en los servicios de medicina interna, cirugía general, urgencias y quirófano
- Enfermeras/os de las diferentes categorías y nivel académico, que estén contempladas como fijas en el rol sin importar su antigüedad y tiempo en el servicio.
- Enfermeras/os que realicen el manejo y vigilancia de venoclisis dentro de sus servicios.
- Enfermeras/os de los 3 turnos, (matutino, vespertino, y nocturno), en los servicios descritos.
- Enfermeras/os jefes de servicios ubicados en los servicios de medicina interna, cirugía general, urgencias y quirófano.

Criterios de exclusión.

- Enfermera/os de otras áreas hospitalarias que no brinden atención directa y no manejen la vigilancia de venoclisis.
- Enfermera/os que no se encuentren dentro de los servicios descritos.
- Estudiantes de enfermería.
- Pasantes de enfermería de cualquier nivel.

Criterios de eliminación:

- Personal que no conteste por completo el instrumento.
- Enfermera/os que no deseen participar.

8. 4 Técnicas de recolección de datos.

El instrumento se aplicó en el Hospital General de Balbuena, que pertenece a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, para obtener la autorización se entrevistó al Jefe de Enfermería en turno que era el Lic. Juan Obed Mendoza Santos, quien dio su visto bueno, una vez que se expusieron los objetivos, la intención y el uso de los resultados obtenidos; las recomendaciones fueron que no se aplicara a pasantes y estudiantes de enfermería, que se respetara la decisión del personal de enfermería de participar o no. El Licenciado sugiere que los instrumentos se apliquen en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Quirófano y Urgencias, que es donde se concentra la mayor cantidad de pacientes y personal de enfermería.

Una vez seleccionados los servicios se revisó la lista del personal, donde se describe su categoría, así como la programación de los días laborales.

8. 5 Instrumento

Se diseñaron dos instrumentos de medición para fines de la presente investigación, los cuales están basados en el formato de recolección de datos del indicador de vigilancia y control de venoclisis instaladas F1-VCVIE/2 de la Secretaría de Salud.

El instrumento 1, titulado “Nivel de cumplimiento del indicador de calidad:

vigilancia y control de la venoclisis instalada” (ver anexo I) cuenta en su primer rubro de instrucciones de llenado, en el segundo con las variables sociodemográficas y el tercero consta de los ítems formulados en el indicador en su escala dicotómica, con el cual solo se mide cumplimiento.

El instrumento 2, titulado “Nivel de aplicación de pensamiento crítico” (ver anexo II) se diseñó para identificar el nivel de aplicación de pensamiento crítico del personal de enfermería, que está permeando al cumplir con cada uno de los siete ítems del indicador, por lo que se estructuraron cuatro preguntas por cada ítem, ordenadas por nivel de aplicación de pensamiento crítico descrito por Facione, la ponderación se consideró a partir de las recomendaciones de la dirección general de calidad y educación, los cuales contemplan que el cumplimiento se considera entre cinco y siete respuestas de si, también se empleo para la ponderación las recomendaciones de la “Matriz de valoración integral para asignar puntajes/calificaciones en pensamiento crítico”, diseñado por Faccione, P. y Faccione, N.(ver anexo III).

El instrumento 2, cuenta en su primer rubro de instrucciones de llenado, en el segundo con las variables sociodemográficas y en el tercero consta de 28 preguntas con las siguientes especificaciones:

- por cada reactivo del indicador se estructurón 4 preguntas, de las cuales la punto uno (x.1) está orientada a la evaluación (habilidad nivel 1 de aplicación de pensamiento crítico). La punto dos (x.2) a la interpretación (habilidad nivel 2 de aplicación de pensamiento crítico), la punto tres (x.3) al Análisis (habilidad nivel 3 de aplicación de pensamiento crítico) y la punto cuatro (X. 4) inferencia (habilidad nivel 4 de aplicación de pensamiento crítico)
- para considerar que una persona se encuentra dentro de un nivel de aplicación del pensamiento crítico se estimará como a continuación se describe:

NIVEL DE APLICACIÓN DE PC	X. 1	X. 2	X. 3	X. 4
Nivel Uno: evaluación	5 a 7 Aciertos			
Nivel Dos: interpretación	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos		
Nivel Tres: análisis	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos	
Nivel Cuatro: inferencia	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos

Habilidad nivel uno, deberá responder correctamente cinco preguntas o más orientadas al nivel uno, para habilidad nivel dos, deberá responder correctamente cinco o más de nivel uno, además de cinco o más de nivel dos, para el nivel tres, responderá correctamente las necesarias del nivel dos, además de cinco o más de la habilidad nivel tres, para el nivel cuatro las necesarias para el nivel tres, además de cinco o más para el nivel cuatro.

Una vez terminado el diseño del instrumento 2, titulado “Nivel de aplicación de pensamiento crítico”, se realizó el piloteo en un hospital de segundo nivel con características similares a las del estudio, se tomó una muestra de 30 personas del turno matutino, aplicado solo a enfermeras, con un promedio de antigüedad de tres años en el servicio, y de antigüedad laboral de 5 años en promedio, como resultado de las observaciones se reestructuró la pregunta 3.2, debido a que presento errores en la interpretación, también se modificaron las respuestas de la pregunta 6.4 las cuales se extendieron para una mejor comprensión.

Validación:

La validación del instrumento 2 fue realizado por consenso de expertos, los cuales fueron cinco, cuyo perfil fue: 1. Doctor en educación, con enfoque cualitativo y experiencia en docencia universitaria escolarizada y abierta en enfermería 2. Mtro. En enfermería con enfoque en educación y experiencia en administración y enseñanza en enfermería, 3 Licenciada en enfermería con

cargo de supervisora de servicios de enfermería, con conocimiento y manejo de los indicadores de calidad, 4 Enfermera con experiencia en el manejo de líneas intravasculares y 5 licenciada en enfermería con cargo de gestor de calidad y experiencia en el área de epidemiología clínica; a partir de este consenso se llevó a la reestructuración en la redacción de los ítems 1.1, 2.4, 5.3, 6.4 y 7.4

La confiabilidad:

Se realizó por la prueba Kuder Richardson (Kr20) la cual dio como resultado 0.97, mostrando congruencia y consistencia interna.

8.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	NOMBRE CORTO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES O CÓDIGO	NIVEL DE MEDICIÓN
Nivel de aplicación Pensamiento Critico	P.C.	Es un juicio autoregulado y que tiene un propósito, que da como resultado interpretación, análisis, evaluación e inferencia, como también la explicación de las consideraciones de evidencia, conceptuales, metodológicas, o contextuales en las cuales se basa ese juicio	Suma de las dimensiones: 1. Evaluación: es comprender y expresar el significado 2. Interpretación: es identificar las relaciones de inferencia reales y supuestas. 3. Análisis: es valorar la credibilidad de los enunciados 4. Inferencia: es identificar y asegurar los elementos necesarios para llegar a conclusiones razonables.	Habilidad nivel uno deberá responder correctamente cinco preguntas o más orientadas al nivel uno, para habilidad nivel dos deberá responder correctamente cinco o más de nivel uno, además de cinco o más de nivel dos, para el nivel 3 responderá correctamente las necesarias del nivel dos, además de cinco o más de la habilidad nivel tres, para el nivel cuatro las necesarias para el nivel tres, además de cinco o más para el nivel cuatro. La respuesta correcta se codificara como 1 La respuesta incorrecta se codificara como 0	ORDINAL
Cumplimiento del Indicador de Calidad: Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada	IVCVI	conjunto de siete acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir infecciones nosocomiales asociadas a venoclisis instaladas	Los criterios son: 1. La solución instalada tiene me de 24 horas 2. La solución cuenta con el membrete elaborado conforme a la normatividad 3. La venoclisis y el equipo tienen me de 72 horas de instalado 4. El equipo de las venoclisis se encuentra libre de residuos	Se realiza en escala dicotomía de SI cumple o no cumple con los dispuesto en el instrumento de indicador de calidad VCVIE	ORDINAL

			<p>5. El sitio de la punción y área periférica de la venoclisis se encuentran sin signos de infección</p> <p>6. El catéter se encuentra instalado firmemente y la fijación está limpia</p> <p>7. La solución parenteral se mantiene como un circuito cerrado</p>		
TURNO	TURNO	Período en el que se desarrolla una actividad o se desempeña un cargo, cuando también sucede en otro momento o cuando está sujeto a sucesión.	<p>1. Matutino</p> <p>2. Vespertino</p> <p>3. Nocturno</p> <p>4. Jornada acumulada</p>		NOMINAL
CATEGORÍA	CATEGOR	Son los códigos con que la institución otorga una categoría escalafonaria en base al nivel de estudios y la antigüedad	<p>Las categorías son:</p> <p>1: Auxiliar</p> <p>2: Enfermera General A</p> <p>3: Enfermera General B</p> <p>4: Especialista</p> <p>5: Jefe de servicio</p>		ORDINAL
SEXO	H ò M	Término biológico que se expresa en la genitalidad y en las características físicas	<p>Los criterios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujer - Hombre 	<p>En el instrumento se dará una puntuación de</p> <p>1: Mujer</p> <p>2: Hombre</p>	NOMINALES
NIVEL ACADÉMICO		Es una distinción otorgada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.	<ul style="list-style-type: none"> - Educación Profesional Técnica. - Educación Profesional Técnica, con especialización. - Educación Profesional Técnica, con diplomado. - Licenciatura. - Licenciatura con especialidad - Licenciatura con diplomado - Maestría. 	<p>1: Técnico</p> <p>2: Postécnico</p> <p>3: Licenciatura</p> <p>4: Especialidad Posgrado</p> <p>5: Otro</p>	ORDINAL

SERVICIO HOSPITALARIO	MI1 MI2 UTI URG	Zona de un hospital provista de personal y equipada para el tratamiento de pacientes con una enfermedad específica u otra característica común.	Servicios hospitalarios: <ul style="list-style-type: none"> • Medicina interna • Cirugía general • Urgencias. • Quirófano 	1: Medicina Interna 2: Urgencias 3: cirugía General 4: Quirófano	NOMINAL
TIEMPO EN EL SERVICIO	TSERV	El tiempo en años que un@ enfermera/ro lleva en un mismo servicio	Se clasificará por grupos de tres en tres	1: 0-3 años 2: 4-6 años 3: 7-9 años 4: 10-12 años 5: 13- más años	NOMINAL
ANTIGÜEDAD COMO ENFERMERA/RO	ANTIGÜEDAD	Tiempo que lleva una persona desarrollando actividades de enfermería.	Se clasificarán por grupos de tres en tres	1: 0-3 años 2: 4-6 años 3: 7-9 años 4: 10-12 años 5: 13-15 años 6: más de 15 años	NOMINAL
EDAD	EDAD	Es la edad en años del personal de enfermería	Se clasificarán por grupos haciendo intervalos de cinco en cinco años	1: menores de 20 años 2: 20 a 24 años 3: 25 a 29 años 4: 30 a 34 años 5: 35 a 39 años 6: 40 a 44 años 7: 45 a 49 años 8: 50 a 54 años 9: 55 a 59 años 10 de 60 en adelante	NOMINAL

8.7 Análisis de resultados

Una vez terminada la recolección de datos, se procedió al tratamiento estadístico para obtener las medidas de tendencia central y dispersión.

