



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y PERCEPCIÓN DE
AUTOEFICACIA PARA SU APLICACIÓN EN ENFERMERAS DE UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

PRESENTA
LIC. EN ENF. JOSÉ ARTURO ROJAS VELÁZQUEZ

TUTOR PRINCIPAL: DRA. ANA MARÍA LARA BARRÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIOS IZTACALA

MÉXICO, D.F. (NOVIEMBRE) 2013



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.

DEDICATORIAS

A mi familia quien es parte fundamental de vida, los cuales siempre estuvieron motivando y apoyando para concluir la maestría.

A mi esposa:

Damaris Adame García

A mis hijos:

Luis Arturo Rojas Adame

Sebastián Rojas Adame

A mis padres:

Micaela Velázquez Molinero

José Arturo Rojas Castro

AGRADECIMIENTOS

Dra. Ana María Lara Barrón por su apoyo tanto académico como personal, por su confianza en todo momento, paciencia, profesionalismo y sus enseñanzas.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por la formación académica que me brindo y por darme la oportunidad de estudiar en un programa de maestría.

Al Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes del IMSS; por brindarme las facilidades para realizar el estudio en sus instalaciones.

A la División de Educación e Investigación del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes del IMSS por otorgar el permiso para el presente estudio de investigación.

INDICE

Resumen	1
Introducción	5
I.- Marco Teórico	
I.1. Proceso enfermero y sus características	7
I.1.2. Pasos del proceso enfermero	8
I.2. Diagnóstico de enfermería como eje central del cuidado	12
I.2.1. Construcción del Diagnóstico de Enfermería	16
I.3. Importancia del diagnóstico de enfermería en la gestión del cuidado	19
I.4. La teoría social cognitiva y la autoeficacia aportaciones a la práctica del diagnóstico enfermero	22
I.5. Revisión de la literatura	30
II. Planteamiento del problema	43
III. Hipótesis	46
IV. Objetivos	46
V. Material y Métodos	
V.1. Tipo de estudio	47
V.2. Población y muestra	47
V.2.1 Criterios de inclusión	49
V.2.2. Criterios de exclusión	49
V.2.3. Criterios de eliminación	49
V.3. Variables	49
V.3.1. Operacionalización de variables	50
V.4. Procedimientos y técnicas	52
5.4.1. Recolección de la información	52
5.4.2. Instrumento de medición	52
5.4.3. Escala de medición	53
V.5 Análisis estadístico	54

VI. Resultados	55
VII. Discusión	61
VIII. Conclusiones	67
IX. Perspectivas	69
X. Referencias	70
XI. Anexos	77

RESUMEN

ANTECEDENTES: El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico que emite la enfermera ante la respuesta humana de los pacientes; el conocimiento es importante para aplicarlo en un ambiente real y la percepción que tiene la enfermera de aplicarlo para lograr éxito; lo que llamó autoeficacia Albert Bandura en su teoría social cognitiva, son factores que pueden repercutir dentro de la práctica asistencial para aplicar el diagnóstico de enfermería.

OBJETIVO: Analizar el grado de conocimiento sobre diagnóstico enfermero que posee el personal de enfermería y su percepción de autoeficacia en la aplicación práctica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio cuantitativo, transversal descriptivo, se obtuvo una muestra calculada de 142 enfermeras generales, por medio de selección aleatoria; utilizando la selección de elementos muestrales, se determinó que cada tercer elemento del listado sería seleccionado por cada turno, reflejando homogeneidad en la distribución de la muestra, trabajando con 127 enfermeras.

Se consideró como variable dependiente; la percepción de autoeficacia, variable independiente conocimiento sobre diagnóstico enfermero, y variables intervinientes: institución de egreso, grado máximo de estudios, cursos de educación continua sobre Proceso Atención de Enfermería y/o diagnóstico de enfermería. Se utilizó un instrumento validado, confiabilidad de .873 con alfa de Cronbach, utilizando estadística descriptiva frecuencias, porcentajes y medias, pruebas estadísticas de correlación r Pearson, contrastes no paramétricos U de

Mann Whitney y Kruskal Wallis y comparación de medias, t de Student para muestras independientes.

RESULTADOS: El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de enfermería fue de 4.55 ± 1.8 , con nivel de conocimiento deficiente y la percepción de autoeficacia de 80.10 ± 11.9 en escala de “seguro de poder hacerlo”, en relación con las variables intervinientes: educación continua, institución de egreso y grado máximo de estudios, hay diferencias estadísticas significativas con institución de egreso ($p < 0.05$) y grado máximo de estudios ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: Los profesionales procedentes de escuelas universitarias mantienen un nivel de conocimiento del diagnóstico de enfermería y de autoeficacia mayor a enfermeras egresadas de instituciones no universitarias. El personal con estudios de nivel licenciatura tienen un conocimiento del diagnóstico de enfermería mayor.

ABSTRACT

BACKGROUND: The nursing diagnosis is clinical judgment issued by the nurse to the human response of patients, knowledge is important to apply it in a real environment and the perception of the nurse to apply to succeed what I call self-efficacy Albert Bandura in social cognitive theory, are factors that may affect care within the practice to apply the nursing diagnosis.

To analyze the degree of knowledge of nursing diagnosis that has nurses and their perception of self-efficacy in practical application.

MATERIAL AND METHODS: A quantitative, descriptive cross, resulting in a sample of 142 general nurses calculated through random selection, using the selection of sample elements was determined that every other element of the list would be selected for each shift, reflecting homogeneity in the Sample distribution, working with 127 nurses. Were considered for analysis the dependent variable was self-efficacy and knowledge independent variable nursing diagnosis, intervening variables, egress institution, highest educational degree, continuing education courses on Process nursing care and/or nursing diagnosis. We used a validated instrument, reliability Cronbach alpha .873, descriptive statistics using frequencies, percentages and means testing Pearson r correlation statistics, nonparametric Mann-Whitney and Kruskal Wallis and mean t-test for samples independent.

RESULTS: The level of knowledge of nursing diagnosis, was 4.55 ± 1.8 , with poor knowledge level and perceived efficacy of 80.10 ± 11.9 in scale "to make sure" regarding the variables involved, continuing education , institution of egress and

highest educational degree, no statistically significant differences with egress institution ($p < 0.05$) and highest educational level ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: The professionals from colleges maintains a level of knowledge of nursing diagnosis and greater self-efficacy of nurses graduates of non-university institutions. Personnel with undergraduate studies have a knowledge of nursing diagnosis more.

INTRODUCCIÓN

Enfermería es la disciplina del cuidado; quien se basa en un sustento científico para desarrollar sus actividades y se vale de herramientas para expresar su actividad, el Proceso Atención de Enfermería (PAE) es con la investigación las herramientas que en la actualidad son necesarias para dar a conocer los alcances que tiene la enfermería en todos sus ámbitos docencia, investigación, administrativa y asistencial.

El PAE dentro de sus fases, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, determina una metodología bien definida con el objetivo de dar cuidado individualizado, de calidad y que permite a la enfermera y/ enfermero desarrollar su conocimiento. En este sentido el diagnóstico de enfermería (DE) es la fase que dirige las intervenciones de enfermería, le da independencia de emitir un juicio clínico ante una respuesta humana y de su buen conocimiento y dominio dependerá la calidad que se brinda al paciente, pero también para el logro del objetivo del diagnóstico de enfermería es importante la capacidad de creer que con dicha metodología se puede obtener el éxito esperado en la práctica asistencial.

Estudios han referido la poca o nula utilidad del diagnóstico de enfermería como consecuencia de la falta de conocimiento sobre esta metodología y la existencia de factores que determinan su aplicación en la práctica profesional. El estudio del DE, desde los años 70 ha evolucionado; pero no es aplicado de forma general en las instituciones de salud en México, lo por lo tanto; contribuir al análisis del

diagnóstico de enfermería en el campo práctico de enfermería, y conocer cuál es la percepción de las enfermeras es motivo de la presente investigación, el estudio está dirigido al personal de enfermería del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes (HTOLV) del IMSS.

Se abordan las definiciones y estructura del PAE, el diagnóstico de enfermería en su contexto general y la importancia en la gestión del cuidado, así también el marco conceptual de la teoría social cognitiva, específicamente la autoeficacia percibida; se han contemplado variables que pueden ser factores que influyen en su conocimiento y percepción de autoeficacia, como: instituciones de egreso, grado máximo de estudios y educación continua.

Ante la inminente aplicación institucional de los Planes de Cuidados Estandarizados (PLACES); se podrá determinar con estudios de estas características; las capacidades que tendrá el profesional de las áreas asistenciales para afrontar metodologías que estandarizan el cuidado y los factores que la pueden influir.

Aun cuando estudios no han mostrado evidencia de cambio, se ha encontrado en otros estudios, que existe relación significativa entre calidad de los diagnósticos de enfermería y satisfacción del paciente, es por ello que es importante conocer el conocimiento del diagnóstico de enfermería y la percepción de autoeficacia y las variables que influyen en ellas.

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

I.1. PROCESO ENFERMERO Y SUS CARACTERÍSTICAS

El surgimiento del proceso atención de enfermería (PAE), a mediados del siglo XX, marcó un hito en la enfermería moderna; toda vez que supuso la adopción de un esquema lógico de actuación encaminado a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un propósito. Lyer ¹ lo define como el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas de los pacientes ante los problemas de salud. Se han reconocido múltiples ventajas de la aplicación laboral de ésta metodología, entre ellas Alfaro ² destaca que promueve el desarrollo del pensamiento autónomo y flexible, tiene orientación humanista, se enfoca a la consecución de resultados, fomenta la satisfacción profesional y genera una serie de beneficios institucionales en relación con los costos, los registros, la calidad y la oportunidad en la atención de enfermería. ³

El PAE es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. ² El PAE consiste en pensar como enfermera, es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermera desde el principio de la profesión. ⁴

El PAE está basado en el pensamiento lógico y en el método científico regido por el código ético, se ocupa de la salud de los seres humanos y de la evolución de la práctica basada en la teoría. Este método científico de actuación, constituye un plan de trabajo diario en ejercicio de la práctica clínica y se basa, en las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, con el objetivo de cubrir las

necesidades de las personas, la familia y su interrelación con el entorno. ¹

El PAE exige del profesional: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.¹

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.⁵

I.1.2. PASOS DEL PROCESO ENFERMERO

- Valoración: Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.⁵

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

- Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

- Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
- Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
- Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.⁵
- Diagnóstico (Identificación de los problemas): analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.²

En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.⁶

- Planeación: Esta tercera fase del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.⁷

Aquí hay que realizar cuatro cosas clave, que son:

- Determinar las prioridades inmediatas. ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles puede esperar? ¿En cuáles debe centrarse la enfermera? ¿Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar?
- Fijar los objetivos (resultados esperados). Exactamente, ¿cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros (qué podrá hacer el usuario y cuándo)?
- Determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones (acciones enfermeras) prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?
- Anotar o individualizar el plan de cuidados ¿Escribirá su propio plan o adaptará un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?²

- Ejecución: Puesta en práctica del plan. Pero no solo actuar. ⁴

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
- Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
- Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución, enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.⁷

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.⁴

- Evaluación: La última fase en enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados.

