



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

CONOCIMIENTO Y AUTOEFICACIA DE LA ENFERMERA/O PROFESIONAL
PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA
EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

LIBIERT PÉREZ GORDILLO

TUTORA

DRA. SANDRA MAGDALENA SOTOMAYOR SÁNCHEZ
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, UNAM

COTUTORA

DRA. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, UNAM

Ciudad de México a 12 de marzo 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al programa de Maestría en enfermería de la ENEO-UNAM, por la aceptación, por las enseñanzas, las experiencias de sus docentes y su excelente calidad en la formación que me brindaron.

A la Dra. Sandra Magdalena Sotomayor Sánchez y la Dra. Araceli Jiménez Mendoza por sus valiosas aportaciones en las asesorías que me ayudaron a la realización de esta tesis.

Dra. Elsa Correa por su colaboración en la revisión de este trabajo.

A la Dra. Gandhi Ponce por sus valiosas enseñanzas invaluable y las facilidades que se me brindaron para poder concluir con esta maestría, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible.

A las autoridades y al personal de enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias que me brindaron las facilidades para poder llevar a cabo este trabajo de investigación.

DEDICATORIAS

A mi querida Madre y Padre por el apoyo y son la fuente de la superación y de inspiración para seguir adelante siempre sin importar las condiciones del tiempo.

A mi querido hijo Matías por llegar en el momento preciso e indicado en mi vida, es mi motivación para ser un ejemplo como madre, hija, trabajadora, y profesionalista.

A mis compañeros de maestría y a la institución de salud en la que laboro, a mis profesores gracias por su enseñanza que es invaluable, ya que contribuyeron en gran medida en mi formación personal y profesional para terminar con este proyecto y que sin su ayuda no lo hubiera podido lograr.

RESUMEN

Antecedentes: El proceso de enfermería (PE) es la herramienta metodológica que permite al profesional de enfermería brindar cuidados centrados en la persona; por lo que su conocimiento y aplicación a nivel hospitalario permite la evaluación del cuidado formal de enfermería. La autoeficacia es a la creencia que posee el profesional de enfermería para desempeñar las acciones necesarias para obtener los resultados deseados.

Objetivo: Comparar y analizar la relación existente entre el nivel de conocimientos y autoeficacia en los licenciados y especialistas de enfermería en la aplicación del PE en una institución de tercer nivel de atención.

Método: Estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo, muestra de 213 enfermeros, 181 licenciatura y 32 de especialidad, se aplicó una encuesta y se analizaron los datos mediante SPSS V.25 se utilizó de estadística descriptiva e inferencial, para la correlación de variables se utilizó Pearson y para comparación de los grupos t de student.

Resultados: se observó diferencia estadísticamente significativa en el promedio de conocimientos del PE en los grupos de estudios y en la autoeficacia, en la etapa de diagnóstico ($t: -2.986, gl\ 46, p= 0.005$), y de evaluación ($t: -2.029, gl\ 50, p= 0.048$), y en la autoeficacia en la dimensión de *Persuasión verbal* ($t= -2.364, gl = 211, p= 0.019$).

Conclusiones: Se tiene mayor conocimientos y autoeficacia del PE por parte de los enfermeros especialistas. No existe relación entre las variables de auto eficacia y conocimiento.

Palabras clave: Proceso de enfermería, autoeficacia para la aplicación del PE, conocimiento del proceso de enfermería

ABSTRACT

Background: The nursing process (EP) is the methodological tool that allows the nursing professional to provide person-centered care; therefore, its knowledge and application at the hospital level allows the evaluation of formal nursing care. Self-efficacy is the belief held by the nursing professional to perform the necessary actions to obtain the desired results.

Objective: To compare and analyze the relationship between the level of knowledge and self-efficacy of nursing graduates and specialists in the application of the EP in a third level of care institution.

Method: Observational, prospective, cross-sectional, comparative study, sample of 213 nurses, 181 undergraduate and 32 specialty nurses, a survey was applied, and data were analyzed using SPSS V.25, descriptive and inferential statistics were used, Pearson was used for correlation of variables and Student's t-test was used for comparison of groups.

Results: A statistically significant difference was observed in the average PE knowledge in the study groups and in self-efficacy, in the diagnosis stage ($t: -2.986, gl\ 46, p=: 0.005$), and evaluation ($t: -2.029, gl\ 50, p=: 0.048$), and in self-efficacy in the Verbal Persuasion dimension ($t= -2.364, gl = 211, p= 0.019$).