Habiendo determinado el número de respuestas, se procedió al cálculo de las frecuencias por nivel de aplicación de pensamiento crítico, según la literatura.

Por medio del programa de *Microsoft Excell*, se determinó el nivel de aplicación de pensamiento crítico por medio de sumatoria y promedio.

Con el programa de paquete estadístico SPSS V.17 se realizaron las pruebas de correlación r de Pearson y la prueba de análisis de varianza unidireccional (ANOVA).

IX. ASPECTOS ÉTICOS.

Los aspectos ético legales de la investigación fueron basados en lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; en el título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos capítulo 1, sobre las disposiciones comunes del artículo 13, menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Respecto con el artículo 14 de la mencionada Ley se deberá contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, debiendo recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprender el objetivo de la investigación, los posibles consecuencias positivas o negativas que pueda conllevar así como la garantía de recibir respuesta a las preguntas o dudas que tenga el sujeto de investigación.

Teniendo en cuenta al artículo 16 de la misma el cual señala que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, por lo que los instrumentos de evaluación se manejaran respetando el anonimato de cada uno de ellos.

Cabe mencionar que la presente investigación es no experimental por lo que conlleva solo a la aplicación de instrumento de evaluación. Además se considerara los principios que se encuentran en el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, los cuales son: Principio de beneficencia y no maleficiencia, justicia, autonomía, valor fundamental de la vida humana y privacidad.

Se responderá a lo dispuesto en el tratado de la Asamblea Médica Mundial de Helsinki (52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000). En los artículos 2, 5, 8, 9 donde se estipulan las normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales, los artículos 10, 11, 14, 19, 20, 21, 22, 23 donde se estipula proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

X. RESULTADOS

Descripción de la población

El presente estudio tuvo una muestra de 155 enfermera/os, de las cuales el 83% fueron mujeres y 17% hombres (gráfica 1); teniendo una distribución en orden de menor a mayor por grupos de edad de los 20 a 24 años con un 7%, de 25 a 29 años 19%, de 30 a 34 con 16%, de 35 a 39 con 21%, de 40 a 44 años 21%, de 45 a 49 con 11%, de 50 a 54 años 4% y por último de 55 a 59 años 1%. (gráfica 2)

En cuanto al nivel académico del personal de enfermería, se encontró que el 22% son técnicos, 23% posttécnicos, el 43% con licenciatura y el 12% con alguna especialidad; de los cuales se encontró que las instituciones de procedencia académica son: 3% CETIS, 5% CONALEP, 5% OTRA, 7% UAM, 23% IPN y la institución con mayor predominio fue la UNAM con un 57%. (gráfica 3)

La distribución en general del personal de enfermería por turno es: 45% en el turno matutino, 26% en el vespertino y el 29% en el nocturno, (gráfica 4) los cuales se encuentran repartidos en los servicios de: Medicina Interna en un 25%, Cirugía General 24%, Quirófano 22%, y en el servicio de Urgencias 29%. (gráfica 5)

La asignación de categorías otorgadas por la institución en orden ascendente es la siguiente: 16% auxiliar de enfermería, 40% enfermera general A, 24% enfermera general B, 14% enfermera especialista y 6% enfermera jefe de servicio (gráfica 6); este personal cuenta con una antigüedad como enfermera/ros categorizada por número de años de la siguiente manera: 25% de 0 a 3 años, 7% de 4 a 6, 7% de 7 a 9, 6% de 10 a 12, 4% de 13 a 15 años y el 51% con más de 15 años. (gráfica 7)

Relacionado al párrafo anterior se identificó que el tiempo que tiene el personal de enfermería en el servicio actual categorizado nuevamente por años es: de 0 a 3 el 46%, 25% de 4 a 6, 12% de 7 a 9, 12% de 10 a 12, y el 5% de 13 años y

más. (gráfica 7). En cuanto al cumplimiento del indicador de calidad de Vigilancia y Control de la Venoclisis Instalada por Enfermería, se observó que el personal cumplió con: 4 ítems en un 2%, con 5 el 5%, con 6 el 16% y 7 cumplidos el 67%, lo cual se reporta en una observancia general del 98%, acorde a los criterios establecidos por la Secretaría de Salud. (cuadro 1)

Al determinar el nivel de aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería, se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a los niveles descritos previamente: el 73% del personal de enfermería no lo aplica en ninguno de los niveles, 17% lo aplica en el nivel uno, 2% en el nivel dos, 3% en el nivel tres y 5% en el nivel cuatro. (cuadro 2)

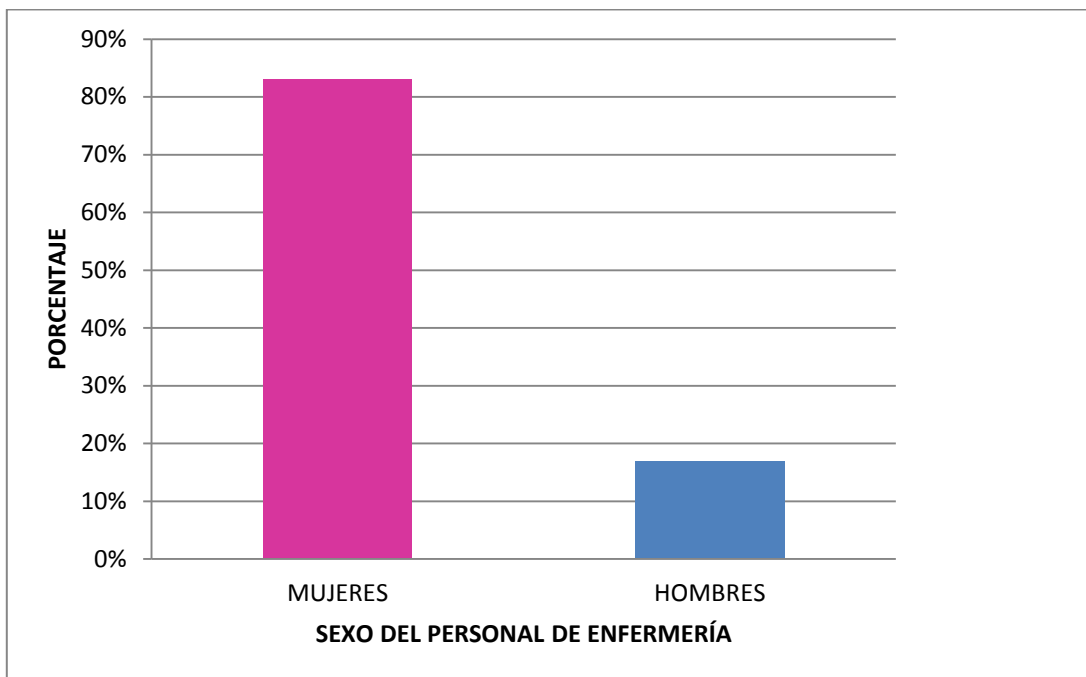
Análisis inferencial

Los resultados inferenciales para determinar la correlación entre distintas variables arrojaron, que entre el cumplimiento del indicador y el nivel de aplicación de pensamiento crítico se obtuvo una $r=-0.014$; $p=0.867$, lo cual no tiene significancia estadística. (cuadro 3). Al correlacionar el nivel de aplicación de pensamiento crítico con otras variables como lo son: el nivel académico del personal de enfermería en el cual se obtuvo una $r=0.044$; $p=0.583$ (cuadro 4); la institución de procedencia académica $r=0.005$; $p=0.955$ (cuadro 5); categoría que otorga la institución al personal de enfermería $r=0.025$; $p=0.761$ (cuadro 6); años como enfermera/ro $r=0.091$; $p=0.261$ (cuadro 7) y por último el tiempo que tiene en el servicio actual, $r=0.036$; $p=0.649$ (cuadro 8) por lo cual se determinó que no existe correlación entre ninguna de las variables ya mencionadas.

Los resultados de la prueba ANOVA con los distintos grupos y el nivel de aplicación de pensamiento crítico determinó que en cuanto al servicio actual en el que se encuentra el personal de enfermería se obtuvo [$F=0.597$; $gl=154$; $p=0.666$] lo que se interpreta en que no existe diferencia estadísticamente significativa entre estos grupos, aunque el servicio de Quirófano fue el más favorecido con una media de 0.26 (cuadro 9); con respecto al turno se encontró que [$F=5.55$; $gl=154$; $p=0.000$], lo cual se interpreta que el nivel de aplicación

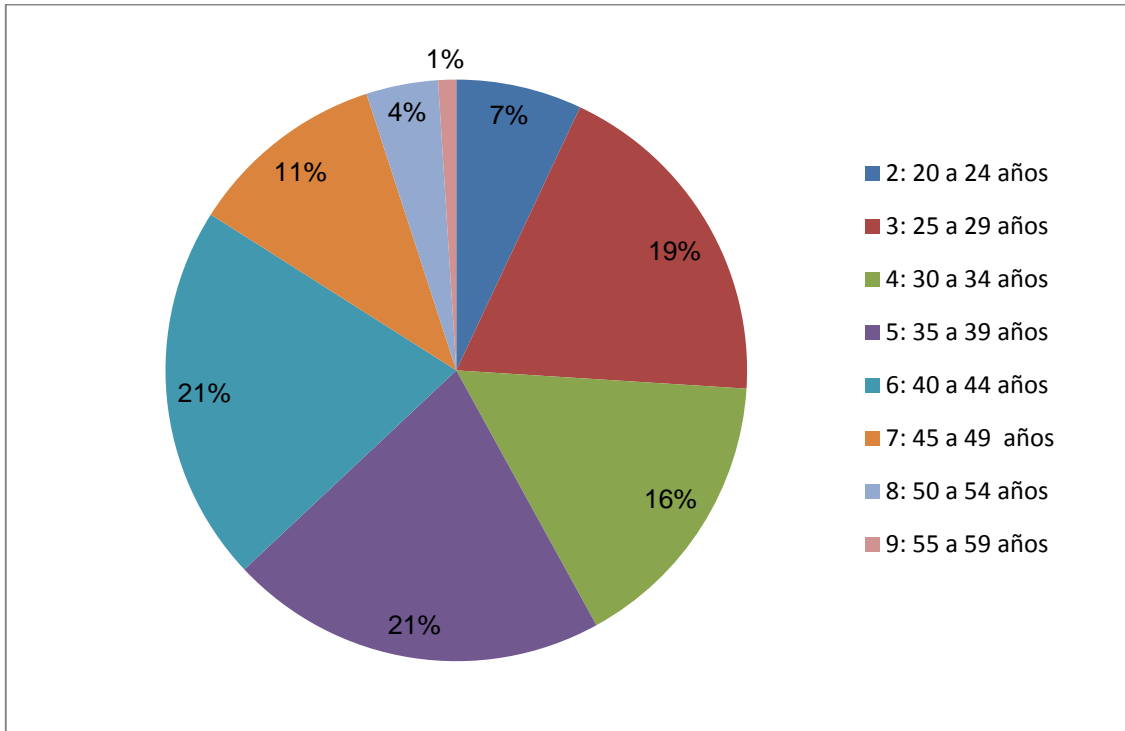
de pensamiento crítico es diferente por turno y el me favorecido es el matutino con una media de 0.34.(cuadro 10)

Gráfica 1) Distribución del personal de enfermería por sexo.