La evaluación consta de tres partes:

- La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
- Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
- La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.⁵

En este momento la enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el objeto de estudio enfermero se centra en el cuidado en su dimensión más amplia. No es posible hablar de ciencia y teoría sin abordar el papel crucial de la investigación.⁸

I.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA COMO EJE CENTRAL DEL CUIDADO

El término diagnóstico de enfermería fue presentado en 1953 por V. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidado de enfermería. Durante los siguientes 20 años, las referencias bibliográficas al diagnóstico de enfermería fueron esporádicas.⁹

Fry propuso que la enfermería podría ser más creativa mediante la formulación de diagnósticos enfermeros y un plan individualizado de cuidados enfermeros. Con esto se puso más énfasis en la práctica independiente de la enfermera, en vez de

la práctica dependiente guiada por las órdenes del médico.¹⁰

En 1973, tuvo lugar la Primera Conferencia Nacional sobre la Clasificación de los Diagnósticos Enfermería celebrada en la Escuela de Enfermería de la Universidad de St. Louis. El grupo comenzó a formular diagnósticos de enfermería y publicó una lista provisional.¹

En marzo de 1990, la Asamblea General del noveno congreso de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería (NANDA, 1990):

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.⁹

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprobó un método para organizar los diagnósticos y la American Nurse Association (ANA) adoptó los diagnósticos de la NANDA como el sistema oficial del diagnóstico de enfermería. La National League for Nursing (NLN) en sus criterios de aprobación para las escuelas de enfermería exigía también la incorporación del concepto del diagnóstico de enfermería al plan de estudios como un componente del proceso de enfermería.¹

Los DE con frecuencia se llaman respuestas humanas porque, como enfermeras y /enfermeros se centran en cómo responden las personas a los cambios en su salud

o circunstancia vitales.

El diagnóstico de enfermería es el resultado específico de diagnosticar, y es la forma de enunciar problemas por medio de la cual la enfermera se comunica profesionalmente.⁴

La enfermera inicia el proceso de escribir diagnósticos de enfermería revisando el área problemática de interés identificada en el paso previo ¿representa un problema tal área? Por definición, un diagnóstico debe ser un problema para el paciente. Si no es un problema, no es necesario hacer un diagnóstico.⁴

La implementación de los diagnósticos enfermeros comporta numerosos beneficios para el cuidado de los pacientes: una planificación de cuidados mejor y más consistente; mejora de la comunicación enfermera-enfermera, enfermera-médico, y enfermera-paciente, y un mejor reconocimiento de los fenómenos que a las enfermeras les resulta más difícil valorar y describir, como los aspectos psicológicos, espirituales y sexuales. Desde el punto de vista organizativo, los diagnósticos enfermeros ayudan a mejorar la organización clínica y la gestión del riesgo; y demuestran claramente el compromiso de aunar la teoría, la práctica y la formación enfermera.¹¹

Con los diagnósticos enfermeros como base de los cuidados enfermeros, las enfermeras necesitan desarrollar competencias diagnósticas para llegar a ser buenas diagnosticadoras. Un buen diagnosticador debe tener presente que siempre hay un riesgo en la precisión de la interpretación de los datos. Por tanto, convertirse en una enfermera diagnosticadora requiere el desarrollo de habilidades

y características profesionales y personales.¹²

Los DE se reconocen como el eje central del PAE por:

- La exactitud y relevancia de todo el plan dependen de su habilidad para identificar de forma clara y específica tanto los problemas como su causa.
- Crear un plan proactivo que promueva la salud y prevenga los problemas antes de que se presenten depende de su capacidad para reconocer los factores de riesgo (aquello que sabemos que causa problemas, como un estilo de vida sedentario)
- Los recursos y puntos fuertes que identifica son la clave para reducir los costes y maximizar la eficiencia.²

Los diagnósticos enfermeros como una parte integral del proceso enfermero, conforman un vínculo crucial entre el conocimiento teórico y la práctica de enfermería, por lo que el razonamiento diagnóstico es una habilidad esencial para que el personal proporcione cuidados seguros y eficaces.¹³

Un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar.¹⁴

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA. Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de planificar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

I.2.1 Construcción del Diagnóstico de Enfermería:

- Identifique las respuestas humanas que puede presentar la persona ante un problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico; pueden ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conductas ejemplo: Protección inefectiva.
- Referirse a la segunda parte de la Taxonomía II de Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación NANDA. Situar en el esquema de dominios y clases.
- Seleccione él o los dominios correspondientes a la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: dominio N° 11 Seguridad/ protección.
- En este mismo esquema, seleccione la clase correspondiente al área o localización de la función en la que se ubica la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: clase 2 Lesión física.

- Seleccione la etiqueta diagnóstica que corresponda. Ejemplo:

Dominio 11 seguridad/protección.

Clase 2 Lesión física.

Etiqueta diagnóstica (ED) Protección inefectiva.

Código 000043.

- Una vez definida la etiqueta diagnóstica referirse a la primera parte del libro (Diagnósticos enfermeros de la NANDA I), buscar por orden alfabético el eje diagnóstico como el elemento principal de la misma.

Nota: La taxonomía está construida de forma multiaxial (siete ejes), el elemento principal determina la respuesta humana en donde se clasifica. Ejemplo:

- Protección inefectiva. En donde protección corresponde al eje 1 concepto diagnóstico e inefectiva corresponde al eje 3 Juicio. Por lo cual se buscará alfabéticamente en la “P” de Protección y no en la “I” de inefectiva.

Cuando localice la etiqueta diagnóstica encontrará lo siguiente:

Etiqueta	—————→	Protección
Diagnóstica (ED)		Inefectiva

Año en la que fue aceptada la etiqueta diagnóstica en la NANDA.

Nivel de evidencia (NDE).

Número de código. Ejemplo: 000043.

- Definición de la etiqueta diagnóstica. Ejemplo: Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.
- Características definitorias o evidencias clínicas empíricas que se pueden observar y medir. Representan las respuestas humanas manifestadas por signos y síntomas.
- Factores relacionados (FR) o situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema (etiología o causa a la respuesta humana alterada).
- La construcción lógica de un diagnóstico real es: Etiqueta Diagnóstica (ED), Factor Relacionado (FR) y Características Definitorias (CD).
- La construcción lógica de un diagnóstico de riesgo es: Etiqueta Diagnóstica (ED) y Factor de Riesgo (FR).
- La construcción lógica de un diagnóstico de salud o bienestar es: Etiqueta Diagnóstica (ED) y Características Definitorias (CD).
- Los conectores relacionados con (R/C) y manifestado por (M/P) son empleados para darle construcción semántica a la oración del diagnóstico. Ejemplo: Protección inefectiva R/C proceso infeccioso pulmonar M/P fiebre, aumento de leucocitos y esputo purulento.¹⁵

El proceso diagnóstico es, en esencia, un camino para determinar un problema de salud del cliente, para evaluar los problemas de salud y para evaluar los factores etiológicos que están influyendo en ese problema.

I.3. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO.

Las tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de salud suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la calidad del cuidado, lo cual implica entre otras cosas el desarrollo de instrumentos que la evalúen de forma sistemática, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados. Una de estas herramientas son los registros clínicos de enfermería los cuales deben estar orientados a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético-legal, además de ser considerados un indicador para la calidad del cuidado.¹⁶

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) de nuestro país, uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios eficientes, con calidad y seguridad para el paciente. Por lo que se establece como instrumento operativo el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), encargado de elevar la calidad de estos servicios con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud. Desde una perspectiva institucional, SICALIDAD se convierte en la estrategia nacional que sitúa la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.¹⁷

Por su parte la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization ha establecido los criterios para evaluar el registro de la atención y seguimiento del

paciente, por lo que exige la documentación en el contexto del Proceso de atención de enfermería.¹⁸

La profesión de enfermería, congruente con las demandas de la sociedad moderna, evolucionó su actuar al incorporar el Proceso de Cuidados de Enfermería, también denominada Proceso de Atención de Enfermería, como una metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad.¹⁹

Una cuestión importante en el trabajo del profesional de enfermería lo constituye la aplicación en sus acciones de un método capaz de transformar en toda su gama la serie de tareas que junto con el paciente y sus familiares realizan. El PAE es el método que aplica la enfermera para identificar necesidades y problemas del paciente, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa, sin lugar a dudas, el ejercicio de este método ha devenido en una consecución de acciones, formas de pensar y proyectar al mundo la nueva concepción del profesional de enfermería.²⁰

El proceso enfermero es considerado como la herramienta metodológica básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico, por ello constituye una herramienta que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad; lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería.²¹

El diagnóstico de enfermería es considerado como la segunda etapa del proceso de enfermería, que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los

datos que se han recolectado y analizado. Por tanto el diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación de la persona, en la que se identifican tanto aspectos positivos como negativos. Se debe entender el diagnóstico, de forma general, como un juicio acerca de la problemática de la persona, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recolectados. La índole del problema es tal que puede resolverse mediante la intervención enfermera.²²

Entre los propósitos para utilizar diagnósticos de enfermería se pueden considerar los siguientes: contribuyen a la identidad de la enfermería como profesión, proporcionan un mecanismo de expresión profesional, facilitan la autonomía de las enfermeras en la emisión de juicios acerca del cuidado de la persona y contribuyen a la continuidad del cuidado.

Algunos autores enfocan su atención en las ventajas de los diagnósticos de Enfermería desde el punto de vista de la gestión del cuidado entre las que se encuentra el utilizarlos como “criterios clave conceptuales alrededor de los cuales se desarrollan estándares”.²³

Los DE a partir de su creación, han contribuido a la toma de decisiones, los DE que actualmente están determinados por la NANDA en una serie de problemas clasificados y enlistados, proporciona a las enfermeras un marco común de referencia. Un sistema de terminología unificado que establece un denominador común que ayuda directamente a las enfermeras a valorar los datos seleccionados e identificar un problema real o potencial en las personas a su cuidado. Una

terminología sólida que facilita la comunicación oral y escrita, haciéndola más eficaz.⁹

A través de ellos el profesional de enfermería define su papel ante el paciente y otros profesionales de la salud, lo cual indica que el terreno de la profesión es más que llevar a cabo el plan de cuidados ordenado por un médico.

La práctica es la expresión de nuestro conocimiento²⁴ los diagnósticos en la práctica asistencial favorecen la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir identificar las repuestas de las personas ante distintas situaciones de salud, centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración individualizada, aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados, organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional, delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas, diferenciar los aportes de la enfermería a los cuidados de la salud, unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro del área de competencia de las enfermeras y mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.⁹

I.4. LA TEORÍA SOCIAL COGNITIVA Y LA AUTOEFICACIA APORTACIONES A LA PRÁCTICA DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

Un ideal común a todas las personas es el de conseguir determinadas metas, la propia motivación impulsa al ser humano a emprender conductas específicas en

función de los logros que éste pretende alcanzar. Más no basta con conocer con claridad aquello que deseamos lograr, ni tampoco el mejor medio para poder conseguirlo. No basta con ser capaz de; es preciso juzgarse capaz de utilizar las capacidades y habilidades personales ante circunstancias muy diversas. La percepción de las personas acerca de su propia eficacia se alza como un requisito fundamental para desarrollar con éxito las acciones conducentes al logro de los objetivos personales. Dicha autopercepción, denominada autoeficacia, ejerce una profunda influencia en la elección de tareas y actividades, en el esfuerzo y perseverancia de las personas cuando se enfrentan a determinados retos e incluso en las reacciones emocionales que experimentan ante situaciones difíciles. En definitiva, las creencias de autoeficacia representan un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento y la acción y que determina, junto con otras variables, el éxito de las propias acciones.²⁵

Se ha definido que los DE dentro del método del PAE tiene como finalidad mejorar los cuidados brindados al paciente, pero no solo tiene como dirección la mejora del cuidado hacia la persona si no también el desarrollar independencia de decisiones y fortalecimiento de la disciplina, todo esto a partir de la seguridad con la que el profesional de enfermería aplique su conocimiento en cualquier área en la cual se encuentre insertado, la seguridad refleja dominio de sus conocimientos, propios de su disciplina, el dominio y la seguridad son importantes cuando se necesita eficacia de las actividad que desempeñamos, elemento importante para los sistemas de salud en la actualidad.