Conclusions: There is greater knowledge and self-efficacy of EP by specialist nurses. There is no relationship between the variables of self-efficacy and knowledge.

Key words: Nursing process, self-efficacy for the application of the EP, knowledge of the nursing process.

SÍNTESE

Antecedentes: O processo de enfermagem (EP) é a ferramenta metodológica que permite ao profissional de enfermagem prestar cuidados centrados na pessoa; portanto, o seu conhecimento e aplicação a nível hospitalar permite a avaliação dos cuidados de enfermagem formais. Auto-eficácia é a crença do profissional de enfermagem de realizar as acções necessárias para obter os resultados desejados.

Objectivo: Comparar e analisar a relação entre o nível de conhecimentos e a auto-eficácia dos licenciados e especialistas de enfermagem na aplicação do PE numa instituição de cuidados de terceiro nível.

Método: Estudo observacional, prospectivo, transversal, comparativo, amostra de 213 enfermeiros, 181 licenciados e 32 especialistas, foi aplicado um inquérito e os dados foram analisados usando SPSS V.25. Foram usadas estatísticas descritivas e inferenciais, Pearson foi usado para a correlação de variáveis e o teste t de Student foi usado para a comparação de grupos.

Resultados: Foram observadas diferenças estatisticamente significativas no conhecimento médio de EP nos grupos de estudo e na auto-eficácia, na fase de diagnóstico ($t: -2,986, gl\ 46, p=: 0,005$), e na avaliação ($t: -2,029, gl\ 50, p=: 0,048$), e na auto-eficácia na dimensão de Persuasão Verbal ($t= -2,364, gl = 211, p= 0,019$).

Conclusões: Há um maior conhecimento e auto-eficácia do PE por enfermeiros especializados. Não há relação entre as variáveis de auto-eficácia e de conhecimento.

Palavras-chave: Processo de enfermagem, auto-eficácia para a aplicação do PE, conhecimento do processo de enfermagem.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ABREVIATURAS	10
ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS	¡Error! Marcador no definido.
II. MARCO TEÓRICO.....	16
II.1 Antecedentes del proceso de enfermería	16
II.2 Etapas del proceso de enfermería	18
II.2.1 Valoración	18
II.2.3 Diagnóstico	20
II.2.4 Planificación	23
II.2.5 Ejecución	23
II.2.6 Evaluación	28
II.3 Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería	28
II.4 Teoría social cognitiva.....	29
II.4.1 Autoeficacia percibida	30
II.4.1.1 Modelaje vicario	31
II.4.1.2 Persuasión verbal	¡Error! Marcador no definido.
II.4.1.3 Trabajar sobre los éxitos	¡Error! Marcador no definido.
II.5 Perfil del profesionista en enfermería en México	32
II.5.1 Perfil del licenciado en enfermería	33
II.5.2 Perfil del profesional con especialización en enfermería	35
II.6 Revisión de la literatura	35
III PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	51
III.1 Importancia del estudio.....	53
III.2 Propósito	54
IV HIPÓTESIS	55
V OBJETIVO.....	56
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	57
VI.1 Población y diseño	57
VI.1.1 Criterios de inclusión	57
VI.1.2 Criterios de exclusión.....	57