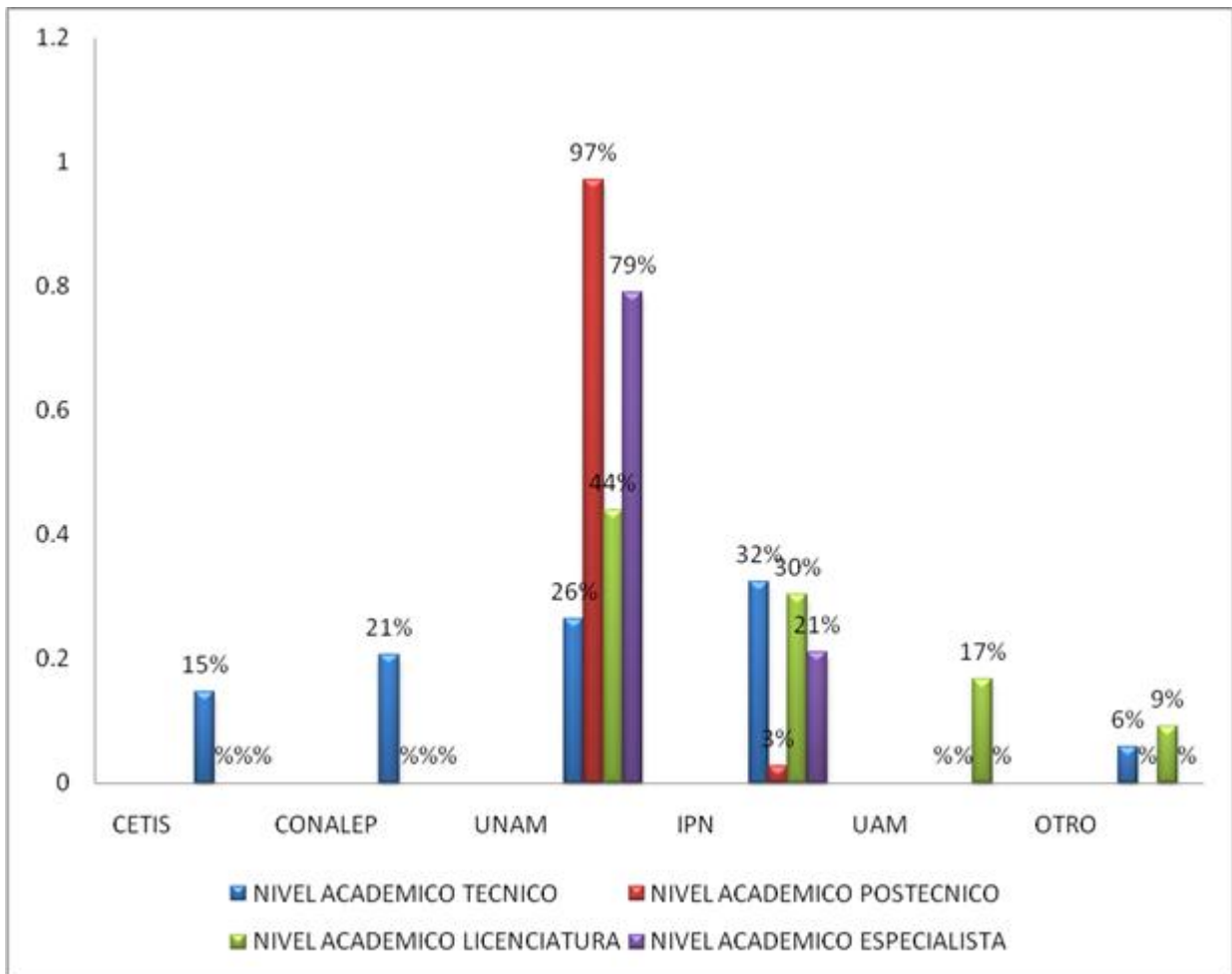
Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Grafica 2) Distribución del personal de enfermería por grupos de edad en años.



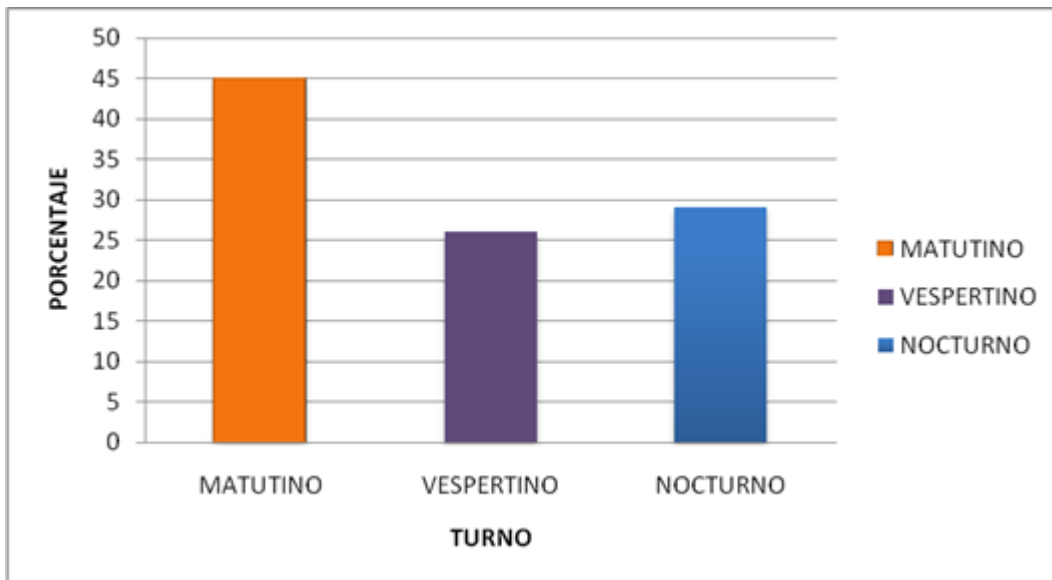
Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Grafica 3) Distribución del personal de enfermería por nivel académico e institución académica de procedencia



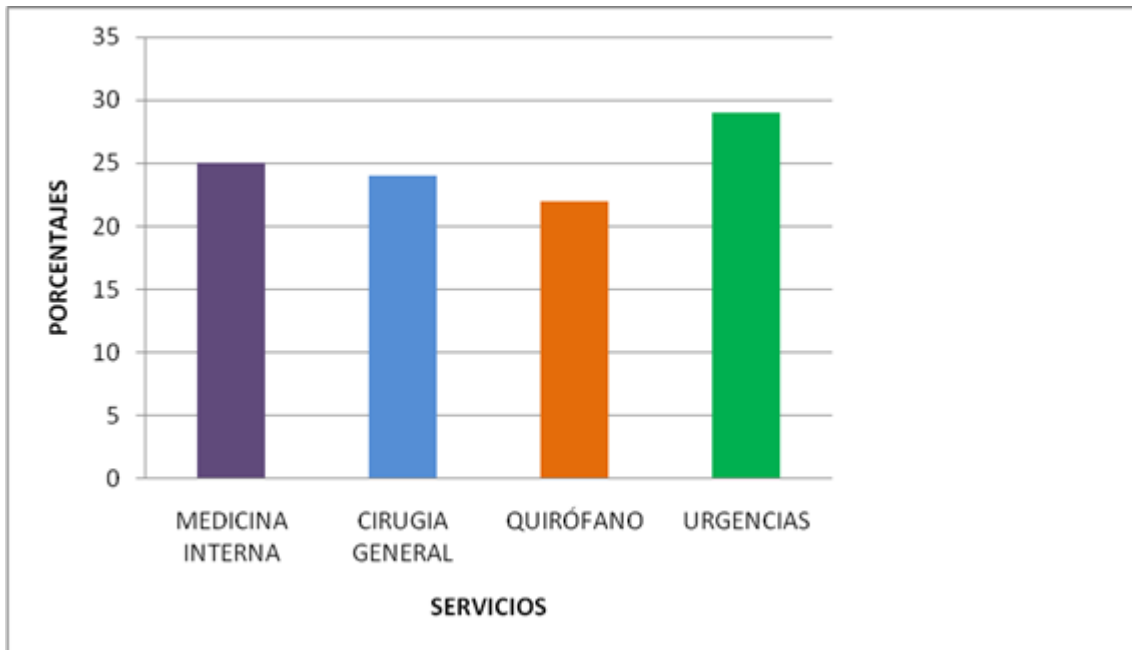
Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Gráfica 4) Distribución del personal de enfermería por turno



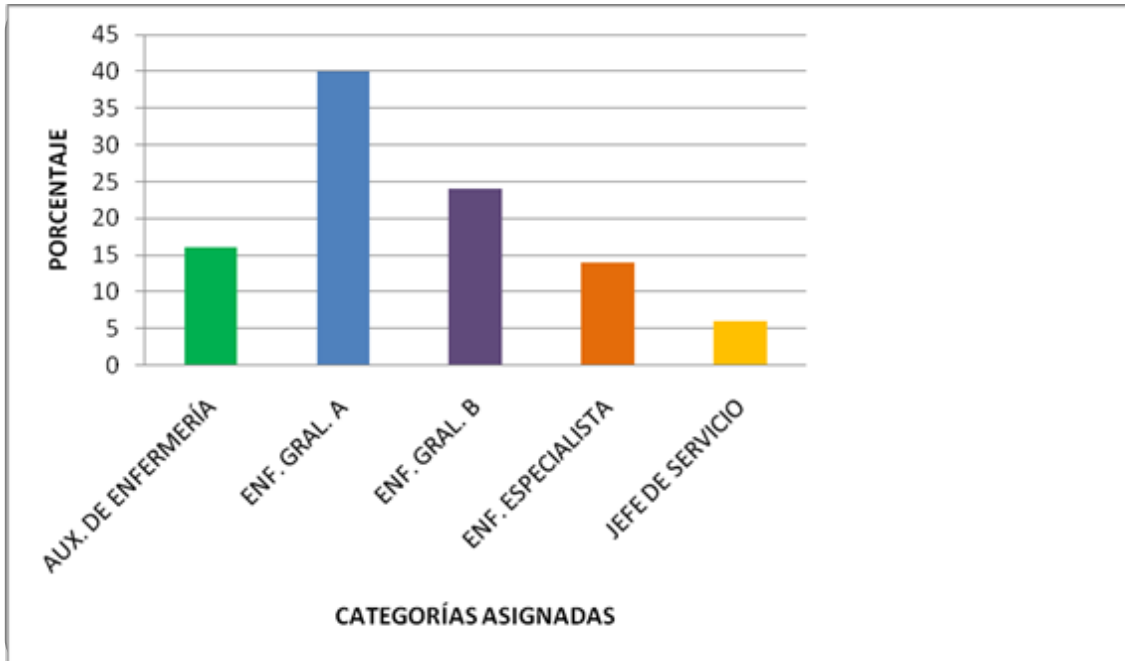
Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Gráfica 5) Distribución del personal de enfermería por asignación de servicios dentro de la unidad hospitalaria