La teoría social-cognitiva desarrollada por Bandura enfatiza el papel de los

fenómenos autorreferenciales como el medio por el cual el ser humano es capaz de actuar en su ambiente y por consecuencia transformarlo, las personas crean y desarrollan autopercepciones acerca de su capacidad, mismas que se convierten en los medios por los cuales siguen sus metas y toman sus decisiones.²⁶

La teoría cognoscitiva social enfatiza en la interrelación entre tres variables: autoeficacia, expectativa de resultados y metas, la autoeficacia; que se refiere a la confianza que poseen las personas en sus habilidades para alguna tarea, es percibida como una variable que ayuda a explicar si un individuo tendrá iniciativa, perseverancia y obtendrá éxito en un determinado curso de acción. Mientras que la autoeficacia se refiere a las expectativas respecto a nuestras propias capacidades, las expectativas de resultado aluden a las creencias acerca de que ocurrirá como consecuencia de los esfuerzos comportamentales. Las metas, el tercer elemento básico de la teoría cognitiva social, se relacionan con la determinación personal para comprometerse en una actividad determinada o para alcanzar un resultado futuro.²⁷

Bandura considera por tanto a las expectativas de autoeficacia, no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedente de diferentes orígenes. Es decir, la autoeficacia se refiere a la confianza que tiene una persona de que posee la capacidad para hacer las actividades que trata de hacer; de ahí que los juicios que la persona hace acerca de su autoeficacia son específicos de las tareas y las situaciones en que se involucra, y las personas las utilizan para referirse a algún tipo de meta o tarea a

lograr.²⁸

La teoría cognoscitiva social será concebida principalmente como una adquisición de conocimiento a través del procesamiento cognitivo de la información.²⁹

Albert Bandura refiere que el funcionamiento humano no está determinado por fuerzas externas en donde el individuo es controlado por tales fuerzas, “El individuo crea, modifica y destruye el entorno, y los cambios que introduce en el mismo afectan, a su vez, a su conducta y a la naturaleza de su vida futura”.³⁰

La teoría social cognitiva subraya la importancia de lo que Bandura denominará auto sistema, entendiendo por tal al conjunto de procesos por los que el hombre regula su conducta a través de criterios internos y reacciones auto evaluadoras.²⁹

Bandura en su teoría cognoscitiva social plantea que: la autoeficacia surge de las expectativas del sujeto frente a la realización de las tareas, en el sentido de creencias sobre las habilidades para realizarlas con éxito. La autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente.³¹

Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí

relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia.

Bandura contempla la expectativa de eficacia basada en diferentes fuentes de información: Logros de ejecución, experiencia vicaria, persuasión verbal, estado fisiológico.

- Los logros de ejecución proporciona la fuente más fiable de expectativa de eficacia por que se basa en experiencias de dominio real propias del individuo. El éxito repetido en determinadas tareas aumenta las evaluaciones positivas de autoeficacia mientras que los fracasos repetidos las disminuyen, especialmente cuando los fracasos no pueden atribuirse a un esfuerzo insuficiente o a circunstancias externas.³²

- La segunda fuente de autoeficacia es la experiencia vicaria. Viendo a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, o imaginándolo, el sujeto puede llegar a creer que él mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. Esta fuente de autoeficacia adquiere particular relevancia en los casos en los cuales los individuos no tienen un gran conocimiento de sus propias capacidades o tienen poca experiencia en la tarea a realizar. La experiencia vicaria también involucra las comparaciones sociales que el individuo realiza entre sus propias capacidades y las de los otros. Estas comparaciones pueden transformarse en poderosas influencias en el desarrollo de autopercepciones de eficacia.²⁹

- La persuasión verbal influye sobre la conducta humana.³² Es otra importante fuente de autoeficacia, especialmente en aquellas personas que ya poseen un nivel elevado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito. Sin embargo, esta fuente de información tiene mayor éxito en la disminución de la eficacia percibida que en el fortalecimiento de esta. La persuasión verbal no debe confundirse con el simple elogio, sino que por el contrario, los persuasores deben asegurarse de cultivar las creencias de autoeficacia de los persuadidos mientras al mismo tiempo les permiten asegurarse por sí mismos de que pueden alcanzar el éxito prometido.³³

- La cuarta fuente es el estado fisiológico (excitación emocional) del individuo. Los múltiples indicadores de activación autonómica, así como los dolores y la fatiga pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud. En general las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y por ende como indicadores de un bajo rendimiento.

1.4.1. Escala de respuesta (creencias de eficacia)

En la metodología estándar para medir creencias de eficacia, se emplean ítems que representan diferentes niveles de exigencias de tareas y los individuos estiman la fortaleza de sus creencias en la habilidad que poseen para desempeñar las actividades requeridas.

Ellos registran la fortaleza de sus creencias de eficacia en una escala de 100 puntos dividida en intervalos de 10 puntos que varían desde 0 (no puedo hacerlo),

a través de grados intermedios de seguridad, 50 (relativamente seguro de poder hacerlo); hasta una completa seguridad, 100 (seguro de poder hacerlo) (Cuadro I.1 y I.2).³⁴

Cuadro I.1. Ejemplo de una escala de medición estandar para medir creencias de eficacia.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
NO PUEDO HACERLO					RELATIVAMENTE SEGURO DE PODER HACERLO		SEGURO DE PODER HACERLO			

Se deben evitar las escalas que utilizan solamente pocas alternativas de respuesta por ser menos sensibles y confiables las personas generalmente evitan las posiciones extremas en una escala por lo que una escala con solo unas pocas alternativas puede reducirse, en su uso real, a tan solo uno o dos puntajes. Incluir muy pocas alternativas conlleva pérdida de información diferencial ya que las personas que utilizan la misma categoría de respuesta podrían diferir entre ellas, si se hubieran incluido alternativas de respuesta intermedia en la escala.

Cuadro I.2. Escala de medición de creencias de eficacia modificada por Pajares Hartley.

1 20	21 40	41 60	61 80	81 100
No puedo hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo	Completamente seguro de poder hacerlo

En las escalas sensibles las respuestas se distribuyen a lo largo de buena parte del rango de alternativas. Las escalas de eficacia son unipolares, extendiéndose desde 0 a un máximo de fortaleza; no incluyen números negativos porque un juicio de completa incapacidad (0) no posee niveles más bajos. Las escalas bipolares con

gradaciones negativas por debajo del punto cero “No puedo hacerlo” no tienen sentido alguno.³⁴

I.5. REVISIÓN DE LA LITERATURA

El Diagnóstico de enfermería (DE) fue introducido en 1953 por Very Fry para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados, esta autora afirmaba que una vez que las necesidades del paciente son identificadas pasamos al siguiente apartado, formular un diagnóstico de enfermería, años más tarde, Jhonson, Abdellah y otras autoras describen y definen al diagnóstico de enfermería entendido como una función independiente.

El estudio del proceso atención de enfermería y específicamente del diagnóstico de enfermería ha sido en sus diferentes escenarios tanto en lo práctico, como en el ámbito docente, una contribución a la disciplina del cuidado. Los estudios mostrados en el cuadro I.3 método enfermero en la aplicación práctica refieren algunos de los estudios sobre la temática de la presente investigación, entre los más importantes destacan, estudios sobre la determinación de factores que influyen en la efectividad del aprendizaje del Proceso Enfermero (PE) por Pecina Leyva en 54 estudiantes de licenciatura en enfermería, obteniendo como resultados más relevantes un conocimiento suficiente en relación con la percepción de autoeficacia para la aplicación del proceso enfermero aun cuando la efectividad en el aprendizaje del PE no logra el efecto esperado en áreas hospitalarias.

En un estudio descriptivo con metodología transversal Mena Navarro realiza una valoración del método de trabajo enfermero, detectando que influencias pueden tener el DE en dicha valoración, encontrando que el principal problema de la utilización del DE y de los registros clínicos es la falta de conocimiento del mismo,

Estudios como los de Maña, Mesas y González (2000) investigaron sobre la aplicación del proceso de enfermería en el ámbito profesional; particularmente en la utilización de los diagnósticos de enfermería entre enfermeras de España, reportaron que 68% afirma conocer el proceso atención de Enfermería (PAE), aunque sólo 10% de los enfermeros hacen uso de éste en el ámbito clínico argumentando como principal causa, la no utilización de los diagnósticos, la falta de conocimientos y de tiempo; puntos de partida que justifican el estudio y el abordaje de fenómenos del diagnóstico enfermero como la investigación que se presenta.

Castro, Montalvo y Ayala (2001), en un estudio realizado al personal de enfermería, cuyo objetivo fue: determinar la relación entre el grado de conocimientos del PAE y su registro, detectaron que el grado de conocimientos fue de regular a deficiente en 98.8% de los casos, con lo que se confirmó la necesidad de educación continua al respecto de esta herramienta metodológica tan útil en el quehacer de enfermería.

Wilson Días Zamora y Carlos Nieto Galvis (1998) realizaron una investigación en Colombia referente a la “Utilización del Proceso de Enfermería en el Ejercicio Clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Colombia”, un estudio de tipo descriptivo prospectivo transversal, que tuvo como objetivo conocer la utilización del Proceso Enfermero en seis instituciones de salud, obteniendo, que el 84% a pesar de estar de acuerdo con que el Proceso Enfermero (PE) mejora la calidad de atención, el 16% piensa que no genera calidad de atención ya que es demasiado largo para su formulación y

aplicación, el 18% de los encuestados aplica el (PE) y el 82% considera que no aplica al considerarlo que existe confusión al utilizarlo con la elaboración de un diagnóstico o un plan de enfermería.

Bernal Becerril (2002) en su tesis realizada en estudiantes de licenciatura de semestres de 4° y 8° de la ENEO UNAM analizó la relación entre el conocimiento del proceso enfermero y la autoeficacia percibida, reporta que el nivel de conocimientos del Proceso atención de Enfermería (PAE) es elevado en ambos semestres con una media de 8.12, observando que el 63% de los alumnos de 4° semestre se sienten completamente seguros de aplicar el PAE y el 71% de los alumnos de 8° semestres mantiene la misma percepción de seguridad el índice general de autoeficacia muestra que los alumnos de mayor edad son quienes se perciben más eficaces para la aplicación del PAE ante situaciones reales, y que los estudiantes que consideran fácil aplicar el PAE, es también alto su nivel de autoeficacia.

Pérez Rodríguez y Sánchez Piña Sofía, realizan una investigación en donde analizan el conocimiento del Proceso Enfermero a enfermeras que laboran en instituciones del Distrito Federal, en un estudio por muestro convencional, obtiene como resultados, que un tercio de las enfermeras afirman que no aplican el procesó enfermero por la falta de tiempo y de la carga de trabajo, pero la principal causa de la falta de su aplicación, es el desconocimiento sobre el tema.

Juan Guillermo Rojas (2009) en su tesis de Maestría de la Universidad de Antioquia, investigó acerca de “Factores relacionados con la Aplicación del

Proceso de Atención de Enfermería y las Taxonomías; en 12 Unidades de Cuidado Intensivo de Medellín, en un estudio cuantitativa de tipo descriptivo y corte transversal, obtiene como resultados; que 93.8% de los profesionales cumple las órdenes médicas como forma de brindar cuidado de enfermería, otro punto de importancia significativa, es que no existe una única metodología para implementar el proceso enfermero, y dadas las características del servicio de enfermería en la UCI, los profesionales llevan a cabo múltiples acciones indirectas o dependientes y en menor proporción actividades independientes.

Otro punto que aborda esta investigación con referencia a los diagnósticos enfermeros es que el 80% de los profesionales encuestados contesta que plantea los problemas de los pacientes, en contraste con el 72,3% dice que no determina los diagnósticos de enfermería

Staub MM. 2002 busco la relación entre los diagnósticos de enfermería y la satisfacción del paciente estudiando las variables de estudio calidad de los diagnósticos de enfermería, satisfacción del paciente derivada de la interacción; dimensión personal, participación del paciente y conocimiento de la enfermera identificando una Relación significativa entre calidad de los diagnósticos de enfermería en la documentación y la satisfacción del paciente.