VI.2 Variables	58
VI.2.1 Definición de variables.....	58
VI.2.2 Operacionalización de variables	58
VI.3 Procedimientos	60
VI.3.1 Para la recolección de datos	60
VI.3.3 Instrumento de medición.....	¡Error! Marcador no definido.
VI.4 Análisis estadístico	60
VI.5 Aspectos éticos y legales.....	61
VII RESULTADOS	62
Cuadro VII.1 características de la muestra por grupo académico ...	¡Error! Marcador no definido.
Cuadro VII.2 Proporción global de conocimientos del PE por nivel académico.....	64
Cuadro VII.3 Proporción de la etapa del concepto de valoración dividido por nivel académico	65
Cuadro VII.4. Proporción de la etapa de diagnóstico por nivel académico.....	66
Cuadro VII.5 Proporción de la variable planeación declarada por los profesionales, por nivel académico	67
Cuadro VII.6 Proporción de la etapa de ejecución, dividido por nivel académico	68
Cuadro VII.7 Proporción del concepto de evaluación dividido por nivel académico ..	69
Cuadro VII.8 Proporción de nivel de autoeficacia percibida para la aplicación del PE global por grupo académico.....	70
Cuadro VII.9 Proporción de autoeficacia percibida para la aplicación del PE, dimensión modelaje vicario por grupo académico	71
Cuadro VII.10 Autoeficacia percibida para la aplicación del PE en la dimensión de persuasión verbal y trabajar sobre los éxitos.....	72
Cuadro VII.11 Proporción de quien ayudó a los profesionales de enfermería a comprender mejor el PE dividido por nivel académico.....	73
Cuadro VII.12 Proporción de las dificultades que encuentran los profesionales de enfermería para la aplicación del PE en el área asistencial, dividido por grupo académico	74
Cuadro VII.14 Proporción de la aplicación del PE en la práctica asistencial por los profesionales de enfermería dividido por grupo académico.....	77
Cuadro VII.13 Comparación de medias de los profesionales de enfermería.....	78
Figura VII.1. Promedio y desviación estándar del conocimiento del PE y sus etapas por nivel académico	80

Figura VII 2 Comparación de media y desviación estándar de la autoeficacia percibida para la aplicación del PE por nivel académico	81
Cuadro VII 14. Comparación de medias (<i>t</i> de Student) por grupos de nivel de estudios, en la variable de autoeficacia percibida para la aplicación del PE y sus dos dimensiones (modelaje vicario y persuasión verbal)	82
VIII. Discusión y conclusiones.....	83
IX CONCLUSIÓN.....	86
X RECOMENDACIONES	87
XI. REFERENCIAS.....	88
XII. ANEXOS	99

ABREVIATURAS

P. E	Proceso de enfermería
P.A.E	Proceso de atención de enfermería
A.N.A	American Nurses Association
C.P.E	Comisión Permanente de Enfermería
S.S.A	Secretaria de Salud
N.I.C	Nursing Interventions Classification (por sus siglas en inglés),
C.I.E.	Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
N.O.C	Nursing Outcomes Classification (por sus siglas en inglés)
C.R.E	Clasificación de Resultados de Enfermería
D.E	Diagnóstico de Enfermería
C.B.E	Cuidados Basados en evidencia
N.N.N	Implementación conjunta de NANDA-I, NOC y NIC
ENEO	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
PUEE	Único de Especialización en Enfermería

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadro II.1	Métodos para la valoración de enfermería.....	20
Cuadro II.2	Tipos de diagnóstico y sus elementos.....	23
Cuadro II.3	Tipos de planes de cuidados.....	24
Cuadro II.4	Tipos de planificación dependiendo el momento de la atención....	26
Cuadro II.5	Clasificación de intervenciones de enfermería.....	26
Cuadro II.6	Fuentes principales de autoeficacia.....	32
Cuadro II.7	Estudios relacionados con el conocimiento y significado del PE en profesionales de enfermería.....	35
Cuadro II.8	Estudios sobre la evaluación de conocimientos del PE y su actuar	38
Cuadro II.9	Estudios relacionados a conocimiento PE en alumnos.....	40
Cuadro II.10	Estudios sobre la relevancia y aplicación del PE.....	41
Cuadro II.11	Estudios que midieron el nivel de conocimiento y autoeficacia percibida para la aplicación del PAE en el área de clínica.....	43
Cuadro II.12	Estudios sobre factores que intervienen en la aplicación del PE...	45
Cuadro II.13	Estudios relacionados con la percepción de la autoeficacia en enfermería para aplicar el PE.....	47
Cuadro II.14	Estudios relacionados con la calidad de atención y la aplicación del PE.....	49
Cuadro VI.2.1	Variable independiente: conocimiento del PE.....	58
Cuadro VI.2.2	Variable dependiente: Autoeficacia percibida	59
Cuadro VII.1	Características sociodemográficas de la población por grupo de estudio.....	63
Cuadro VII.2	Proporción global de conocimientos del PE por nivel académico	64
Cuadro VII.3	Proporción de la etapa del concepto de valoración dividido por nivel académico.....	65