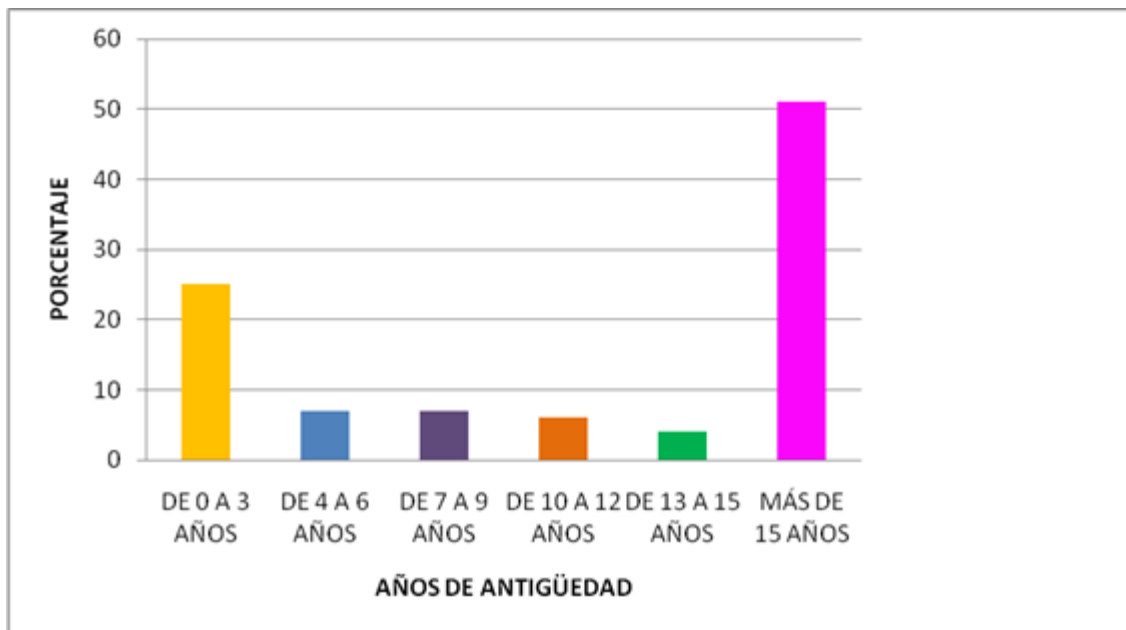
Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Gráfica 6) Distribución del personal de enfermería por categorías asignadas por la institución.



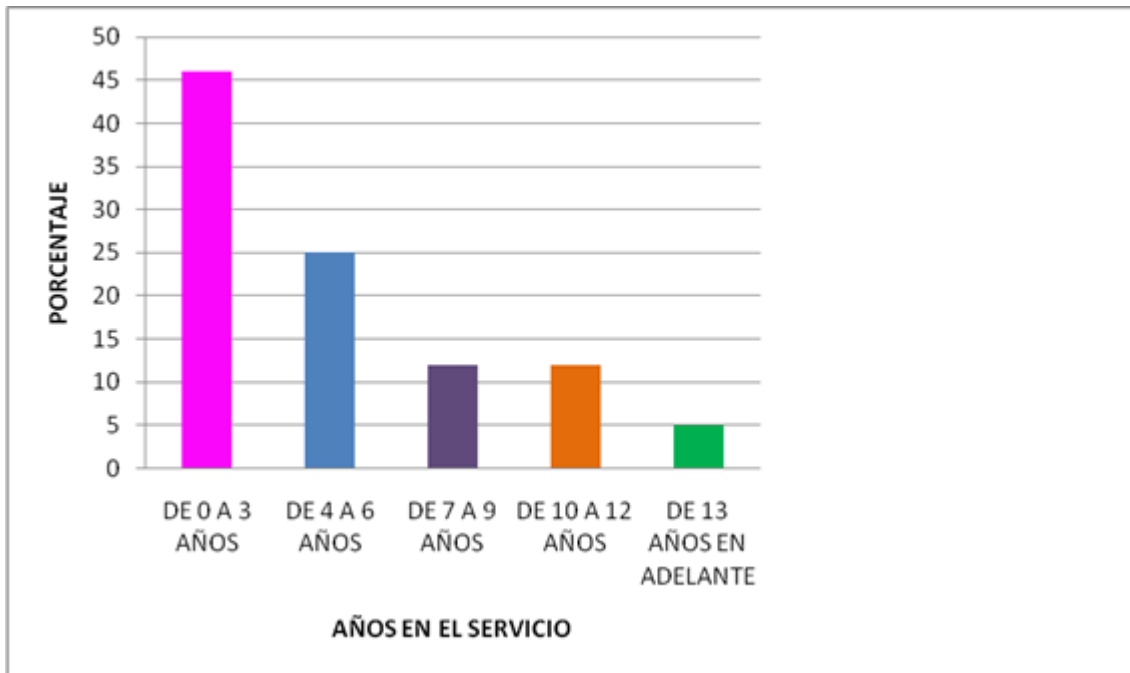
Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Gráfica 7) Distribución del personal por grupos de antigüedad como enfermera/ros.



Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Gráfica 8) Distribución del personal de enfermería por grupos de tiempo en el servicio asignado.



Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 1) Cumplimiento indicador de calidad Vigilancia y Control de la Venoclisis Instalada por Enfermería

Número de ítems cumplidos	Fr	%
4	3	2%
5	23	15%
6	25	16%
7	104	67%
Total	155	100%

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 2) Nivel de aplicación de pensamiento crítico del personal de enfermería

Nivel de aplicación de PC	Fr	%
NO APLICA	113	73%
NIVEL 1	26	17%
NIVEL 2	4	2%
NIVEL 3	5	3%
NIVEL 4	7	5%
Total	155	100%

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 3: Correlación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y cumplimiento del indicador de calidad VCVIE

Nivel de aplicación de P.C.	Numero de ítems cumplidos por indicador			
	4	5	6	7
1 (Evaluación)	1 (1%)	1 (1%)	7 (5%)	17 (11%)
2 (Interpretación)	0 (0%)	3 (2%)	0 (0%)	1 (1%)
3 (Análisis)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	4 (3%)
4 (Inferencia)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	5 (3%)
No aplica	2 (1%)	18 (12%)	16 (10%)	77 (50%)

Prueba de r de Pearson $r = -0.014$

$p = 0.867$

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 4) Correlación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y nivel académico del personal de enfermería

Nivel de P.C.	Nivel Académico			
	Técnico	POSTÉCNICO	LICENCIATURA	ESPECIALISTA
NO APLICA	23 (68%)	25 (69%)	51 (77%)	14 (74%)
NIVEL 1	7 (21%)	7 (19%)	10 (15%)	2 (10%)
NIVEL 2	1 (3%)	1 (3%)	1 (1%)	1 (5%)
NIVEL 3	1 (3%)	1 (3%)	2 (3%)	1 (5%)
NIVEL 4	2 (6%)	2 (6%)	2 (3%)	1 (5%)

Prueba r de Pearson $r = -0.044$

$p = 0.583$

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 5) Correlación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y la institución de procedencia académica

NIVEL DE PC	INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA ACADÉMICA					
	CETIS	CONALEP	UNAM	IPN	UAM	OTRO
NO APLICA	2 (40%)	5 (71%)	64 (73%)	26 (72%)	10 (91%)	6 (75%)
NIVEL 1	3 (60%)	1 (14%)	16 (18%)	5 (14%)	1 (9%)	0 (0%)
NIVEL 2	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)	2 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
NIVEL 3	0 (0%)	1 (14%)	2 (2%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (12%)
NIVEL 4	0 (0%)	0 (0%)	4 (4%)	2 (6%)	0 (0%)	1 (12%)

Prueba r de Pearson $r = 0.005$

$p = 0.955$

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 6) Correlación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y la categoría otorgada por la institución al personal de enfermería.

NIVEL DE PC	CATEGORÍA				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	ENFERMERA GENERAL A	ENFERMERA GENERAL B	ENFERMERA ESPECIALISTA	JEFE SERVICIO
NO APLICA	19 (12%)	43 (28%)	28 (18%)	16 (10%)	7 (5%)
NIVEL 1	3 (2%)	14 (9%)	5 (3%)	3 (2%)	1 (1%)
NIVEL 2	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)
NIVEL 3	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
NIVEL 4	1 (1%)	2 (1%)	3 (2%)	1 (1%)	0 (0%)
TOTAL	25 (16%)	61 (39%)	38 (25%)	22 (14%)	9 (6%)

Prueba r de Pearson $r = -0.025$ $p = 0.761$

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 7) Correlación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y antigüedad como enfermera/ro.

NIVEL DE P.C.	ANTIGÜEDAD					
	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12	13 a 15	Más de 15
NO APLICA	30 (19%)	7 (4%)	9 (6%)	6 (4%)	4 (3%)	57 (37%)
NIVEL 1	7 (4%)	3 (2%)	1 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	13 (8%)
NIVEL 2	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)
NIVEL 3	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	2 (1%)
NIVEL 4	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	5 (3%)
TOTAL	39 (25%)	11 (7%)	11 (7%)	9 (6%)	6 (4%)	79 (51%)

Prueba r de Pearson $r = 0.091$ $p = 0.261$

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 8) Correlación entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y tiempo en el servicio actual.

NIVEL DE P.C.	Tiempo en el servicio actual				
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 a 9 años	10 a 12 años	Más de 13
NO APLICA	52 (33%)	25 (16%)	16 (10%)	15 (8%)	5 (3%)
NIVEL 1	10 (6%)	11 (7%)	1 (1%)	3 (2%)	1 (1%)
NIVEL 2	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)
NIVEL 3	3 (2%)	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
NIVEL 4	4 (3%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)

Prueba r de Pearson $r = -0.036$ $p = 0.649$

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 9) Diferencia entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y servicio actual

SERVICIO ACTUAL	N	Media
Urgencias	45	0.53
Medicina Interna	39	0.54
Cirugía General	37	0.62
Quirófano	34	0.26*
Total	155	0.50

Prueba ANOVA $F=0.597$; $gl=154$; $p=0.66$

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

Cuadro 10) Diferencia entre el nivel de aplicación de pensamiento crítico y el turno

TURNO	N	Media
Matutino	70	0.34*
Vespertino	40	0.35
Nocturno	45	0.87
Total	155	0.50

Prueba ANOVA F=5.55; gl=154; p=0.000

Fuente: Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico e indicador de calidad para la vigilancia y control de la venoclisis instalada, 2010

XI. DISCUSIÓN

La aplicación de pensamiento crítico, se ha estudiado como una metodología para desarrollar habilidades tanto en la toma de decisiones, como en la búsqueda de información y la solución de conflictos; pero hay carencia en cuanto a investigaciones donde se estudie el nivel de aplicación de pensamiento crítico como una habilidad que se construye, la cual se refuerza a la par con la adquisición del conocimiento formal o informal, es decir, se refuerza con la acumulación *de aspectos* teóricos, empíricos y prácticos.⁵²

Durante el desarrollo de este estudio se encontraron investigaciones que abordan aspectos específicos de las variables estudiadas, los cuales se tomaron como aportaciones para tratar de explicar los resultados obtenidos; los resultados que se obtuvieron desde un lenguaje positivista indican que el personal de enfermería en su mayoría no aplica el pensamiento crítico en ninguno de sus niveles como los dimensiona Faccione, lo que lleva a explicarlo con el argumento de Medina, que toda evaluación, estandarización o indicador ha producido una exclusión de la enfermería profesional de las funciones conceptuales y de planificación de su actividad, reduciendo, por tanto, su capacidad de control, quedando reducida su función a la de simple ejecución de acciones que otros conciben⁵³.