La contribución de estas investigaciones influyen de manera importante para desarrollar estudios en campos asistenciales, los resultados han influido en la búsqueda de nuevos conocimientos y en el interés de conocer el fenómeno del cuidado; como el presente estudio de investigación, particularmente en el diagnóstico

enfermero. El presente estudio refleja la importancia del diagnóstico para la disciplina y las contribuciones que el diagnóstico enfermero deja a la profesión.

Cuadro I.3. Método enfermero y aplicación práctica

Autor, año	Objetivo	Población	Intervención	Parámetros determinados	Hallazgos
Aguilar Serrano L, López Valdez M. Ponce Gómez G, Re 2008 ³⁵	Identificar el nivel de conocimiento acerca del proceso enfermero y la percepción de auto eficiencia en su aplicación por el personal de enfermería en un hospital privado	Estudio transversal en 154 enfermeras	Nivel de conocimiento acerca del proceso enfermero y la percepción de la autoeficacia para su aplicación		El nivel de conocimiento fue suficiente es enfermeras de áreas de hospitalización con 44.6%, y en las áreas críticas con 33.8 % auto eficiencia para su aplicación
Pecina Leyva R. M. 2010	Determinar los factores que influyen en la efectividad del aprendizaje del Proceso enfermero en las áreas hospitalarias	54 alumnos del tercer año de la carrera de licenciatura en enfermería.	Se aplicó un cuestionario con una confiabilidad de 0.87		El nivel de conocimientos del alumno sobre el proceso enfermero es suficiente, en relación a la percepción de autoeficacia para la aplicación del PE, Se deduce que la efectividad en el aprendizaje del Proceso enfermero aún no logra el efecto esperado en las áreas

					hospitalarias.
Zaragoza S.A.- Smith L. 2001 ³⁷	Evaluar el grado de introducción del Proceso de Enfermería en una Unidad Hospitalaria.		Validación de diagnósticos de enfermería para desarrollar mejoras en la evaluación de la calidad del cuidado	metodología de triangulación	En el análisis encontraron que las enfermeras comentan que su formación acerca de Proceso de enfermería es deficiente o incluso nula, y que su iniciativa en la toma de decisiones está supeditada a los médicos o protocolos médicos.
Torres Santiago M. 2011 ³⁸	Construir y validar un instrumento para evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería		Búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner, se consultó la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (nom-168-SSA-1998), el Código de ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Así como los estándares para la	Se construyó un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería (carce) en sus tres dimensiones estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente.	Construcción de un instrumento con una confiabilidad índice de r=.86.

			Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General.		
Carrillo González G. ³⁹	Validación de diagnósticos de enfermería para desarrollar mejoras en la evaluación de la calidad del cuidado		Revisión bibliográfica de artículos y libros referentes a la validación de diagnósticos de enfermería	Métodos de validación de los diagnóstico de enfermería para el estudio en la investigación y aplicación en la práctica	Desarrollar métodos de validación de los diagnósticos de enfermería y utilizar la taxonomía como base para el desarrollo de dichos métodos
Mena Navarro ⁴⁰	Valorar el Método de Trabajo Enfermero en una Unidad de Hospitalización. Detectar qué influencias pueden tener los Diagnósticos de enfermería en dicha valoración		Estudio descriptivo de tipo transversal para valorar el Método de Trabajo Enfermero en una Unidad de Hospitalización.		La falta de conocimientos es el problema más significativo tanto en la utilización de los Diagnósticos de enfermería como de los registros. Se pone de manifiesto que la utilización de los Diagnósticos de Enfermería mejora la valoración del Método.

<p>Maña, Mesas y González (2000)</p>	<p>Conocer el grado de aplicación de las enfermeras sobre el proceso atención enfermero (diagnóstico enfermería)</p>				<p>68% afirma conocer el Proceso atención de enfermería, aunque sólo 10% de los enfermeros hacen uso de éste en el ámbito clínico argumentando como principal causa de la no utilización de los diagnósticos, la falta de conocimientos.</p>
<p>Guillermo Rojas J. Pastor Durango P.2007 ⁴¹</p>	<p>Describir los factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) y las taxonomías de diagnósticos, intervenciones y resultados esperados, en Unidades de Cuidado Intensivo UCI de Medellín</p>	<p>65 profesionales de enfermería de 12 UCI entre abril y junio de 2007</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal.</p>	<p>Se exploraron variables socio demográficas y laborales, metodologías para el cuidado, aplicación del PAE y nivel de aptitud clínica; además del tipo de institución y existencia de registros de enfermería estructurados según la metodología.</p>	<p>Los hallazgos de este estudio señalan la existencia de factores de los profesionales y de las instituciones que podrían estar relacionados con la aplicación del PAE en el cuidado de los pacientes en UCI.</p>

<p>Gutiérrez Lesmes o. 2008 ⁴²</p>	<p>Describir el uso que hacen del PAE los enfermeros de la ciudad de Villavicencio y los factores que influyen en el uso del mismo.</p>	<p>48 enfermeros que laboran en servicios de hospitalización de cuatro instituciones hospitalarias</p>	<p>Entrevista estandarizada en el sitio de trabajo</p>	<p>Las variables dependientes fueron: aplicación del PAE para dirigir el cuidado de los pacientes hospitalizados y tiempo insuficiente durante el turno. Las variables dependientes fueron: edad, naturaleza de la institución en que laboran, tiempo de ejercicio profesional, pacientes por turno, actividades en las que ocupa la mayor parte del turno. Este mismo análisis se hizo luego dividiendo la población en dos grupos según la naturaleza pública o privada de la institución hospitalaria</p>	
<p>Currell R, Urquhart C. 2008 ¹⁶</p>	<p>Evaluar los efectos de los sistemas de registros de enfermería sobre la práctica de la enfermería y los</p>	<p>Se incluyen ocho ensayos, que involucran a 1407 personas</p>	<p>Ensayos aleatorios, estudios controlados tipo antes y después, y series de tiempo interrumpido que comparan un tipo de</p>	<p>Dos revisores de forma independiente evaluaron la calidad de los ensayos y extrajeron los datos</p>	<p>No se encontró ninguna evidencia de efectos sobre la práctica atribuible a cambios en los</p>

	resultados en los pacientes.		sistema de registro de enfermería con otro, en los contextos hospitalarios, de la comunidad o de la atención primaria.		sistemas de registro. Aunque hay escasez de estudios con rigor metodológico suficiente para producir los resultados confiables en esta área, queda claro según la literatura, que es posible establecer ensayos aleatorios u otros diseños cuasi experimentales necesarios para producir pruebas para la práctica.
Zavala Hernández M. 2012 ⁴³	Establecer el grado de satisfacción laboral e identificar los factores asociados a ésta en personal de enfermería de cuatro Instituciones públicas de salud del tercer nivel de atención.	594 profesionales de enfermería.	Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se aplicó una encuesta integrada por dos apartados.	Datos socio-demográficos y otro para medir los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con la satisfacción laboral.	
Müller-Staub 2008 ⁴⁴	Investigar el efecto del razonamiento clínico guiado del diagnóstico de enfermería	Enfermeras de tres áreas de un hospital se evaluaron 225 registros de enfermería que	Un método de aprendizaje interactivo, con un grupo control.	La calidad de los registros clínicos de enfermería seleccionados al	Las puntuaciones medias de los diagnósticos de enfermería, intervenciones y

		contengan 444 diagnósticos de enfermería		azar.	resultados aumentaron significativamente con la intervención.
13.-Staub MM. 2002	Buscar relación entre los diagnósticos de enfermería y la satisfacción del paciente	57 pacientes, enfermeras de tres unidades de dermatología	Aplicación de dos instrumentos de medición	Calidad de los diagnósticos de enfermería, satisfacción del paciente derivada de la interacción/dimensión personal, participación del paciente y conocimiento de la enfermera	Relación significativa entre calidad de los diagnósticos de enfermería en la documentación y la satisfacción del paciente. p=0.03
Müller Staub, Iaving MA. 2006 45	Revisión sistemática de los resultados de los diagnósticos de enfermería.	Revisión sistemática de treinta y seis artículos.	Revisión, análisis de contenido temático.	Examinar efectos sobre la documentación de evaluación de la calidad, frecuencia, exactitud y exhaustividad de los diagnósticos de enfermería y en la coherencia entre los diagnósticos de enfermería las intervenciones y resultados.	Cuatro estudios utilizaron una intervención educativa continua y se encontró diferencias estadísticamente significativas en la documentación de diagnósticos, intervención y resultados. Catorce estudios con limitaciones diagnósticas

					informando en signos/ síntomas, etiología.
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad los sistemas de salud en México, requieren mejorar la eficacia de la atención a la salud, que garantice la calidad al usuario, a partir de profesionales competentes, comprometidos con su profesión y eficaces en el desarrollo de sus conocimientos, habilidades, destrezas y aptitudes. Enfermería es una de las profesiones que tiene un lugar estratégico en los sistemas hospitalarios; contribuyendo en todas las áreas en la que se encuentre, formando parte de la fuerza de trabajo más importante de un hospital o clínica de salud, busca a partir de herramientas como el Proceso Atención de Enfermería (PAE) mejorar sus intervenciones ante el paciente, mejorar sus cuidados y reconocimiento profesional; estableciendo al cuidado como su objeto de estudio y la razón de ser profesional.

Enfermería es una disciplina profesional, la cual a partir de su práctica, expresa su conocimiento y sustenta sus acciones. Inicialmente la práctica de enfermería se desarrolló casi por imitación, en donde un médico delega funciones, emite cuidados, eje central tanto de curar como de cuidar, el análisis del actuar y del hacer se limitaba a obedecer, y no a analizar y cuestionar el ¿por qué? realizar alguna actividad, o tomar decisiones autónomas independientes, basadas en conocimiento propio que le diera el soporte necesario para desarrollar y mejorar sus acciones para el cuidado de la salud. Con la aparición del PAE en los años 60; las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común; que facilitó compartir aspectos de la práctica y mejorar los cuidados enfermeros, características que se determinaron principalmente en el área educativa, tomando la metodología del

proceso como herramienta de enseñanza y evaluativa para el alumno de enfermería; sin embargo, como instrumento metodológico dentro de la práctica profesional no se conocen los alcances reales que tiene, y si el PAE como metodología funciona con la misma eficacia que lo caracteriza en los sistemas de enseñanza.

La incorporación del PAE en las instituciones de salud es limitada, no es un instrumento que sea unificador, y en muy pocas instancias hospitalarias se implementa.

Dentro de las instituciones que han desarrollado la metodología del proceso, el HTOLV del IMSS, implementa en los registros clínicos de enfermería elementos del PAE como el diagnóstico de enfermería; estrategia dirigida a mejorar la calidad de la atención. El impacto y el cumplimiento de su objetivo ha tenido limitantes que el profesional de enfermería experimenta en la práctica diaria, el DE se identifica más por ser una actividad de “rutina” y un ejercicio de requisito institucional en lugar de considerarse como un método específico de enfermería; unificador de criterios sobre juicios independientes, y de análisis de su propia actividad, reconociendo importante su labor dentro del proceso salud enfermedad, el profesional de enfermería debe identificarse como único experto en el cuidado holístico. La práctica de enfermería basada en el cuidado es un campo de experiencia en donde los aspectos cognitivos de comportamiento y de integración de habilidades son aplicados al cuidado del individuo.⁴⁶

El cuidado de la salud, como objeto de conocimiento de la profesión de enfermería, es entendido como la interacción humana, científica y técnica entre la

enfermera, la persona y los colectivos, cuya intencionalidad es promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar en la enfermedad, procurando el desarrollo humano y social de los sujetos participantes en el cuidado.⁴⁶

El diagnóstico de enfermería (DE) tiene por objeto emitir un juicio ante un problema de salud del cual la enfermera debe tener conocimientos, habilidades que le den seguridad para obtener independencia en la toma de decisiones en los problemas de salud y brindar al profesional de enfermería capacidades intelectuales y de decisión propia.