Cuadro VII.4	Proporción de la etapa de diagnóstico por nivel académico.....	66
Cuadro VII.5	Proporción de la variable planeación declarada por los profesionales, por nivel académico.....	67
Cuadro VII.6	Proporción de la etapa de ejecución, dividido por nivel académico.....	68
Cuadro VII.7	Proporción del concepto de evaluación dividido por nivel académico.....	69
Cuadro VII.8	Proporción de nivel de autoeficacia percibida para la aplicación del PE global por grupo académico.....	70
Cuadro VII.9	Proporción de autoeficacia percibida para la aplicación del PE, dimensión modelaje vicario por grupo académico.....	71
Cuadro VII.10	Autoeficacia percibida para la aplicación del PE en la dimensión de persuasión verbal y trabajar sobre los éxitos.....	72
Cuadro VII.11	Proporción de quien ayudó a los profesionales de enfermería a comprender mejor el PE dividido por nivel académico.....	73
Cuadro VII.12	Proporción de las dificultades que encuentran los profesionales de enfermería para la aplicación del PE en el área asistencial, dividido por grupo académico.....	74
Cuadro VII.13	Proporción de los beneficios de la aplicación del PE mencionados por los profesionales de enfermería en la práctica asistencial, divididos por nivel académico.....	75
Cuadro VII.14	Estrategia que ha resultado más eficaz para el aprendizaje del PE de los profesionales de enfermería en el área asistencial.....	76
Cuadro VII.15	Proporción de la aplicación del PE en la práctica asistencial por los profesionales de enfermería dividido por grupo académico....	77
Cuadro VII.16	Comparación de medias de los profesionales de enfermería.....	78
Cuadro VII.17	Comparación de medias (<i>t</i> de Student) por grupos de nivel de estudios, en la variable de autoeficacia percibida para la aplicación del PE y sus dos dimensiones (modelaje vicario y persuasión verbal).....	82

Figura II.1	Etapas del proceso enfermero.....	18
Figura II.2	Esquema del modelo del cuidado de enfermería integrado con elementos y herramientas.....	21
Figura II.3	NANDA-I, NIC, NOC: uso en las seis fases del Proceso Enfermero.....	24
Figura II.4	Etapas para la planeación.....	25
Figura II.5	Consideraciones para la selección de una intervención de enfermería.....	27
Figura II.6	Causación triádica recíproca.....	30
Figura II.7	Fuente de autoeficacia percibida.....	31
Figura II.8	Nivel académico alcanzado en el ámbito de la enfermería	33
Figura II.9	Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración.....	34
Figura VII.1	Promedio y desviación estándar del conocimiento del PE y sus etapas por nivel académico.....	80
Figura VII.2	Comparación de medias (<i>t</i> de Student) por grupos de nivel de estudios, en la variable de autoeficacia percibida para la aplicación del PE y sus dos dimensiones (modelaje vicario y persuasión verbal)	81

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) —que para este trabajo se llamara proceso de enfermería (PE), debido a que el término de atención está implícito dentro del concepto— es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico desarrollado por un profesional de enfermería, el cual consta de una serie de pasos ordenados para proveer cuidado; está compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, y forma parte importante de la estructura disciplinar de enfermería.

La teoría de la autoeficacia percibida propuesta por el Albert Bandura, impulsor del enfoque sociocognitivo de la personalidad, sostiene que el logro de la ejecución, es decir, el hecho de lograr algo, depende de situaciones personales, de la experiencia vicaria (observación del éxito o fracaso de su ejecución), del reforzamiento verbal, factores que inciden en la capacidad que las personas poseen para realizar cierta tarea, en este caso, el proceso de enfermería.

En nuestro país, el profesional de enfermería ha ido incrementando su nivel académico paulatinamente, desde nivel licenciatura hasta acreditar la maestría y el doctorado. A pesar de que el ámbito laboral en que se desarrolla es diverso, la mayoría de los profesionales de la enfermería se encuentran concentrados en el sistema de salud, el ámbito hospitalario, en prácticas asistenciales directas a las personas; en específico, las enfermeras con nivel de licenciatura y con especialidad en un hospital de tercer nivel de atención tienen características, atributos y responsabilidades acordes con su nivel de dominio, grado de conocimientos, juicio crítico y nivel de competencias formativas, entre las cuales se encuentra la implementación del PE en su práctica diaria para poder justificar y evidenciar los cuidados brindados y evaluar así la calidad del cuidado como organización sanitaria.