Las respuestas a esta situaciones llevan a considerar las conclusiones planteadas por Meza – Benavides, en su estudio Construcción del Conocimiento en Enfermería, donde menciona que el conocimiento actual en la disciplina desde el desarrollo teórico, pretende concebir a la persona desde un punto de vista integral, promoviendo la gestión del cuidado, el liderazgo y al desarrollo de habilidades metacognitivas⁵⁴, pero tal situación se merma al tener una visión reduccionista, en el cual no se reflexiona ni se articula la práctica con la teoría, de manera que el conocimiento que se genera de la práctica cotidiana no es referido al cuerpo del saber en Enfermería, eliminando la distinción entre idea y experiencia, donde la investigación y la teoría no se conjugan⁵⁵; este conflicto de integración lo explica Domínguez, el cual versa que el personal de enfermería, al no tener

conocimientos teóricos suficientes, trata de compensar esta carencia con la práctica, y de ahí que se dé gran importancia a ese aspecto, de hecho esta actividad adquiere mayor importancia y se llega a considerar como un todo para la enfermería⁵⁵ como lo afirma Valls Marín, llevando al personal a repetir técnicas para tratar de perfeccionar su ejecución a través de tiempo y dejando de lado el conocimiento teórico que fundamenta la técnica.⁵⁶

La ejecución de las técnicas de una manera repetida, lleva al personal de enfermería a perder control sobre el producto de su actividad física e intelectual⁵⁷; Este tipo de trabajo constituye una permanente insatisfacción, un constante no querer ser lo que se es, causando frustración por el trabajo, declinando la posibilidad de ser creador de sus propios actos y de las consecuencias de ellos, llevándolo a sentirse como se sienten las cosas, es decir lleva al personal de enfermería a una relación puramente productiva, convirtiéndose en mercancía, como efecto de la división del trabajo, reduciéndose a una fracción de hombre⁵⁸.

En consecuencia Las enfermeras y enfermeros obedecen a las funciones que demanda la institución y no defienden las funciones para las que fueron formados, centrándose en aspectos de vigilancia y control de la utilización de los mínimos insumos, orillándolos a la precarización de su consciencia del ser enfermera/enfermero, por lo que su voluntad se encuentra dominada, obligada por la adversidad, es decir se vuelven seres pasivos conscientes, desvirtuándolos del propio hacer enfermero⁵⁹ lo que crea una pérdida de la posibilidad en la aplicación del pensamiento crítico, llevándola a despersonalizarse y a la reducción de todas las formas de satisfacción, cumpliendo solo las expectativas y especificidades institucionales⁶⁰.

Esta enajenación, lleva a que enfermería procure adquirir facilidad en el trabajo, educar sus manos, dedicar todos sus afanes a alcanzar la máxima perfección, con la tendencia a considerar que el mayor aprendizaje es esencialmente práctico y despersonalizado⁶¹, como lo menciona Cañadiel, lo anterior se traduce como una práctica enfermera rutinizada, tal situación justifica los resultados de esta

investigación, al no existir relación entre la antigüedad como enfermera, así como la antigüedad dentro de un servicio con el nivel de aplicación de pensamiento crítico.⁶²

La práctica rutinizada de enfermería repercute en la calidad, y se llega a considerar que su ejecución, representa puntos de referencia en el sistema de salud, por lo que ésta llega a tener una aceptación formal, hasta convertir estas rutinas en parte de las evaluaciones del equipo de salud, centrándose específicamente en el resultado⁶³, Estas rutinas como lo menciona Romero, han llevado a la invisibilidad del paciente, centrando la atención de enfermería en nuevas formas de administración, centrando el cuidado en el control de calidad de la eficiencia y la productividad, medida en costos a partir del control, vigilancia y acción⁶⁴, Trincado Agudo, en su estudio de calidad en enfermería determinó que con frecuencia son valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia).

Todos los factores donde enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el logro de los objetivos sobre calidad del sistema de salud confirmando una vez más que sólo se evalúan los resultados y no el proceso.⁶⁵

Solís, hace énfasis que los indicadores de calidad se relacionan con la habilidad técnicas y la experiencia del personal de enfermería; y los resultados están íntimamente relacionados con el impacto de la atención ya sea en sentido positivo o negativo⁶⁶, concordando con el resultado de la investigación donde el cumplimiento del indicador de calidad de Vigilancia y Control de la venoclisis instalada, es tan alto.⁶⁷ En este sentido se observa que la mayoría del personal de enfermería solo cumple con lo normado por la institución y la ejecución de los criterios del indicador, limitando la aplicación de cualquier nivel de pensamiento crítico, al no existir relación entre estos, como se demuestra en el presente estudio.

Lo anterior se vincula con los resultados de Díaz, donde concluye que la renuencia a la profundización de conocimientos y por ende a la profesionalización, se asocia con la falta de reconocimiento tanto económico como institucional, creando un desempeño laboral contaminado de un modelo mecánico de atención, donde no importa el nivel académico y la categoría asignada,⁶⁸ lo que respalda el resultado, de que no existe relación entre el nivel académico, la categoría y el nivel de aplicación de pensamiento crítico; con respecto a esto Sifuentes, menciona que en la práctica hospitalaria no hay diferencias por nivel de formación y categorías para la realización de funciones, de toma de decisiones y/o status social, debido a que el campo profesional continua bajo las indicaciones médicas y no de las de su propio rol, lo anterior muestra una indefinición de rol profesional, debido a que las instituciones perciben la práctica como una tarea de seguir ordenes médicas, distribuir y entregar medicamentos y en realizar prácticas de higiene y confort.⁶⁹

Un factor determinante para la no aplicación del pensamiento crítico, es la falta de tiempo, como lo constatan Nieto y Díaz, ya que en su investigación el personal de enfermería afirma que en el periodo que debería destinarse para la formulación y planteamiento de metodologías, es absorbido por el desarrollo de múltiples actividades como las administrativas,⁷⁰ aunado a esto el escaso número de personal de enfermería operativo en relación con la asignación de pacientes en un servicio.

Saber, refiere que las actividades de enfermería se reducen en las instituciones de salud tanto públicas como privadas, a realizar actividades, técnicas y procedimientos de atención (colocación de sondas, baños en cama, etc.); ciertas rutinas (preparación pre quirúrgica); y planes de atención (atención a pacientes que cursan posoperatorios, atención pre y posparto, etc.), haciendo énfasis en la ejecución limitada de tareas decididas por otros profesionales del equipo multidisciplinario⁷¹, siendo en el turno matutino donde se desarrollan el mayor número de éstas, además de contar con la presencia constante del personal médico y paramédico, validando el resultado de esta investigación, al existir

diferencia entre los turnos y el nivel de aplicación de pensamiento crítico, siendo el menos favorecido el turno matutino, .

Cabe destacar que a pesar de que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el servicio y el nivel de aplicación de pensamiento crítico, la tendencia muestra que el más favorecido es el quirófano lo que podría asociarse a que es un servicio en el que predomina el dominio y el desarrollo de técnicas y ciertas rutinas establecidas, además de tener un contacto limitado con el paciente en estado consciente.

Saber, menciona que los planes de estudios de la carrera de enfermería, están orientados especialmente hacia la capacitación para el cuidado de pacientes; enfocados a desarrollar, ejecutar y evaluar la atención de enfermería, esta descripción aunque superficial, permite inferir que el proceso de formación académica se sustenta en un modelo sanitario lineal, asistencialista, centrado en la persona "paciente", que con prolongada vigencia determinó los planes de estudios de instituciones formadoras, siendo el hospital el referente casi exclusivo para la formación de los estudiantes, ya que el enfoque biomédico y la persona enferma dominan el área cognitiva y empírica del proceso enseñanza – aprendizaje, confirmando el resultado de que no existe correlación entre la institución de procedencia académica y el nivel de aplicación de pensamiento crítico, debido a que las características descritas son de común denominador en las instituciones de formación de recursos humanos en enfermería.⁷²

Los resultados de esta investigación llevan a suponer que la práctica asistencial es el rasgo que más arraigado y definido está en la profesión de enfermería, como se establece en el postulado de Benner⁷³, donde apuesta que el conocimiento de enfermería está enclavado en la práctica y su desarrollo a través del tiempo determinando la evolución del razonamiento práctico desde niveles de escasa experiencia hasta experto; "el experto" es una enfermera que posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar lo que sucede sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos llevándola a responder por intuición.⁷⁴

XII. CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación desde una postura positivista, indican que la mayoría del personal de enfermería no aplica pensamiento crítico en ninguno de sus cuatro niveles, aunque también se puede concluir que existen distintos factores para que no se lleve a cabo la aplicación de éstos por parte del personal de enfermería ya que distintos autores refieren que el estilo de vida, la falta de reconocimiento de la profesión, la indefinición del rol, o incluso los modelos educativos con enfoque biomédico y lineal podrían influir en su aplicación, por otra parte, tener un sistema de salud que basa la calidad de la atención por medio de los resultados en números de los indicadores, no permite evaluar el proceso o lo que es aún más complejo, las habilidades de pensamiento desarrolladas por su personal.

Los indicadores de calidad sólo miden el impacto de los resultados dejando atrás el proceso, que es donde directamente incide el personal de enfermería y si se pretende medir calidad desde un estricto sentido, se debe de poner énfasis en el proceso que hay detrás de cada técnica evaluada por estos indicadores.

La aplicación del pensamiento crítico en enfermería ha estado restringido llevándola a enfocar sus actividades a un mero reduccionismo mecanicista, donde el ejercicio de la actividad se desarrolla sobre una base de conocimientos, generalmente adquiridos en la práctica, y esas actividades son realizadas rutinariamente y sólo modificadas por ensayo y error de la práctica individual, donde el ejercicio de la actividad de enfermería tiene una indiferenciación de funciones y tareas.

Con base a los resultados obtenidos en este estudio se rechazan las hipótesis de investigación que refieren correlación y se aceptan las nulas, sin embargo las hipótesis que sugieren el análisis de varianza unilateral una se ve rechazada y otra aceptada debido a que muestran las características internas de los grupos, que desde el punto de vista de la cultura organizacional se puede entender que estos

aprenden y mecanizan las normas, los valores y el comportamiento para convertirse en miembros de una institución y una vez que se han asimilado, se vuelven parte de la vida individual, sin meditar y emitir un juicio o razonamiento al respecto y a menudo, los valores, las normas y el comportamiento de la cultura organizacional, se transmiten a sus miembros a través de las historias, los mitos y el lenguaje.

Por lo anterior se da pie a realizar una investigación de carácter cualitativo que contribuya a determinar los factores que influyen en la aplicación del pensamiento crítico en cualquiera de sus niveles por parte del personal de enfermería y así complementar los resultados de este estudio.