Para poder ayudar a otros de manera eficaz es necesario desarrollar una sólida formación teórico- práctica y haber trabajado sobre sí misma.⁴⁷

Por lo que la presente investigación busca analizar el nivel de conocimientos que tiene el profesional de enfermería en el HTOLV, en la categoría de enfermera general, considerando su autoeficacia para aplicar el diagnóstico de enfermería en un ámbito real, tomando en cuenta que el personal de enfermería de dicha categoría lo maneja dentro de los registros clínicos, a partir de este análisis derivado de la observación empírica y del sustento teórico se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico enfermero del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención médica?

¿Cuál es la percepción de autoeficacia del diagnóstico enfermero del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención médica?

III. HIPOTESIS

Considerando la organización institucional de los hospitales de tercer nivel de atención médica del IMSS y el perfil profesional del personal de enfermería, suponemos que el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de enfermería tiene una relación estadísticamente significativa con el grado académico y la percepción de autoeficacia.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Evaluar el nivel de conocimiento del diagnóstico del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención médica.

IV.2. Determinar la percepción de autoeficacia del diagnóstico del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención médica.

IV.3. Evaluar la influencia del nivel académico, educación continua e institución de egreso sobre el conocimiento del diagnóstico enfermero del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención médica.

IV.4. Evaluar la influencia del nivel académico, educación continua e institución de egreso sobre la autoeficacia percibida del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención médica.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

V.1. TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, transversal y analítico.

V.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio se llevó a cabo en una muestra a conveniencia del personal de enfermería de una población de 281 personas distribuidas en los siguientes turnos:

TURNO	TOTAL DE PERSONAL
Turno matutino	98
Turno vespertino	82
Turno nocturno	101
Total	281

La muestra de trabajo se determinó por medio de la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N (z)^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = [281(1.96)^2] 0.75(0.25)/(0.05)^2(281-1) + (1.96)^2 (0.75)(0.25)$$

$$281(3.8416)(0.1875)/0.0025(280) + 3.8416(0.1875)$$

$$1079.48(0.1875)/0.7+0.7203$$

202.4043/1.42

n=142

La muestra fue aleatoria sistematizada, con 142 enfermeras y /o enfermeros generales. Para mantener un equilibrio en la muestra para los tres turnos; se llevó a cabo calculando la proporción de enfermeras por turno, de tal manera que la selección de la muestra fuera equitativa, la proporción correspondiente se muestra en la siguiente tabla.

Cuadro 1.4. Proporción de muestreo, tamaño de muestra por turno

Turno	Total de personal	Porcentaje de la muestra (n)	Total de la Muestra calculada por turno: Porcentaje por turno(n)/100%	Selección sistemática de elementos muestrales $K=N/n$
Matutino	98	34.8%	$34.8\%(142)/100=49$	$142/49=2.88=3$
Vespertino	82	29.18%	$29.18\%(142)/100= 42$	$144/42=3.3=3$
Nocturno	101	35.9 %	$35.9\%(142)/100= 52$	$144/52=2.7=3$
TOTAL	281	100%		

Se consideró la fórmula de selección sistemática de elementos muestrales: $K=N/n$, la cual nos permite identificar la probabilidad en un listado de elementos, de ser seleccionado, mostrando la aleatorización muestral.

La selección de los elementos muestrales fue de 3, lo que significa que cada tercer elemento del listado se seleccionó para el estudio por cada turno, reflejando

una homogeneidad en la distribución de la muestra. Para la selección de los elementos de la muestra se consideraron los siguientes criterios para la investigación:

V.2.1. Criterios de Inclusión

- Personal de enfermería de ambos sexos
- Categoría de enfermera general
- Se encuentren en servicios de piso y urgencias
- Personal de base

V.2.2. Criterios de exclusión

Personal de enfermería que participaron en la prueba piloto

- No acepten participar en el estudio

V.2.3. Criterios de eliminación

- No completen el llenado del instrumento

V.3. VARIABLES DE ESTUDIO

- Variable dependiente
 - Percepción de autoeficacia
- Variable independiente
 - Conocimiento sobre diagnósticos enfermeros
- Variables intervinientes:
 - Antigüedad

- Grado máximo de estudios
- Institución de egreso
- Último curso de educación continua sobre PAE o sobre DE en los últimos 3 años.

V.3.1. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición	Escala de medición
Percepción autoeficacia	Juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado o como las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar caminos para la acción requeridos en situaciones esperadas o basadas en niveles de rendimiento. ⁴⁸	Es un dato que se obtiene a partir del resultado de la encuesta a través de la escala de auto eficacia, que identifican el grado de las expectativas de eficacia y el éxito en determinadas tareas al aplicar el diagnóstico de enfermería	Cualitativa Nominal	81- 100 completamente seguro de poder hacerlo 61-80 seguro de poder hacerlo 41 60 relativamente de poder hacerlo 21- 40 apenas cierto de poder hacerlo 1- 20 no puedo hacerlo
Conocimientos del diagnóstico de enfermería	Es resultado de un proceso constructivo, en el cual se adquiere información procedente del medio, que interactúa con la que ya posee y genera la incorporación y la organización de conocimientos nuevos. ⁴⁶	Dato que permitirá considerar el nivel de conocimiento que se tiene del diagnóstico de enfermería para determinar su grado de dominio en contenidos prácticos y teóricos.	Cualitativa Nominal	Deficiente < 5 -5.9 Suficiente 6-7.9 Bueno 8-10
Institución de egreso	Organización social con implicaciones sociales, políticas, educativas y	Escuela de educación de la cual se concluyen estudios de enfermería.	Ordinal	1.-UNAM 2.-Politécnico 3.-CONALEP

	culturales que une la vida individual a la vida social constituyendo nuevos ambientes de vida. ⁴⁹			4.-CETIS 5.-Cruz roja 6.-Otro
Grado de estudio	Definición Conceptual: Testimonio de aptitud en un campo del saber, que habilita para el ejercicio de una profesión; es alcanzado al término de una carrera tras el cumplimiento de normas académicas específicas. Se patentiza a través de un título o diploma.	Capacidades que adquirió el profesional de enfermería para desarrollar conocimientos sobre DE y PAE que depende del nivel académico adquirido en su formación.	Ordinal	1.- Técnico 2.-Pos técnico 3.-Licenciatura
Educación continua	La Educación Continua (EC) es una modalidad educativa dirigida a satisfacer las necesidades de actualización o perfeccionamiento de conocimientos, actitudes y prácticas que permiten lograr una mejor inserción y desempeño laboral de los profesionales permitiendo una expansión de servicios y un punto importante para favorecer la vinculación entre la universidad y la sociedad. ⁵⁰	Definición Operacional: Cursos sobre diagnóstico de enfermería que se han tomado después de cursar la carrera	Nominal	1.-Si 2.-No

V.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

V.4.1. Recolección de la información

Para la recolección de los datos se llevó a cabo mediante el método directo; con previo consentimiento informado, se aplicó de forma auto administrado, en la institución hospitalaria.

Se solicitó la autorización de la institución; coordinando las actividades de forma directa con la jefatura de enseñanza e investigación en enfermería.

La aplicación de las encuestas se realizó por el propio investigador. El tiempo de aplicación fue de 15 a 20 minutos.

V.4.2. Instrumento de medición

Se utilizó un instrumentó aplicado por Bernal Becerril (2005) el cual se reporta con una confiabilidad de alfa Cronbach de .8736. El instrumentó consta de preguntas cerradas con opciones de respuestas el cual se encuentra conformado por tres apartados:

- Primera parte; solicita datos socio demográficos: edad, sexo, y datos generales, servicio asignado, institución de egreso, grado máximo de estudios y cursos de educación continua sobre PAE y/diagnósticos de enfermería en los últimos tres años.
- Segunda parte; consta de 12 ítems que evalúan el conocimiento sobre los diagnósticos enfermeros, las preguntas evalúan conocimientos sobre conceptos, características, objetivos y clasificación de los diagnóstico de enfermería, dos de las preguntas referidas a conocimiento sobre el proceso atención de enfermería y las diez restantes preguntas específicas del diagnóstico de enfermería (DE), con 5 respuestas, de las cuales una es la correcta.

- Tercera parte; evalúa la percepción de autoeficacia para aplicar el DE, utilizando la escala de Albert Bandura para la medición de esta variable. El instrumentó consta de 20 ítems medidos por una escala que consta de valores de 5 a 1 el cual 5 es completamente seguro de poder hacerlo, 4 seguro de poder hacerlo, 3 relativamente seguro de poder hacerlo, 2 apenas cierto de poder hacerlo y 1 no puedo hacerlo.

V.4.3. Escala de medición.

Para cuantificar las respuestas en el nivel de conocimientos sobre diagnósticos de enfermería se contemplan 12 preguntas, la suma total de preguntas es asignada a una escala de 1 a 10, cada pregunta tiene 5 posibles respuestas, de las cuales solo una de ellas es la correcta.

La escala se determinó de la siguiente forma:

<5 -5.9 calificación	6-7.9	8-10
Nivel de conocimiento deficiente	Nivel de conocimiento suficiente	Nivel de conocimiento bueno

En cuanto a la percepción de auto eficacia se toma la escala de Albert Bandura propuesto, para el logro de la ejecución se plantean 20 ítems el cual tiene una escala de medición de 5 a 1 en escala tipo Likert la sumatoria máxima de los ítems es de 100 y la mínima de 20.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Completamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	No puedo hacerlo
---------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	------------------

V.5. Análisis estadístico

Los datos fueron analizados por r de Pearson para buscar la relación de dependencia entre nivel de conocimiento del diagnóstico de enfermería y percepción de autoeficacia, se utilizó estadística no paramétrica con Kruskal Wallis para identificar diferencias estadísticas entre las variables grado máximo de estudios con respecto a nivel de conocimiento del diagnóstico de enfermería y percepción de autoeficacia; para identificar el grupo de la diferencia estadística entre licenciatura y nivel técnico con respecto a conocimiento del diagnóstico de enfermería se utilizó U de Mann Withney.

Para la variable institución de egreso, se realizó la estratificación en instituciones universitarias que ofertan el nivel de licenciatura en enfermería como lo son la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) e IPN (Instituto Politécnico Nacional) y las instituciones que ofertan el grado de técnico en enfermería como CETIS, Cruz Roja, CONALEP y otro, se utilizó comparación de medias por t de Student para muestras independientes. Para todas las pruebas se consideró un valor de $p < 0.05$ como significancia estadística. Para tal efecto se utilizó el programa estadístico SPSS V.17.

VI. RESULTADOS

La muestra está constituida por 127 enfermeras generales de un hospital de tercer nivel de atención del IMSS, de los turnos matutino, vespertino y nocturno, con un

39.4% del turno matutino, 27.6% del turno vespertino y 33 % del turno nocturno, el 82 % son del sexo femenino y 18 % del sexo masculino, la media de edad es 36.54 ± 9.1 años, el 35 % de la población se encuentra entre edades de 31 a 40 años (cuadro 1) en lo que respecta a la antigüedad laboral la media oscila en 11.26 ± 8.9 años laborados en la institución.

El 70 % del personal tiene estudios de nivel técnico en enfermería, predominando la UNAM como la institución de egreso de estudios de enfermería con el 37.8 %, el 20.5% egresados de CONALEP y un 18.9 % de instituciones particulares

En cuanto a la educación continua; el 69.3% no han tomado ningún curso sobre esta temática, en los últimos tres años y solo el 30.7 % de la muestra presenta curso de educación continua (Cuadro 2).

El nivel de conocimiento en el personal que ha tomado cursos de educación continua es de deficiente en un 48.7 %, por parte del personal que refiere no haber presentado algún curso sobre el diagnóstico de enfermería y proceso de enfermería el 55.7 % mantiene un conocimiento deficiente (cuadro 3).