Es por ello que se identificó la necesidad de realizar un estudio de tipo cuantitativo, comparativo y correlacional en un hospital de tercer nivel de atención, con la finalidad de comparar y asociar las variables de conocimiento y autoeficacia implicadas en la aplicación del PE en dos grupos de distinto nivel académico: licenciatura y especialistas (posgrado), y poder identificar si hay alguna diferencia en el conocimiento y en la autoeficacia para aplicar el PE; así también, se busca observar su nivel de aplicación y las estrategias de aprendizaje que les permitan implementar esta metodología durante toda su práctica asistencial para

brindar una atención centrada en el paciente, organizada, que contenga un lenguaje técnico y universal aceptado internacionalmente, con base en evidencia médica, y que sea objetiva (con resultados medibles) acerca de los cuidados brindados.

La relevancia de este estudio recae en que brinda información sobre los conocimientos y la autoeficacia de los profesionales de enfermería para la aplicación del PE, lo que permite plantear estrategias de aprendizaje delimitadas por modelos y poder incidir en la autoeficacia para aplicar el PE en las áreas de asistenciales institucionales, a pesar de las dificultades que se presenten.

II. MARCO TEÓRICO

II.1 Antecedentes del proceso de enfermería

El proceso de atención de enfermería (PE) es el resultado de esfuerzos iniciados a mediados del siglo XX. El proceso implica el uso del método científico como método sistemático para justificar las actividades de cuidado para mejorar el cuidado prestado.¹ Primero, Hall en 1955 definió la enfermería como el proceso de cuidar a las personas, pronuncia una conferencia sobre la calidad en la asistencia sanitaria y concluyó que la “asistencia sanitaria es un proceso”, por tanto, el proceso de enfermería podría utilizarse para evaluar el grado de calidad de la atención al paciente.²

Posteriormente surgió Orlando, en los años sesenta, presentó un trabajo sobre el proceso de enfermería y sus etapas, al que denominó el *proceso de la asistencia sanitaria* y comienzan a delinear los pasos específicos del proceso.^{3,4,5,6}

En 1966, Lois Knowes presentó la descripción de un modelo que contenía las actividades que constituyen el cometido de los profesionales de enfermería y sugirió que el éxito profesional depende de su pericia para desarrollar las siguientes actividades en relación con el paciente: descubrir información, investigar en diversas fuentes para obtener sus datos, decidir cuál es la mejor forma de abordar su problema; posteriormente, habría que ejecutar el plan que ha concebido y por último discriminar o dar prioridad a los problemas o necesidades del paciente. Estas cinco fases fueron determinantes para la conformación actual del proceso de enfermería.⁷

En 1967, un comité norteamericano definió el proceso de enfermería como “la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación”. En ese mismo año, un grupo de profesores identificó las siguientes fases del proceso de enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación.⁸

El PE es el método empleado por los profesionales de enfermería (licenciados y/o con posgrado) que sirve para planificar y llevar a cabo la asistencia de enfermería. Consta de cinco fases: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, aplicación y evaluación. Es

útil para cubrir las necesidades del paciente, es un proceso evolutivo. Cambia a medida que lo hacen las necesidades del paciente, es un proceso de pensamiento crítico en cinco pasos que utilizan los profesionales de enfermería para aplicar las mejores evidencias disponibles a sus cuidados y promover las funciones humanas y las respuestas a la salud y la enfermedad.⁷

El plan de cuidados de enfermería es una guía escrita sobre los cuidados que debe recibir un paciente, contiene los diagnósticos de enfermería, los objetivos y las medidas a implementar para cada objeto. Se trata de una herramienta de comunicación, ayuda también a favorecer la continuidad de los cuidados y se debe encontrar en el expediente clínico como evidencia de la actuación de enfermería.⁹

Es el método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica de enfermería, es decir El método (modo ordenado de proceder para un fin determinado) de intervención de enfermería tiene la finalidad de provocar un cambio en un objeto particular: el paciente/cliente/familia/y comunidad.^{10, 11, 12}

II.2 Etapas del proceso de enfermería

El proceso de enfermería es el método de intervención y de organización de trabajo que permite la identificación, la prevención, y el tratamiento de problemas de salud existentes o de riesgo, para así implementar y documentar formalmente cuidados de enfermería centrados en el paciente basado en las fortalezas, valores y creencias de cada persona para poder promover la salud. En el PE se deben de aplicar conocimientos, aptitudes de pensamiento crítico, habilidades interpersonales para poder establecer la toma de decisiones .^{13,14}