XIII. RECOMENDACIONES

Dados los resultados obtenidos donde no existe aplicación de pensamiento crítico por parte del personal de enfermería en un 73% y una mínima parte lo aplica en el nivel uno, es decir, la evaluación y es casi nulo la aplicación del nivel cuatro que corresponde a la inferencia, además de que el nivel de aplicación de pensamiento crítico no guarda relación con las variables de nivel académico, antigüedad como enfermera, tiempo en el servicio actual y la institución de procedencia académica como se muestra en esta investigación.

Lo anterior sugiere plantear la adopción de la cultura del cambio en la organización, la cual parece imponerse como un nuevo paradigma en el cuidado de enfermería, que reclama capacidad de competencia, eficiencia y eficacia requiriendo de la administración de los servicios de enfermería, con profesionales que asuman el rol gerencial con un alto nivel de responsabilidad, ética profesional y liderazgo, que lleve a la motivación y genere cambios significativos en todas sus áreas de actuación, con verdadera autonomía, sentido de pertenencia y conservación de la cultura institucional e identidad profesional centrado en los modelos de enfermería y el trabajo colaborativo⁷⁵.

El campo de acción del profesional de enfermería del nuevo milenio debe estar dirigido al diagnóstico y tratamiento que se requiere para solucionar problemas dentro de la organización, y llevar acciones correctivas y preventivas que consoliden la calidad como un *status*, en coordinación con otros profesionales, integrando las acciones del equipo en la auditoría interna o externa de las organizaciones⁷⁶.

El sentido de pertenencia es un elemento esencial de enfermería, que permite influir en los cambios reales y se refleja en el alcance de intereses comunes, como lo expresa Valdano y Mateo, enfermería debe desarrollar el arte de gestionar voluntades en la organización, para el desarrollo de un sistema completo de

expectativas, capacidades y habilidades que permita identificar, descubrir, utilizar, potenciar y estimular al máximo la fortaleza y la energía de todo el talento humano de la organización, elevando el punto de mira de las personas hacia los objetivos y metas planificadas, que incrementen la productividad, creatividad e innovación del trabajo para lograr el éxito organizacional y la satisfacción de las necesidades de los individuos⁷⁷.

Por lo que el perfil del profesional de enfermería debe estar dirigido al liderazgo, la planificación, la toma de decisiones y una metodología propia, ser un gestor y auditor de enfermería, teniendo como resultado una práctica profesional sólida, creativa y productiva; por lo que se hace necesario realizar cambios en la cultura organizacional, donde se deben plantear estrategias para los cuidados individuales y colectivos⁷⁸.

El cambio en la cultura organizacional, enfermería debe considerar como estrategia pedagógica el uso del pensamiento crítico en donde se desarrolle la creatividad, la investigación, la identificación y solución de problemas, llevándolo al análisis profundo del contexto en que se dan los cuidados de enfermería orientados hacia la persona, el usuario, su familia, el personal y su rol dentro de los equipos interdisciplinarios⁷⁹.

En base a lo anterior y a los resultados de la investigación es necesario desarrollar estrategias de servicio que lleven a un cambio en la cultura organizacional, las cuales plantean como principios que todos los servicios donde incide enfermería deben conocer los procesos, el personal debe desempeñar sus funciones según sus competencias y por último se debe disponer de todos los elementos necesarios para el desarrollo de su práctica.

La estrategia de servicio exige revisar continuamente el proceso, informando y recopilando información de todos los empleados, quienes podrán tener así una visión global del proceso y practicar antes de ocupar sus puestos.

El cambio organizacional, basado en estrategias de servicios se centra en el paciente, teniendo como base los cuatro pilares básicos en una empresa: estrategia, personas, procesos y tecnología. La estrategia es la implantación de herramientas que se deben alinear con la estrategia corporativa y estar en consonancia de las necesidades tácticas y operativas de la misma⁸⁰.

El proceso correcto es que la estrategia sea la respuesta a los requerimientos de la institución en cuanto a la relaciones con los clientes y nunca sea implantada sin que haya coherencia entre ambas.

La Persona es en quien se centra la implantación de estándares e indicadores, y los resultados de estos llegarán con el correcto uso que se haga de ellos. Se ha de gestionar el cambio en la cultura de la organización buscando el total enfoque al cliente por parte de todos los integrantes. En este campo, la tecnología es totalmente secundaria y elementos como la cultura, la formación y la comunicación interna son las herramientas clave⁸¹.

En los procesos se hace necesario su redefinición para optimizar las relaciones con los clientes, consiguiendo que éstos sean eficientes y eficaces. Al final, cualquier implantación de evaluación impacta en los procesos, haciéndolos más rentables y flexibles.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas R. Aportaciones de Kaoru Ishikawa, [internet] Mexico 2006 [citado 10 septiembre 2010]. Disponible en:
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm>
version español
http://www.wikilearning.com/curso_gratis/teorias_de_calidad-aportaciones_de_kaoru_ishikawa/11500-10
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) Sistemas de calidad. Agosto 2001. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol6_n2/pf/sistema.pdf
3. Salazar D. Joseph M. Juran y sus aportes a la calidad. 2004. 058-Jun-04 (citado el 06-09-10), disponible en <http://www.calidadlatina.com>
4. Rigibel-Uriz X. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. Index Enferm [Internet]. 2008 Dic [citado 21 de Mayo 2010] ; 17(4): 276-279. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962008000400012.
5. Jimenez Sánchez. En el camino hacia la mejora de la calidad, estandarización y fundamentación de los cuidados de enfermería. Revista CONAMED, Vol 13 (2), 2008:3-4.
6. Martínez, M. Arte y ciencia de la enfermería, Revista Médica electrón, [Internet]. 2008, 30(1). [citado 06 de Junio 2010]; Disponible en:

<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol1%202008/tema15.htm>

7. Castrillon Agudelo, C. La disciplina de enfermería, memorias del: Curso Actualidad en enfermería, mesa de trabajo, desarrollo disciplinar, XI curso de actualidad en enfermería. Medellin 2002
8. Faccione, Peter A. Pensamiento Crítico: ¿Qué es y por qué es importante? [Internet] Estados Unidos. Insight Assessment; Estados Unidos [actualización 2007; consulta el 15 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.eduteka.org/pensamientocriticofacione.php>.
9. Alfaro, Rosalinda. Pensamiento Crítico y Juicio Clínico en Enfermería. [trad.] Ma. Teresa Luis. 4ª Ed. Madrid: España : Elsevier - Masson, 2009.
10. Rojas, Carlos. ¿Qué es el pensamiento crítico? sus dimensiones y fundamentos histórico filosóficos. Proyecto para el desarrollo de destrezas de pensamiento. [Internet] Puerto Rico. [consultado 16 de Octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.pddpupr.org>.
11. Medina, José L. La Pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes, 1999. págs. 218, 226.
12. Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso De enfermería. [trad.] Ma. Teresa Luis. quinta. Bracelona. Madrid: Elsevier – Masson, 2003.
13. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F. El Pensamiento De enfermería. [trad.] Marcé Arqué. Barcelona. España: Elsevier – Masson, 2001. págs. 125 - 127.
14. Paul R, Elder L. La mini guía para el pensamiento Critico, Conceptos y herramientas (Concepts and Tools). [Internet] Nueva York, Guía del

- Pensador 2003. [Citado el: 02 de Septiembre de 2009.] Disponible en: <http://www.criticalthinking.org/resources/spanish.shtml>
15. Ortega Calvo M, Cayuela Domínguez A. Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención Primaria. Rev Esp Salud Publica [Internet] 2002 [Citado el 06 de julio de 2009]; 76(2)15-20. disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v76n2/a01v76n2.pdf>
 16. Flavell J. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry American Psychologist, Vol 34(10), Oct 1979, 906-911.
 17. Salgado M. Imporancia de aplicar el Pensamiento Crítico en Enfermería. [Internet] Monterrey Mx. ITESM 2007. [Citado el 02 de Septiembre de 2009] Disponible en: <http://www.mty.itesm.mx/dhcs/>
 18. Facione P, Facione N. Matriz de Valoración Integral para Asignar Puntajes/Calificaciones en Pensamiento Crítico. [Internet] Nueva York, Insight Assessment 1994. [actualización 2009; Citado el: 16 de Octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.eduteka.org/RubricPensamientoCritico.php> version en ingles <http://www.insightassessment.com/HCTSR.html>
 19. Facione PA, Facione NC. The california critical Thinking Disposition Inventory. Millbrae, CA: The California Academic Press. 1990.
 20. Facione PA, Giancarlo CA, Facione NC. Are college students disposed to think? Paper presented at the Sixth International Conference on Thinking, EUA: 1994.
 21. Paul, Richard y Elder, Linda. Estandares de competencias para el pensamiento crítico. [Internet] Nueva York, Fundación para el pensamiento

- Crítico, 2007. [Citado el 02 de Noviembre de 2009] Disponible en: <http://www.criticalthinking.org>.
22. Sandoval D. Calidad en la atención de enfermería, Percepción de la enfermera. Rev. Salud Publica y Nutrición [Internet] 2000 [Citado el 10 de Octubre de 2010] Vol 1 No.4 Octubre-Diciembre. Disponible en <http://www.respyn.uanl.mx/i/4/index.html>
23. García M. Beneficios derivados de la evaluación de la calidad de la atención de enfermería. 1a. semana internacional de calidad en salud, 4a. Reunion nacional de Enfermería ; 2006 9 y 10 de Marzo. Mexico, D.F. : Hospital General de México.
24. Formación enfermera y mercado de trabajo. XXIII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente; 2002 Marzo 28-30; Madrid, España.
25. Trincado Agudo María Teresa, Fernández Caballero Emilio. Calidad en enfermería. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 1995 Abr [citado 2010 Mayo 01] ; 11(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191995000100001&lng=es.
26. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Integrated and coordinated implementation and follow-up of major. United Nations conferences and summits. [internet] Nueva York , 10 y 11 de Mayo de 1999. [Citado el: 16 de Octubre de 2009] Disponible en: <http://www.un.org/documents/ecosoc/docs/1999/e1999-11>.
27. Mondragon, A. ¿Qué son los Indicadores?. Rev. Información y Análisis, Cultura Estadística y Geografía [Internet]. 2002, [citado 12 octubre 2009] Vol. 1 (19). disponible en: 63

<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/economicas/indicadores.pdf>

28. Phillips, Lynn D. Manual de Enfermería de Tratamiento Intraveo. [trad.] Rita G. León J. Editorial Mc graw Hill, Mexico 2009.
29. Falcó, A. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Barcelona : Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, 2004, Educación Médica, Vol. 7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v7n1/original4.pdf>
30. Secretaria de Educación Pública, DICADEP. Calidad en el Servicio (Manual del participante). México, 2001.
31. ACLE. Tomasi, Alfredo. Retos y riesgos de la calidad total. Editorial Grijalbo, México, 1994.
32. Pliego Vallesteros. Valores y autoeducación. 11ª. Edición, Editorial De Mi, México 1997.
33. Covey Stephen. El liderazgo centrado en principios. Editorial paidos, México 1994.
34. Larroyo F. los principios de la ética social. Editorial Porrúa, 11ª. edición, México 1962.
35. CONALEP – SEP. Desarrollo humano y calidad, modulo 1. Editorial Limusa, México 1994.
36. Münch L. Más allá de la excelencia y de la calidad total. Editorial trillas, México 2000.
37. DGCES. Programa de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. [Internet]. [citado 14 de Noviembre 2010] Disponible en: <http://calidad.salud.gob.mx/calidad/faq.html>

38. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y de enfermería en México. [citado 13 de Noviembre 2010] 2001. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/código_etica.pdf
39. Sforzini A. Introducción a la calidad total. Facultad de Ciencias Económicas - Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina [citado 13 de Noviembre 2010] 2006. Disponible en:
<http://www.eco.unrc.edu.ar/wp-content/uploads/2010/05/Sforzini.A.pdf>
40. Indicador de calidad: vigilancia y Control de venoclisis instalada. <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/indicador2.pdf>
41. Ib. Iden 21. Phillips, L.
42. Cano C. Calidad total o Calidad de vida. La comunidad latina de estudiantes de negocios. [internet] 2009 [citado 20 septiembre 2010] 2009. Disponible en <http://www.gestiopolis.com/>
43. Nielander W. Práctica de las Relaciones Públicas. Tercera edición, Editorial Hispano Europea, Barcelona 1980; 450 p.
44. Maslow, Abraham; Motivación y Personalidad. Tercera Edición. Editorial Harper and Brothers, Nueva York 1991; 224 p.
45. Casabona Martínez. Tesis doctoral: "Gestión transcultural de los cuidados de enfermería del Proyecto Sociosanitario Intereuropeo Holandés". Universidad de Alicante, España. [internet] 2008 [citado 06 septiembre 2010], disponible en <http://www.ua.es/eltallerdigital.html>

46. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in Nursing. Caring, Clinical Judgment and Ethics. New York: Springer. Won Book of the Year Award, American Journal of Nursing, 1996.
47. Watson J. Modelo del caring como guía para la evaluación, medición y registro de la práctica enfermera profesional. Valencia: V Simposium AENTDE, 2004.
48. Rizzo Parse RM. Valorar las vivencias: El humano como guía de la práctica de Enfermería. Valencia: Escuela de Enfermería, 1999.
49. Benner P. The wisdom of our practice. Thoughts on the art and intangibility of caring practice. AJN, 2000; 100 (10): 99-105.
50. Arias B. Complejidad y Demanda, Atención Progresiva, Administración de Recursos, Gestión Del Cuidado, Gestión por Procesos. Medwave. Año VII, No. 5, Junio 2007.
51. Michael B. Investigación sobre las reformas a la política de la gestión pública en la región de América Latina: Marco Conceptual, Guía Metodológica y Estudios de Casos. Diálogo Regional de Políticas. BID. 2002.
52. Gastaldo D. Relaciones de poder en enfermería y salud mental: críticas y retos para el futuro. XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Alicante, 10 – 12 de abril del 2003. [Internet] 2004 . [citado 29 septiembre 2010] Disponible en: www.dip-alicante.es/enfermeria/20coaesm/Denise.doc
53. Medina J. La construcción del saber en la enfermería y la salud: una visión ontoepistemológica. XII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, 2010, Agosto 29 – 02 Sept. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

54. Meza M. La construcción del conocimiento en enfermería: pasado, presente y futuro [Tesis]. San José. Postgrado en Enfermería de la Universidad de Costa Rica; 2005.
55. Murueta M. Enajenación y neurosis, [internet] Mexico 2011 [citado 10 septiembre 2011]. Disponible en: http://www.amapsi.org/portal/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=94. Potenciado por <http://www.amapsi.org/portal>
56. Berti HW, Braga EM, Godoy I, Spiri WC, Bocchi SCM. Percepción de los de enfermeras recién graduados sobre su autonomía profesional y sobre el proceso de la toma de decisiones del paciente. Rev. Latino-am enfermagem, marzo abril; 16(2), [Internet] 2008. [citada 16 Noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
57. Galao R; Lillo MI; Casabona I; Mora M. ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término Evidentia; 2(4) [Internet] 2008. [citada 16 Noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>
58. Romero B. El cuidado de enfermería en la adversidad. Revista presencia vol. 1, No. 1, julio 2005, [internet] Colombia 2005 [citado 10 octubre 2011]. Disponible en: www.index-f.com/presencia/n1/11articulo.php
59. Romero B. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. Revista Avances en enfermería, vol. XXV, No. 2, julio - diciembre 2007, [internet] Colombia 2008 [citado 10 octubre 2011]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_11.pdf
60. Guirao, Adolf (2003). La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. Educare21, 2. [Internet] 2005. [citada 20 Noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare>

61. Fontoura C M. y Heck R. Contribuciones de la Antropología en la enfermería: Reflexiones sobre la docencia. En *Filosofando la enfermería*. 1997; 6 (3): 237
62. Meza – Benavides M A. Construcción del conocimiento en enfermería, de enfermería y enfermeras tienen la palabra, *Rev. Enfermería en Costa Rica* [Internet]. 2006 [consulta el 01 de Abril de 2011]; 27 (1), 14, 15. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v27n1/3.pdf>
63. Cañadiel J.M. *Idoneidad, conocimientos y destrezas, Formación de la Enfermera*. Pamplona: Eunsa; 1975, p. 32
64. Ahumada C. *Globalización y salud. Salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias: cátedra Manuel Ancizar*. Universidad nacional de Colombia. Bogotá, Agosto de 2002.
65. Domínguez-Alcón C. Para una sociología de la profesión de enfermería en España, *Rev. Esp. Investigaciones Sociológicas (REIS)* [Internet]. 1979 [consulta el 01 de Abril de 2011]; 8, 113-114. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_008_06.pdf
66. Trincado A. Martínez A. Educar para prevenir la sepsis urinaria y riesgos en la atención a pacientes. *Rev Cubana Enfermería* [internet]. 2008, vol.24, n.3-4, [citado 25 marzo 2011] disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf01195.htm
67. Hartmut K. Los movimientos sociales: revolución de lo cotidiano. *Revista Nueva Sociedad* [internet] 2005. Nº 64 Enero-Febrero 1983. [citado 25 Marzo 2011] Disponible en: www.nuso.org
68. Murueta R. Enajenación y neurosis. *Revista AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología*. [internet] 2011. [citado 07 Abril 2011] 17:09 Disponible en: http://www.amapsi.org/portal/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&iid=94

69. Díaz W. Nieto C. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. universidad Nacional de Colombia disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserverp.pdf>
70. Solís, A. Miranda R. Impacto sobre la calidad de la atención médica C.M.N. 20 de Noviembre del ISSSTE. Hypatia - Revista de Divulgación Científico - Tecnológica del Estado de Morelos. Generado [internet]: 2010, 17:43. [citado 29 Marzo 2011] Disponible en: http://hypatia.morelos.gob.mx/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=637
71. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) Agosto 2001, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) Sistemas de calidad. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol6_n2/pf/sistema.pdf
72. Saber, Graciela. Enfermería, profesión de mujeres, un estudio de caso Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina 1995.
73. Trincado M. Fernández E. Calidad en enfermería. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 1995 Abr. [citado 2011 Mayo 01]; 11(1): 1-2. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191995000100001&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191995000100001&lng=es)

74. Jiménez Cangas Leonor, Báez Dueñas Rosa María, Pérez Maza Benito, Reyes Álvarez Iliana. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 1996 Jun. [citado 2011 Mayo 01]; 22(1): 15-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es
75. Op. Cite 49, Benner 1996
76. Popay J, Rogers A, Williams G. Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. Qual Health Res. 1998;8(3): 341-351
77. Blanco R, Maya M, Administración de los Servicios de Salud, Editorial CIB. 2ª edición, Colombia 2005.
78. Rojas J.L. (2007) *Gestión por procesos y atención del usuario en los establecimientos del sistema nacional de salud*, Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/libros/2007a/
79. Cataldi R. La autonomía en la toma de decisiones médicas. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Bue Aires. [Publicación periódica en línea] 2003. Jul – Sept [Citada 2011 Agos 01]; 3(3): disponible en: http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_03/03_03_03.htm.
80. ELPHICK W. La clave para potenciar la gestión directiva y los procesos de reforma educativa. Arzobispado de Santiago. Vicaria para la Educacion. Santiago Chile, 2002.
81. FERNANDEZ B. La clave. Para aprender a negociar en la organización a través de intereses mutuos. Arzobispado de Santiago. Vicaria para la Educacion. Santiago Chile. 2000.

XV. ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de evaluación de cumplimiento del indicador de calidad vigilancia y control de venoclisis instalada

Instrucciones de llenado:

Lee atentamente y marca en el ovalo la respuesta que consideres correcta al evaluar la venoclisis instalada.

Servicio: _____

Edad: ____ Sexo: (M) (F), Nivel académico: _____ Categoría: _____

Tiempo en el servicio: _____ Antigüedad como enfermer@: _____

Institución de procedencia: _____

1. La solución instalada tiene menos de 24 horas

SI NO

2. La solución cuenta con el membrete elaborado conforme a la normatividad

SI NO

3. La venoclisis y el equipo tienen menos de 72 horas de instalado

SI NO

4. El equipo de las venoclisis se encuentra libre de residuos

SI NO

5. El sitio de la punción y área periférica de la venoclisis se encuentran sin signos de infección

SI NO

6. El catéter se encuentra instalado firmemente y la fijación está limpia

SI NO

7. La solución parenteral se mantiene cerrada herméticamente

SI NO

ANEXO II

Instrumento para medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico

El presente cuestionario tiene por objetivo medir el nivel de aplicación del pensamiento crítico del personal de enfermería a nivel hospitalario, de acuerdo al indicador de calidad, vigilancia y control de venoclisis instalada. Por ello se solicita su participación y consentimiento, los datos serán usados solo con fines de investigación y publicación sin su nombre.

Instrucciones de llenado: Lea atentamente y marque la respuesta que considere correcta, tome el tiempo necesario para contestar.

Servicio: _____ Turno: _____
Edad: _____, Sexo: (M) (F), Nivel académico: _____ Categoría: _____
Tiempo en el servicio: _____ Antigüedad como enfermer@: _____
Institución de procedencia académica: _____

1. 1.- Al revisar las soluciones parenterales se debe verificar:

- a) la claridad , fecha de caducidad, hora de inicio
- b) la claridad, indicación médica, fecha de caducidad
- c) fecha de caducidad, concentración de la solución, integridad de la bolsa
- d) no se

1. 2.- Las soluciones con más de 24 horas tienden a:

- a) contaminarse por desarrollo bacteriano
- b) se precipitan
- c) permanecen igual
- d) no se

1. 3.- ¿Qué hacer cuando la solución esta atrasada conforme al esquema de velocidad de infusión?

- a) aumentar el goteo para ponerla al corriente
- b) asegurarse que la solución pase rápidamente
- c) recalcular la administración intravenosa
- d) no se

1. 4.- ¿Las soluciones hipertónicas se deben administrar en forma lenta para?

- a) para mantener los requerimientos diarios
- b) evitar sobrecarga circulatoria
- c) restablecer las perdidas concurrentes
- d) no se

2. 1.- Una función importante del membrete de la solución es que nos ayuda a:

- a) identificar al médico tratante
- b) identificar al paciente
- c) verificar la orden del médico
- d) no se

2. 2.- ¿Cuáles son los datos que debe llevar el membrete?