El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de enfermería, la calificación media de los encuestados fue de 4.55 ± 1.8 , con nivel de conocimiento deficiente, el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de enfermería por grado máximo de estudios es de deficiente en el nivel técnico con 58.4 %, en postécnico con 53.3 % y 34.8 % en el nivel de licenciatura (cuadro 4). El grupo de licenciatura presenta la calificación más alta con 5.52 ± 2.1 en comparación con los grupos de técnico y postécnico esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (Cuadro 5).

Con respecto a la institución de egreso se agruparon para el análisis en dos grupos, instituciones universitarias que ofertan el nivel de licenciatura en enfermería como lo son la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) e IPN (Instituto Politécnico Nacional) y las instituciones que ofertan el grado de técnico en enfermería como lo son CETIS, Cruz Roja, CONALEP y otros, encontrando una media más alta en el grupo de instituciones universitarias con 4.96 ± 1.97 en comparación con instituciones de nivel técnico ($p < 0.05$); esta diferencia es estadísticamente significativa respecto del nivel de conocimiento sobre diagnóstico de enfermería (cuadro 6).

En cuanto a la percepción de autoeficacia el 60.9% del grupo de licenciatura considera estar completamente seguro de aplicar el DE obteniendo la media más alta con 84.26 ± 10 , 46.7% el grupo de postécnico refieren una autoeficacia de “completamente seguro de poder hacerlo” con una media de 80.93 ± 11.9 y el 44.9% de nivel técnico en enfermería presentan la misma percepción (cuadro 6-7).

Con respecto a instituciones de egreso, el grupo de instituciones universitarias obtiene una media de percepción de autoeficacia de 82.98 ± 10.14 “completamente seguro de poder hacerlo” superior a la que presenta el grupo de instituciones de nivel técnico; esta diferencia es estadísticamente significativa, ($p < 0.05$) (cuadro 8).

La variable educación continua no presentó diferencias significativas con respecto a nivel de conocimiento del diagnóstico enfermero y percepción de autoeficacia (cuadro 9).

No se encontró relación existente entre nivel de conocimientos de los diagnósticos de enfermería y la percepción de autoeficacia.

Cuadro 1 .Frecuencia y porcentaje por grupos de edad

Variable	Frecuencia (%)
Edad	
21-30	40 (31.5)
31-40	45 (35.4)
41-50	35 (27.6)
>51	7 (5.5)

Cuadro. 2 Descripción de grado máximo de estudios, Institución de egreso, Educación continua

Variable	Frecuencia (%)
Grado máximo de estudios	
Técnico	89 (70)
Postécnico	15(12)
Licenciatura	23(18)
Institución de egreso	
UNAM	48 (37.8)
Politécnico	8 (6.2)
CONALEP	26 (20.5)
CETIS	10 (7.9)
Cruz Roja	11 (8.7)
Otro	24 (18.9)
Educación continua	
Si	39 (30.7)
No	88 (69.3)

Cuadro. 3 Descripción de nivel de conocimientos sobre DE y educación continua

Variable	Educación continua*	
	SI n(39)	NO n(88)
Nivel de conocimiento		
Bueno	12(30.8)	11(12.5)
Suficiente	8(20.5)	28(31.8)
Deficiente	19(48.7)	49(55.7)

*Se considera a quienes han tomado cursos de educación continua en los últimos 3 años y quienes no han realizado cursos

Cuadro.4 Nivel de conocimiento por grado máximo de estudios

Variable	Técnico n(89)	Postécnico n(15)	Licenciatura n(23)
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Nivel de conocimiento			
Bueno	8(9)	5 (33.3)	10(43.5)
Suficiente	29 (32.6)	2(13.3)	5 (21.7)
Deficiente	52 (58.4)	8(53.3)	8 (34.8)

Cuadro. 5 Comparación entre medias del nivel de conocimiento por grado máximo de estudios

Variable	Técnico n (89)	Postécnico n(15)	Licenciatura n(23)
Conocimiento de diagnóstico enfermero	4.27 ±1.6	4.73 ±1.9	5.52±2.1*

Licenciatura vs Técnico *Prueba de U Mann-Whitney $p < 0.001$

Cuadro 6. Frecuencias y porcentajes de percepción de autoeficacia por grado máximo de estudios

Variable	Grado máximo de estudios		
	Técnico n(89)	Postécnico n(15)	Licenciatura n(23)
Percepción de autoeficacia			
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Completamente seguro de poder hacerlo	40(44.9)	7(46.7)	14 (60.9)
Seguro de poder hacerlo	40 (44.9)	7(46.7)	9 (39.1)
Relativamente seguro de poder hacerlo	9 (10.1)	1 (6.7)	

Cuadro. 7 Comparación de medias de percepción de autoeficacia por grado máximo de estudios

Variable	Técnico n(89)	Postécnico n(15)	Licenciatura n(23)
Percepción de autoeficacia	79.10 ±12.4	80.93±11.9	84.26±10

Calificación máxima de 81-100=Completamente seguro de poder hacerlo. Prueba Kruskal Wallis

Cuadro 8. Comparación entre medias de nivel de conocimiento y percepción de autoeficacia por instituciones universitaria y nivel técnico

Variable	Institución universitaria (n=56)	Institución nivel técnico (n=71)
Nivel de conocimiento de diagnóstico enfermero	4.96±1.97*	4.23±1.62
Percepción de autoeficacia	82.98±10.14*	77.83±12.76

*Prueba t de student para muestras independientes, p<0.05.

Cuadro. 9 Percepción de autoeficacia por educación continúa

Variable	Educación continua	
	SI n(39)	NO n(88)
Nivel de conocimiento de diagnóstico enfermero	4.97±2	4.36±1.70
Percepción de Autoeficacia	83.4±10.8*	78.4±12.3

*Calificación máxima de 81-100=completamente seguro de poder hacerlo

VII. DISCUSIÓN

Actualmente el trabajo de enfermería forma parte importante de la calidad en la atención médica, como una de las fuerzas de trabajo más importantes dentro de las instituciones desde el primer nivel de atención hasta áreas de especialización, su actuación fundamentada en el conocimiento del cuidado, la actualización académica, su ética y profesionalismo son la base para las intervenciones de calidad que brinden al usuario en el ámbito hospitalario y/o comunitario.

Para brindar calidad de atención; es necesario tener un conocimiento definido y de dominio profesional, el proceso atención de enfermería es la metodología que permite fundamentar la actividad de la enfermera y/o enfermero de manera científica; es a partir del P.A.E del cual se vale la disciplina para valorar, diagnosticar, planear, intervenir y evaluar el estado de salud de sus pacientes en colaboración y/o independencia, es el diagnóstico de enfermería (DE) el reflejo de la independencia que ha venido evolucionando desde la construcción de los diagnósticos de enfermería por la ANA, la importancia que recae en el DE para la calidad de la atención se basa en ser la guía de las intervenciones que efectúa el profesional de enfermería, su construcción de forma adecuada y precisa está enmarcada en el conocimiento y de la confianza que posee la enfermera en sus habilidades para aplicar el D.E y obtener éxito.

Factores como la profesionalización en enfermería, el compromiso de instituciones con reconocimiento y a la vanguardia en las necesidades del sector laboral son una fuerte influencia que contribuye a un buen conocimiento de la profesión,

buenas prácticas y mejoran las expectativas ante nuevos retos dentro del campo laboral.

Al respecto en el presente estudio el profesional de enfermería presenta un conocimiento deficiente del diagnóstico de enfermería, en el marco de conceptualización y estructura de etiqueta diagnóstica, etiología, signos y síntomas, lo cual es similar a lo reportado en estudios que demuestran las dificultades de la enfermeras para elaborar los diagnósticos en aspectos como signos y síntomas así como su etiología ⁵¹ otros estudios muestran que las enfermeras presentan conocimientos deficientes sobre los factores etiológicos, ignoran los objetivos relacionados , intervenciones debidamente comprobados sin evaluación de las mismas.⁵²

Los resultados sugieren que el nivel de conocimiento es bajo ya que su elaboración es compleja, la familiarización de su construcción es débil, estudios apoyan esta propuesta al referir que dentro de la fases de PAE el diagnóstico de enfermería y la evaluación son las fases que menos se utilizan en comparación con la valoración e intervención, la formulación de diagnósticos y la evaluación son las actividades menos realizadas porque suponen un alto grado de dificultad para los profesionales.^{3, 53, 54}

El Conocimiento de la fase del diagnóstico enfermero; los resultados sugieren que el dominio es más definido en profesionales de enfermería con niveles de estudios de licenciatura, en comparación con estudios en nivel técnico; lo cual puede ser debido a una preparación en el estudio metodológico más compleja del

PAE en áreas clínicas y teóricas, esta diferencia no puede generalizarse con estudios descriptivos, y el bajo índice de licenciadas en enfermería dentro del ámbito hospitalario en nuestro país, pero puede mostrar el contexto parcial, como se ha referido por otros autores entre enfermeras con grado de licenciatura y técnico; el perfil profesional difiere en las funciones, siendo más acentuado las competencias de liderazgo, habilidades y conocimientos en la Licenciatura, no son especificadas las competencias en ninguno de los programas ni las capacidades asociadas a estas últimas; estos estudios concluyen que en el ejercicio de la profesión no existe gran diferencia en la características y funciones de los niveles académicos técnico en enfermería y licenciatura en el ámbito hospitalario ya que aún no se han delimitado las funciones en instituciones gubernamentales.⁵⁵

En relación con la institución de egreso de estudios de enfermería el personal que egresa de instituciones universitarias es un factor que influye en un mejor conocimiento del diagnóstico de enfermería, apoyando este resultado en estudios que muestran el perfil de las personas que usan el método enfermero son quienes tienen formación de pregrado y posgrado.³La diversidad de las instituciones que preparan a los futuros profesionales de enfermería diversifica la formación y las capacidades dentro del campo laboral en el conocimiento del PAE y de su fase como el DE, una de las posibles causas por las cuales se dificulta la construcción de DE en los registros clínicos enfermeros, concediendo en este sentido, estudios indican que dentro de las dificultades percibidas durante la formación y aplicación del Proceso de Enfermería se destacan: el tiempo que exige su aplicación y registro, la falta de unificación de criterios en la elaboración del diagnóstico.⁵⁶

Aun cuando en el estudio no se encontró diferencia estadísticamente significativa, la educación continua es parte fundamental en la incorporación de nuevos conocimientos y actualización que guíen hacia la calidad de las intervenciones y juicios clínicos, estudios han demostrado la relevancia de la educación continua, con intervenciones basadas en el aprendizaje significativo⁵⁷

Otros estudios han referido la importancia de incrementar en número y calidad la preparación de las profesoras de enfermería, por medio de programas de actualización, educación continua y programas formales .⁵⁵

Los resultados sugieren que los profesionales con niveles de estudio de licenciatura y procedentes de escuelas universitarias mantiene una autoeficacia mayor a enfermeras con niveles técnico en enfermería y de instituciones no universitarias, esto se puede explicar de acuerdo a lo citado por estudios que explican que una persona que tiene dudas acerca de sus capacidades de aprendizaje, posee una baja autoeficacia y probablemente evitará participar en las actividades que le sean asignadas. En cambio, quien mantenga alta autoeficacia se compromete más con las actividades que se le encomiendan y muestra un mayor involucramiento y persistencia, a pesar de las dificultades que se puedan encontrar,⁵⁸coincidiendo con el autor, el conocimiento puede brindar mejores capacidades de aprendizaje y de sustento teórico-práctico como resultado de una instrucción académica con un mayor rigor científico y metodológico al respecto se refieren en estudios en México los cuales coinciden en que; la base fundamental de los cuidados de enfermería con responsabilidad, respeto, habilidades en el quehacer de los procedimientos de enfermería, destrezas, conocimientos y un alto

sentido de la comunicación están en las características de profesionales con cursos con duración de 10 a 12 meses después de haber cursado estudios de licenciatura .⁵⁵

Los resultados antes mencionados sugieren que los profesionales con una mayor autoeficacia pueden brindar mejor calidad de atención y tienen mejores capacidades para afrontar nuevos retos, como lo refiere un estudio realizado a trabajadores de diferentes ocupaciones en España, en donde se estudio la interacción entre dos demandas laborales la sobrecarga laboral y el conflicto de rol y la eficacia profesional, en donde se mostró que las personas con elevadas creencias de autoeficacia ante la sobrecarga laboral y el conflicto del rol muestran más conductas de afrontamiento activo o centrado en el problema que las personas con niveles de autoeficacia menores.⁵⁹

Por otro lado en el estudio, no se encontró relación entre el conocimiento del diagnóstico de enfermería y la percepción de autoeficacia, se debe considerar al respecto; lo referido por estudios que aseguran que no basta con creer que se pueden realizar tareas para lograr competencias adecuadas, se necesita de la armonía, de habilidades y conocimientos,⁵⁸en este sentido los resultados se dirigen a argumentar que el conocimiento es una base importante para el desarrollo de estrategias de aprendizajes, que aumenten las creencias de poder mejorar el cuidado con una herramienta como el PAE y el juicio clínico de la enfermera importante dentro del expediente clínico como un instrumento de valor clínico y para la investigación.