Este proceso consta de cinco etapas que utilizan los profesionales de enfermería para aplicar las mejores evidencias disponibles a los cuidados brindados. ^{15,16}

Figura II.1 Etapas del proceso enfermero



Fuente: Berman (2008)¹⁷

II.2.1 Valoración

El proceso de valoración implica la obtención de información acerca del paciente para determinar su estado de salud y estado funcional actual y anterior, para conocer sus patrones de afrontamiento actuales. A través de la historia de enfermería, la obtención de la información de manera directa (paciente) o indirecta (familiares) incluidos los antecedentes familiares. Es necesario que se realiza de manera inicial (al ingreso del paciente) y de manera continua, tan frecuentemente como sea necesaria dependiendo la evolución del paciente.¹⁷

Involucra la revisión de los antecedentes clínicos, al igual que las pruebas analíticas y de gabinete, así como los antiguos historiales, revisar la terapia médica y la identificación de riesgo de infección, factores estresantes y/o emocionales; de manera paralela, se requiere

realizar una detallada exploración física, observación e inspección del paciente mediante una entrevista en donde se obtendrán los datos objetivos y subjetivos, que brindará los datos necesarios para poder realizar el diagnóstico enfermero, existen varios métodos de valoración de enfermería.¹⁸

La comisión permanente de enfermería (CPE) que es un órgano colegiado de la secretaria de salud (SSA) que tiene como finalidad el guiar y analizar las actividades en materia de la profesión de enfermería para contribuir en la mejora de la calidad de los servicios de salud y la adecuada regulación formación, desarrollo y superación del personal de enfermería, en el año 2018 desarrollo un “modelo de cuidados de enfermería” en esta destaca los elementos del modelo son el metaparadigma de enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Plan de cuidados de enfermería (PLACE) y las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPCE); para realizar la valoración se puede o no utilizar un marco conceptual teórico de enfermería (Cuadro II.1).¹⁹

La utilización de las tres taxonomías y lenguaje estandarizado reconocidas por la *American Nurses Association* (ANA): los diagnósticos enfermeros desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) internacional, la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC) se utiliza como herramienta para planear los resultados esperados, mediante escalas de medición y la puntuación diana en la evaluación de resultados esperados y obtenidos.¹⁹ (Figura II.2)

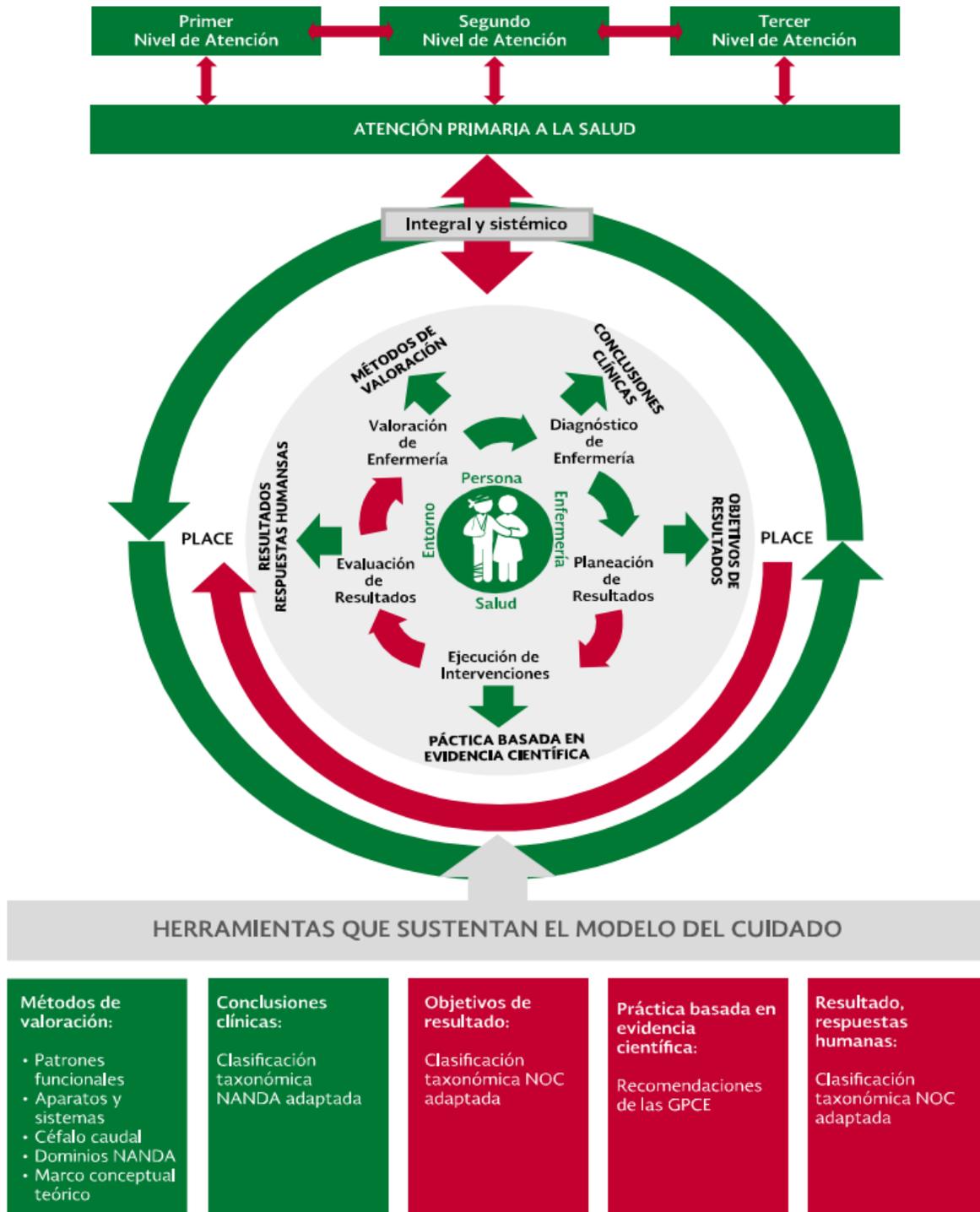
Cuadro II.1. Métodos para la valoración de enfermería