- a) nombre del paciente, fecha, hora de inicio, tipo de solución y mezcla, tiempo de infusión, nombre de la enfermera
- b) nombre del paciente, fecha, hora de inicio, tipo de solución y mezcla, tiempo de infusión, nombre del médico
- c) nombre del paciente, fecha, hora de inicio, tipo de solución y mezcla, hora de termino y nombre de la enfermera
- d) no se

2. 3.- ¿La elaboración del membrete está regulada por?

- a) las normas institucionales
- b) los cinco correctos
- c) no esta regulada
- d) no se

2. 4.- ¿Para qué nos sirve la fecha en el membrete de las soluciones?

- a) para saber cuando inicio la solución y así tomar precauciones contra factores externos de contaminación
- b) para evitar la formación de microorganismos en una solución de más de 24 horas por manipulación del equipo
- c) porque es un indicador del tiempo que la solución lleva instalada y así determinar la probabilidad de contaminación
- d) no se

3. 1.- Al concluir las 72 horas de instalado el equipo se debe:

- a) verificar su integridad
- b) cambiarlo
- c) lavar los equipos
- d) no se

3. 2.- Al concluir las 72 horas del equipo, ¿Cuál es el equipo que se toma como referencia para determinar la fecha de cambio?

- a) el secundario
- b) el primario
- c) ambos
- d) no se

3. 3.- Los equipos de administración continua primaria y secundaria se deben cambiar

- a) cada 72 horas, ante la sospecha de contaminación o de riesgo de la integridad del sistema
- b) cada 72 horas con la presencia de contaminación
- c) cada 72 horas sin importar otros aspectos y/o sospechas
- d) no se

3. 4.- Si se observa un incremento en el índice de infección nosocomial asociados a la terapia intravenosa, es necesario:

- a) sellar los catéteres hasta descontaminarlos
- b) tomar cultivos de manera continua de los catéteres
- c) cambiar los equipos cada 48 horas para evitar la exposición al agente infeccioso
- d) no se

4. 1.- ¿Cuándo se revisa un equipo se debe valorar?

- a) retorno, claridad de la solución, integridad de la sonda del equipo, fecha, tipo de solución y goteo
- b) retorno, claridad de la solución, goteo, fecha y tipo de trayecto
- c) retorno, tipo de la solución y goteo, membrete y el tamaño del equipo

- d) no se
4. 2.- Ante la administración de soluciones incompatibles se debe:
- a) reemplazar el catéter I.V.
 - b) cambiar el equipo
 - c) lavar las líneas
 - d) no se
4. 3.- Durante la administración de una solución glucosada, antes de agregarle un medicamento es necesario:
- a) cambiar la solución por salina
 - b) verificar la compatibilidad
 - c) pasarla a goteo lento
 - d) no se
4. 4.- La presencia de precipitados en el equipo de venoclisis ocasiona:
- a) alteración de la integridad de los tejidos
 - b) riesgo de infección
 - c) riesgo de lesión en la pared venosa
 - d) no se
5. 1.- ¿Cuáles son los signos de una infección?
- a) frío local, eritema, prurito, inflamación y secreción
 - b) hipertermia local, eritema, secreción, dolor e inflamación
 - c) hipertermia local, entumecimiento, eritema, secreción e inflamación
 - d) no se
5. 2.- Antes de manipular el equipo se debe:
- a) seguir los lineamientos de higiene de manos
 - b) verificar el equipo
 - c) detener las infusiones
 - d) no se
5. 3.- El deterioro de la integridad cutánea se debe a:
- a) a la infusión de las soluciones
 - b) a la inserción del catéter periférico
 - c) al suministro de medicamentos
 - d) no se
5. 4.- Si en el sitio de punción se observa enrojecimiento, edema y el paciente refiere dolor, pero no hay signos de estría o cuerda palpable ¿Cuál es la gravedad de flebitis?
- a) 3 cruces
 - b) 2 cruces
 - c) 1 cruz
 - d) no se
6. 1.- Una técnica adecuada de fijación del catéter periférico reduce:
- a) el riesgo de infiltración, flebitis y/o sepsis
 - b) la infiltración por bolos de solución
 - c) el desarrollo bacteriano por manipulación
 - d) no se
6. 2.- El modo de fijar el catéter periférico con una apósito transparente permite:
- a) la adherencia óptima de la piel
 - b) visualización y valoración del sitio de punción

- c) como capa impermeable del sitio de punción
- d) no se

6. 3.- Una de las principales alteraciones dérmicas al utilizar tela adhesiva como fijación es

- a) neurodermatitis
- b) laceración cutánea
- c) dermatitis por contacto
- d) no se

6. 4.- ¿Por qué se deben utilizar los apósitos transparentes como fijación en los catéteres periféricos?

- a) no son oclusivos, guardan color, permiten la manipulación del catéter y la técnica de sujeción es muy sencilla
- b) no son oclusivos, son películas semipermeables con una elevada tasa de transmisión de calor húmedo, son estériles y la técnica de sujeción es muy sencilla
- c) dejan pasar la humedad, permiten la manipulación del catéter, permiten la visualización del catéter, son películas semipermeables con una elevada tasa de transmisión de calor húmedo
- d) no se

7. 1.- ¿Cuáles son los contenedores disponibles para la administración de líquidos I.V.?

- a) vidrio y plástico
- b) vidrio y metal
- c) solo plástico
- d) no se

7. 2.- Antes de conectar la bolsa al equipo se presiona esta para:

- a) verificar la temperatura de la solución
- b) verificar que no tenga fugas
- c) verificar la resistencia de la bolsa
- d) no se

7. 3.- Al utilizar un contador de vidrio es necesario abrir el filtro de aire del equipo para:

- a) hacer un vacío parcial para controlar el flujo de infusión
- b) eliminar el vacío y permitir el desplazamiento de la solución
- c) es indistinto la solución se desplaza por gravedad
- d) no se

7. 4.- Los contenedores de plástico de líquido I.V. son flexibles y plegables, no contienen vacío por lo tanto

- a) no necesitan aire para restituir el líquido que sale del contenedor y no necesitan un equipo especial
- b) se colapsan fácilmente, por lo que necesitan aire para restituir el líquido que sale y es necesario un equipo especial
- c) son más prácticos de manipular por lo que no requieren de muchos cuidados o de un equipo especial.
- d) no se

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

MATRIZ DE VALORACIÓN INTEGRAL PARA ASIGNAR PUNTAJES/CALIFICACIONES EN PENSAMIENTO CRÍTICO

Descargue este documento en formato PDF (78KB, 4 páginas)
<http://www.eduteka.org/pdfdir/RubricPensamientoCritico.pdf>

Dr. Peter A. Facione
 Universidad de Santa Clara

Dr. Noreen C. Facione, R.N., FNP
 Universidad de California, San Francisco

- 4** Consistentemente hace todo o casi todo lo siguiente:
- Con precisión interpreta evidencia, enunciados, gráficas, preguntas, etc.
 - Identifica el argumento principal (razones y afirmaciones), pros y contras.
 - Concienzudamente o reflexivamente analiza y evalúa los principales puntos de vista alternativos.
 - Saca o llega a conclusiones justificadas, sensatas, imparciales.
 - Justifica resultados y procedimientos clave, explica suposiciones y razones.
 - Imparcialmente sigue la ruta por la que la evidencia y la razón lo lleven.
- 3** Hace la mayoría o mucho de lo siguiente:
- Con precisión interpreta evidencia, enunciados, gráficas, preguntas, etc.
 - Identifica el argumento principal (razones y afirmaciones), pros y contras.
 - Propone análisis y evaluaciones de puntos de vista alternativos obvios.
 - Saca o llega a conclusiones justificadas, imparciales.
 - Justifica algunos resultados y procedimientos, explica razones.
 - Imparcialmente sigue la ruta por la que la evidencia y la razón lo lleven.
- 2** Hace la mayoría o mucho de lo siguiente:
- Malinterpreta evidencia, enunciados o declaraciones, gráficas, preguntas, etc.
 - Falla en la identificación de contra argumentos fuertes y relevantes.
 - Ignora o evalúa superficialmente puntos de vista alternativos obvios.
 - Saca o llega a conclusiones injustificadas y engañosas.
 - Justifica pocos resultados y rara vez explica razones.
 - Independientemente de evidencia o razones, mantiene y defiende posiciones basado en preconcepciones o intereses propios.
- 1** Consistentemente hace todo o casi todo lo siguiente:
- Propone interpretaciones tendenciosas de evidencia, enunciados o declaraciones, gráficas, preguntas, información o puntos de vista de otros.
 - Falla en la identificación o rápidamente descarta contra argumentos fuertes y relevantes.
 - Ignora o evalúa superficialmente puntos de vista alternativos obvios.
 - Argumenta con razones irrelevantes o engañosas y con afirmaciones superfluas.
 - No justifica resultados o procedimientos, tampoco explica razones.
 - Independientemente de evidencia o razones, mantiene y defiende posiciones basado en preconcepciones o intereses propios.
 - Muestra mente cerrada o rechazo a razonar.



CRÍTICO EN UN INDICADOR DE CALIDAD



Edgar Correa Argueta¹, Juan Gabriel Rivas Espinosa², Carolina Torres Mora³

¹Profesor de asignatura, FES Zaragoza. UNAM, ²Coordinador de Área II, Carrera de Enfermería FES Zaragoza. UNAM,

³Pasante de la Licenciatura en Enfermería, FES Zaragoza. UNAM

INTRODUCCIÓN



Al medir el cumplimiento del indicador de calidad Vigilancia y control de Venoclisis Instalada por Enfermería (VCVIE), la Comisión Permanente de Enfermería reporta el 96.57%, y solo se contempla la respuesta SI o No, pero para su cumplimiento enfermería debe realizar una serie de intervenciones por cada criterio, que requieren del uso de pensamiento crítico

OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de aplicación del pensamiento crítico de enfermería para el cumplimiento del indicador de calidad Vigilancia y Control de Venoclisis instalada en un Hospital de segundo nivel de atención

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio: Personal de Enfermería, que labora en los servicios de medicina interna, cirugía general y urgencias de un hospital de segundo nivel de atención, N = 63

El instrumento de medición cuenta en su primer rubro de variables sociodemográficas y el segundo consta de 28 preguntas con las siguientes especificaciones:

- (x.1) esta orientada a la interpretación
- (x.2) a la evaluación
- (x.3) al Análisis
- (X.4) inferencia

Para determinar el nivel de aplicación del pensamiento crítico de un profesional en Enfermería se deberá considerar el siguiente esquema de evaluación de resultados

	X. 1	X. 2	X. 3	X. 4
Nivel Uno	5 a 7 Aciertos			
Nivel Dos	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos		
Nivel Tres	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos	
Nivel Cuatro	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos	5 a 7 Aciertos

VALIDEZ: por consenso de expertos Reestructuración de ítems la evaluación piloto se realizó en un hospital de segundo nivel con características similares de atención al paciente, con una n = 30 enfermeras

Confiabilidad: prueba Kuder Richardson (kr20) la cual dio como resultado 0.97

DISTRIBUCION POR NIVEL DE APLICACIÓN DE PC