Se puede interpretar que el conocimiento del diagnóstico de enfermería es una metodología importante para la calidad de la atención, el nivel de conocimiento que se tenga podrá determinar la precisión que se tiene para diagnóstica, la preparación de quien brinda el cuidado del cual se tiene la oportunidad de medir la atención de enfermería.

El propósito de los diagnósticos de enfermería es establecer un vínculo entre las respuestas humanas, las metas deseadas para la atención de enfermería y las intervenciones para alcanzarlos. ⁶⁰

Los estudios han demostrado que existen variaciones en las interpretaciones de las enfermeras, y las respuestas de los pacientes a los problemas de salud, son fácilmente malinterpretados. El diagnóstico es exacto cuando refleja el estado real del paciente. ⁶⁰

Del dominio que tenga la enfermera para diagnosticar, dependerá la seguridad con que lleve a la práctica los objetivos y las intenciones que tiene el diagnóstico enfermero, Albert Bandura en su teoría social cognitiva habla de la importancia que tiene la percepción de la autoeficacia como medio por el cual el ser humano logra sus objetivos y metas a partir de las capacidades que crea tener para el logro de actividades, Bandura considera que la manera en que actúa la gente es el producto mismo de la mediación de sus creencias acerca de sus capacidades, tales capacidades para diagnosticar están determinadas, se ha considerado, la institución de la cual la enfermera egresa, su nivel académico y si los cursos de actualización influyen.

Los resultados sugieren, que tanto las variables institución de egreso y nivel académico son importantes para el conocimiento y la percepción de autoeficacia, los cuales se podrían tomar en cuenta como factores que intervienen para brindar calidad de la atención, si consideramos que un diagnóstico de enfermería dirige la intervención con resultados, que sean el reflejo de calidad; de aquí la importancia de saber cuál es el nivel de conocimiento y por otro lado, poder analizar lo que actualmente se lleva a cabo para capacitar al personal de enfermería sobre los diagnósticos y la metodología del proceso ya que se ha observado que no fue factor de cambio en aquellos que cursaron educación continua.

VIII. CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la institución del cual egresa un enfermero y/o enfermera y el grado máximo de estudios son factores que influyen en el conocimiento del diagnóstico de enfermería y en la percepción de autoeficacia.

El personal con estudios de nivel licenciatura presentó una calificación más elevada que el personal con nivel técnico y una autoeficacia mayor, se presenta como un factor que mostro significancia estadística, por lo que se acepta la hipótesis de estudio, enfermeras con estudios de licenciatura mantiene un conocimiento del diagnóstico enfermero y autoeficacia mayor en comparación con enfermeras con estudios de nivel técnico, tal diferencia no puede ser generalizada para ello se debe hacer un estudio con una muestra mayor y poder realizarlo en más instituciones del sector salud, es importante tomar en cuenta el grado de estudios como un factor que involucra capacidades, destrezas, eficiencia, eficacia,

conocimiento y compromiso profesional.

En cuanto a la institución de egreso los resultados arrojan diferencias estadísticamente significativas entre instituciones que ofertan licenciatura y las instituciones que ofertan nivel técnico en enfermería, tanto la calificación del conocimiento del diagnóstico enfermero como la percepción de autoeficacia fue mayor para el personal que egresó de instituciones que ofertan el nivel licenciatura con respecto al grupo de instituciones que ofertan el nivel técnico, aceptando la segunda hipótesis de trabajo, egresados de instituciones universitarias mantiene un nivel de conocimiento alto y tienen una percepción de autoeficacia alta en comparación con enfermeras (os) de instituciones no universitarias, resultado que puede ser de gran relevancia para el sector salud y educativo, ya que desde las aulas se parte de elementos fundamentales para la vida laboral, en la actualidad para poder manifestar nuestro compromiso social es importante hacer investigación, aplicación reflexiva del conocimiento, mayor sustento teórico, formación integral en enfermería y dejar atrás la práctica de técnicas y procedimientos rutinarios.

IX. PERSPECTIVAS

Estos resultados permiten conocer el estado actual en un grupo específico de enfermeras (os) acerca del diagnóstico de enfermería, como un diagnóstico situacional actual ante la estandarización de los cuidados de enfermería a partir de planes de cuidados estandarizados que actualmente son utilizados en algunas instituciones de salud. Con el estudio de los fenómenos del diagnóstico de enfermería se puede predecir y prevenir la actuación del personal de enfermería ante una metodología compleja y que necesita para su éxito el dominio de elementos básicos dentro del proceso atención enfermería.

Es conveniente continuar con estudios de esta temática con metodología longitudinal que permitan conocer el comportamiento del personal de enfermería acerca del diagnóstico enfermero, así también realizar estudios con una intervención educativa que pueda determinar si un curso puede modificar las variables estudiadas en el presente investigación.

Esta clases de estudios son necesarios dentro de la práctica, en ámbitos reales ya que así se podrá tener información que ayude a mejorar en las instituciones educativas el perfil profesional de sus egresados, también es útil para las instituciones de salud, ya que permite tener una visión más amplia de las capacidades que tienen en los diferentes niveles académicos y de la instituciones de la cuales egresan, variables que a la postre puedan ser factores de cambio en nuestra profesión y que sean tomados en cuenta como determinantes de la calidad en la atención de enfermería.

X. REFERENCIAS

- 1.-Iyer P, Taptich B, Bernocchi B. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3 ed. México (DF): McGraw Hill Interamericana; 1997.
- 2.- Alfaro LR. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5 ed. Barcelona: Masson; 2003.
- 3.- Rojas JG, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3):323-35.
- 4.-Murray ME, Atkinson LD. Proceso de Atención de Enfermería. 5° ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996.
- 5.-Pérez MJ. Operacionalización del proceso atención de enfermería. Enfermería Cardiológica. 2002; 10 (2): 62-66.
- 6.- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid (España): Elsevier; 2008.
- 7.-Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1995:5.
- 8.- Hernández CA, Guardado C. la enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer. 2004; 20 (2): 1.
- 9.- Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería, aplicaciones a la práctica clínica. 9a ed. España (Madrid): McGraw-Hill, interamericana; 2003.
- 10.- Potter AP. Fundamentos de enfermería volumen I. 5a ed. España (Barcelona): Harcourt. 2002.
- 11.- Dickon WH. Diagnósticos enfermeros en la gestión ¿Por qué implementar los diagnósticos enfermeros en el entorno clínico? En: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación NANDA 2009-2011 p. 37-39.
- 12.-Herdman HT. Las enfermeras diagnostican. En: NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2009-2011. Elsevier. 4-5

13.- Aguilera RM, Crespo KS, Rivas EJ. Construcción del diagnóstico de enfermería en el alumno de nivel licenciatura. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 2011; 19 (2): 81-85.

14.- Luis MT. Diagnósticos de Enfermería aplicación práctica. Rol de Enfermería. 1991; 14(1): 62.

15.- Secretaria de salud. Lineamientos generales para la elaboración de planes de cuidados de enfermería. México (D.F): Secretaria de Salud, 2011.p.16-19.

16.- Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford, 2008.

17.- Torres SM, Zarate Grajales RA, Matus MR. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Revista Enfermería Universitaria, 2011; 8 (1): 17-25.

18.-Potter P. Fundamentos de Enfermería. 5a ed. España: Mosby; 2003.p 514-8.

19.- Andrade Cepeda RM, Martínez RN. El Proceso Enfermero para Brindar Atención de Calidad. Desarrollo Científico Enfermero, 2004; 12(1): 17-19.

20.- Atienza E, Alba A, Delgado M, Vilchez MC, Feria I, Molina A. Aplicación informática para la elaboración de planes de cuidados aplicando el modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney, vinculando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Rev Presencia, 2007; 3(6).

21.- Morán PL, Espinosa OA, Sotomayor Sánchez SM, León MZ, Ortega GR, Becerra Ramirez SY. Enseñanza alternativa del proceso de atención de enfermería. Evaluación de su efectividad. Desarrollo Científ Enferm, 2007; 15(3):116-121.

22.- Hernández CJ, Esteban AM. El método de Intervención en Enfermería: El Proceso de Enfermería. En: Hernández CJ, Esteban AM, editores. Fundamentos

de Enfermería. Teoría y Método. España: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 127-140.

23.- Baker R. Diagnósis de Enfermería: Declaraciones de Diagnóstico. En: Christensen P, Kenney J. Editors. Nursing Process: Application of conceptual Models. USA; 1990. p.2.

24.- Duran VM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan Colombia. 2005; 5 (1):86-95.

25.- Gutiérrez M, Escartí A, Pascual C. Relaciones entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares. Psicothema, 2011; 23(1): 13-19.

26.- Flores JF, Peinado EJ, Ornelas M, López L. Composición Factorial de una Escala Autoeficacia en Conductas de Cuidado de la Salud en Estudiantes de Ingeniería. Formación Universitaria, 2012; 5 (3):43-54.

27.- Cupani M. Un modelo social cognitivo del rendimiento en matemáticas-estudio de tres escalas. Perspectivas en psicología, 2007.p. 19-27.

28.- Ornelas M. Análisis psicométrico de la escala autoeficacia en conductas de cuidado de la salud física en universitarios de primer ingreso. Formación Universitaria, 2011; 4(6):21-34.

29.-Olaz F. la teoría cognoscitiva social de la auto eficacia contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional (tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología). Facultad de Psicología. U.N.C. Argentina, 2001.

30.- Bandura, A. Pensamiento y Acción. Barcelona: Martínez Roca, 1987.

31.- Zeldin A. Review of Career Self-efficacy Literature. Disertación Doctoral. Universidad de Emory, Atlanta, 2000.

32.-Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa Calpe. 1982.

33.- Pajares F. Currents directions in self-efficacy research. En Maehr, M. & Pintrich,

Advances in motivation and achievement. 10. Greenwich CT: JAI Press. 1997. p. 1-49.

34.- Bandura A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad de Sandfort. Traducido por Olaz, F; Silvia, I. Perez. E. Argentina: Universidad nacional de Córdoba 2001.

35.- Aguilar SL, López VM, Bernal-Becerril ML, Ponce GG, Rivas-Espinosa JG. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc; 2008; 16(1): 3-6

36.- Pecina- Leyva RM. Efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero en el área hospitalaria, Enfermería Neurológica 2010; 9 (2):61-66.

37.- Zaragoza-Salcedo A, Simith L. El uso de la triangulación metodológica para identificar el grado de introducción del proceso Atención de Enfermería en una Unidad Hospitalaria. Descripción de la técnica de grupos focalizados. Index Enferm (edición digital) 2001:32-33.

38.- Torres SM, Zarate-Grajales RA, Matus MR. Calidad de los registros clínicos de enfermería: elaboración de un instrumento para su evaluación. Enfermería Universitaria, 2011; 8 (1):17-25.

39.- Carrillo-González GM, Rubiano-Mesa YL. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Rev Cubana Enfermer, 2007;23(3): 5.

40.- Mena-Navarro FJ, Macías-Rodríguez MC, Romero CM, Valderrama MV, Feria LD. ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? ROL de enfermería: 2001; 24 (2): 137-144

41.- Rojas JG, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de Enfermería en cuidados intensivos. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3):323-35.

- 42.- Gutiérrez LO. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio. *Avances en Enfermería*; 2008; 27(1):60-68.
- 43.- Zavala HM. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 2012; 9 (1):7-15.
- 44.- Muller SM; Needham I; Odenbreit M; Laving MA. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*; 2008; 63 (3):291-301.
- 45.- Müller SM, Lavin MA; Needham I, Van AT. Nursing diagnoses, intervention and outcomes-application and impact on nursing practice:systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 56 (5): 514-531.
- 46.- Ospina -Rave BE, Sandoval-Juan de J. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. *Antioquia*, 2005; 23(1): 14-29.
- 47.- Cibanal J, Sánchez A Carballal B. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la Salud. España. Elsevier; 2003.
- 48.- Ornelas M. Análisis Psicométrico de la Escala Autoeficacia en Conductas de Cuidado de la Salud Física en Universitarios de Primer Ingreso. *Formación Universitaria*, 2011; 4(6):21-34.
- 49.- Carlos-Gracia LJ. Relatoría institución educativa. En: programa de formación complementaria, Bogotá Colombia 2011. p.1-15
- 50.- Educación continúa y desarrollo profesional. Capacitación en enfermería Escuela Nacional en enfermería y Obstetricia. Recuperado en: <http://www.eneo.unam.mx/educacioncontinua/queeseducacioncontinua.php>
51. - Delaney C, Mehmert PA, Prophet C, Bellinger SL, Gardner- Huber D, Ellerbe S. Standardized nursing language for healthcare information systems. *Journal of Medical Systems*, 1992; 16(4): 145–159.

52. - Smith-Higuchi KA, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. *Nursing Diagnosis*. 1999;10(4): 137–147.
- 53.-Céspedes M, Jaramillo D, Pulido S, Ruiz Y, Uribe M, Gutiérrez M. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en las instituciones de salud de Medellín. *Invest Educ Enferm*. 1991; 12(2): 87-103.
- 54.- Orozco Vargas LC, Camargo A, Vásquez Altamiranda L. Factores que influyen en el conocimiento y aplicación del proceso de enfermería. Bucaramanga: Escuela de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. 1997.
- 55.- Iraburo MI. Diagnóstico del perfil profesional de técnico en enfermería y licenciatura en enfermería de la universidad autónoma de Cd. Juárez (tesis de Maestría en docencia biomédica). Cd. Juárez, chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2008.
- 56.-Orozco VLC, Altamiranda Martínez LM, Camargo Cáceres A, Vázquez Ramírez SM. Factores que Influyen en el Conocimiento y Aplicación del Proceso de Enfermería Bucaramanga 1997, *Salud UIS*, 2002; 34 (2): 104-109.
- 57.- Ledesma D. Intervención Educativa en el Conocimiento y Aplicación del Proceso de Enfermería en Atención Primaria. *Desarrollo Científico Enfermero*. 2010; 18(8):322-326.
- 58.- Canto RJE. Autoeficacia y Educación. *Educación y Ciencia*. 1998; 2 (4):45-53
- 59.- Soria SM, Grau RM, Martínez MI. Demandas laborales y conductas de afrontamiento el rol modulador de autoeficacia profesional. *Psicothema*. 2005; 17(3):390-395.

60.-Oliveira de AF, Goncalves M, López Monteiro da CD. Construcción de un instrumento para evaluar la precisión diagnóstica. Rev. esc. enferm, 2009; .43(3): 1088-1097.

XI. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CONOCIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA SU APLICACIÓN.

Este cuestionario es confidencial y los resultados que se obtengan, serán empleados con fines de investigación, el cual tiene como objetivo identificar el nivel de conocimientos sobre los diagnósticos de enfermería y la percepción de autoeficacia para su aplicación.

Tipo de contratación: Base () No base ()

Turno al que pertenece actualmente: Matutino () Vespertino () Nocturno ()

DATOS GENERALES

1. Edad: _____ 2.-Sexo : (F) (M) 3.- Servicio asignado: _____
4.-Antigüedad en años: _____

5.-Grado máximo de estudios:

- () Técnico
- () Pos técnico
- () Licenciatura
- () Especialización

6.-Institución del cual Egreso:

- UNAM ()
- Politécnico ()
- CONALEP ()
- CETIS ()
- Cruz roja ()
- Otro ()

7.- Ha tomado algún curso de educación continua sobre Proceso Atención de Enfermería o diagnósticos de enfermería en los últimos 3 años (SI) (NO)

Instrucciones: marque con una X la respuesta que considere correcta

8.- ¿Es la forma dinámica y sistematizada de brindar cuidado de enfermería

- a) Diagnóstico de enfermería
- b) Proceso Atención de Enfermería
- c) Planeación
- d) Intervención
- e) Evaluación

9.- El PAE tiene como propiedades ser:

- a) Flexible, continuo
- b) Rígido, estático
- c) Objetivos variados, indefinido
- d) Incidental y estructurado
- e) Indefinido, metodológico

10.- ¿Representa el juicio clínico ante una respuesta humana?

- a) Valoración.
- b) Diagnóstico
- c) Planeación,
- d) Ejecución
- e) Evaluación

11. La NANDA define al diagnóstico de enfermería como:

- a) Juicio sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales, de riesgo o de salud
- b) Problema de salud que puede desarrollarse si no se toman medidas preventivas
- c) Problema que requiere tratamiento por más de una disciplina
- d) Juicio clínico sobre un individuo , familia o comunidad en transición desde un nivel específico de salud a otro mayor
- e) Algo que se sabe que contribuye a un problema específico

12.- ¿Cómo se clasifican los diagnósticos de enfermería?

- a) Reales, potenciales y multidisciplinarios
- b) Reales, riesgo, salud y promoción a la salud
- c) Etiología, potenciales y riesgo
- d) Salud, relacionados e interdependientes
- e) Independientes e interdependientes, posible complicación

13.- ¿Cuál es la forma de estructurar un diagnóstico de enfermería real?

- a) Etiqueta, factores relacionados, característica definitoria
- b) Factor relacionado, problema, signos y síntomas
- c) Problema
- d) Identificar los factores de riesgo, signos y síntomas etiología
- e) Problema, etiología y enfermedad

14.- ¿Cuál es el principal objetivo del diagnóstico de enfermería?

- a) Emitir un juicio y nominar los problemas de salud
- b) Identificar el problema que requiere un tratamiento por más de una disciplina
- c) Ser capaz de predecir y detectar las complicaciones potenciales
- d) Averiguar las complicaciones más comúnmente asociadas con los problemas médicos

- e) Anotar o individualizar el plan de cuidados

15.- En la hoja de registros clínicos, ¿El diagnóstico de enfermería se conoce como?

- a) Posible complicación
- b) Análisis crítico
- c) Juicio clínico
- d) Intervención independiente
- e) Evaluación

16.- ¿Los diagnósticos de enfermería permiten categorizar las actividades de enfermería en?

- a) Dependientes solo del médico
- b) Dependientes, interdependientes, independientes
- c) Independientes, multidisciplinarias y focalizadas
- d) Holísticas, dependientes de otras disciplinas
- e) Totalmente independientes en las que solo enfermería tiene dominio

17.- ¿El nombre que recibe el diagnóstico enfermero en la NANDA es?

- a) Factor relacionado
- b) Característica definitoria
- c) Etiqueta
- d) Factores de Riesgo
- e) Definición

18.- ¿Qué entiende por factor relacionado?

- a) Grupo de signos y síntomas que presenta el paciente
- b) Elemento que constituye al diagnóstico médico
- c) Un problema descrito en un enunciado conciso que determina el juicio emitido por la enfermera y /enfermero
- d) Probable factor que causa algún problema de salud
- e) Inferencias que se agrupan como manifestaciones

19.- El uso de factor de riesgo en la estructura del diagnóstico de enfermería tiene la finalidad de:

- a) Realizar inferencias que se agrupan como manifestaciones en el diagnóstico
- b) Conocer las circunstancias que pueden contribuir al desarrollo de un problema o necesidad
- c) Proporcionar un nombre al diagnóstico
- d) Ofrecer una definición al diagnóstico
- e) Conocer los factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos que incrementan la vulnerabilidad de una persona

PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Instrucciones: marque con una **X** en donde considere lo que se acerque más a su experiencia personal de acuerdo a los enunciados presentados.

Percepción de autoeficacia para aplicar el diagnóstico enfermero en la práctica.	Completamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	No puedo hacerlo
1. Me siento seguro de emplear el proceso atención de enfermería de forma integral					
2. Considero sencillo llevar a cabo a la práctica el diagnóstico de enfermería					
3. Soy capaz de elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo con el estado de salud del paciente					
4. Me resulta más sencillo resolver problemas de salud de los pacientes al aplicar los diagnósticos de enfermería que con otra forma de cuidado					
5. Con los diagnóstico de enfermería identifico los problemas del paciente con mayor facilidad					
6. Al implementar los diagnósticos enfermeros siento seguridad de que mi trabajo es importante					
7. Tengo el conocimiento necesario para					

identificar problemas de salud					
8. Cuando trabajo con diagnósticos de enfermería me siento capaz de tomar decisiones					
9. Me siento capaz de poder emitir diagnósticos de enfermería que me ayuden a mejorar la salud de mi paciente					
10. Cuando trabajo con diagnósticos de enfermería mi trabajo es más organizado					
11. Considero que los diagnósticos de enfermería son útiles para acrecentar mi conocimiento					
12. Me resulta fácil aplicar los diagnósticos de enfermería aunque algo o alguien se me oponga					
13. Soy capaz de trabajar con diagnósticos de enfermería en situaciones inesperadas que presente el paciente					
14. Considero que brindo mejor cuidado con el diagnóstico de enfermería y con toda la metodología del PAE que sin ella					
15. Cuando trabajo con diagnósticos enfermeros me siento seguro de mis habilidades					

16. Me identifico fácilmente como profesional de enfermería cuando manejo diagnósticos de enfermería					
17. Identifico como un lenguaje propio de mi disciplina a los diagnósticos enfermeros					
18. Me siento realmente satisfecho con los diagnósticos que elaboro en mis registros clínicos					
19. Puedo equivocarme al tomar decisiones cuando emito diagnóstico de enfermería pero intento hacerlo lo mejor posible					
20. Soy una persona competente y capaz para desarrollar diagnósticos de enfermería					

COMENTARIOS:

¡Gracias!



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para que me hagan una encuesta o me entrevisten, entendiendo que esta información formara parte de un estudio que aportara a conocer algunos asuntos relacionados con la profesión de enfermería.

Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de estudio se me identificara en forma alguna. También se me ha informado que no tendré ningún tipo de riesgo relacionado con la investigación.

Además sé que no recibiré retribución económica y que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito antes de ser publicados. Se me proporcionara el nombre y número telefónico de uno de los investigadores a quienes puedo dirigirme en caso de tener alguna duda acerca del estudio.

Firma del profesional de enfermería

Cualquier pregunta o duda resolverla con el investigador principal: Enfermero José Arturo Rojas Velázquez a los teléfonos 55---- o al correo electrónico

@gmail.com