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal	Dominios de NANDA	Marco conceptual
1. Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad-ejercicio 5. Reposo-sueño 6. Cognitivo perceptual 7. Auto percepción- auto concepto 8. Rol-relaciones 9. Sexualidad-reproducción 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés 11. Valores-creencias	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Respiratorio • Gastrointestinal • Neurológico • Genitourinario • Musculo esquelético • Piel y mucosas • Miembros inferiores y superiores. 	Orden lógico de cabeza a pies: <ul style="list-style-type: none"> • Piel, pelo y uñas • Cabeza • Ojos • Oídos • Boca y garganta • Tórax y pulmones • Corazón y vasos • Tracto gastrointestinal • Aparato genitourinario • Musculo esquelético • Neurológico • Miembros inferiores y superiores. 	1. Promoción de la salud 2. Nutrición 3. Eliminación e intercambio 4. Actividad/reposo 5. Percepción/cognición 6. Auto percepción 7. Rol/relaciones 8. Sexualidad 9. Afrontamiento/ tolerancia al estrés 10. Principios vitales 11. Seguridad/ protección 12. Confort 13. Conocimiento/ Desarrollo	Dorothea E. Orem Virginia Henderson Sor Callista Roy, Entre otros.

Fuente: S.S (2018) ¹⁹

La relevancia del uso del PE es que forma parte del modelo de atención del cuidado en todos los niveles de atención del sistema nacional de salud en México. ¹⁹ (figura II.2)

Figura II.2 Esquema del modelo del cuidado de enfermería integrado con elementos y herramientas.



Fuente: Secretaría de salud (2018)¹⁹

II.2.3 Diagnóstico enfermero

El diagnóstico de enfermería (DE) posibilita la homogeneización y normalización del lenguaje o vocabulario enfermero y permite alcanzar el pensamiento clínico. En esta etapa del PE se puede comparar y evaluar la efectividad de los cuidados, su actualización permite avanzar en el conocimiento, facilita las intervenciones de enfermería, favorece a la intercomunicación, el registro de los datos y la continuidad de los cuidados de enfermería y no menos importante brindar cuidados basados en evidencia (CBE).²⁰

En esta etapa se llega a las conclusiones clínicas y se utiliza la información obtenida en la valoración para realizar un diagnóstico de enfermería, que describa el problema de salud real o potencial para tratarse mediante la actuación de enfermería. La NANDA define al Diagnóstico de Enfermería como “*«juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería que permiten alcanzar los resultados de los cuales el profesional enfermero es responsable»*”.^{21,22}

Los diagnósticos de enfermería describen las necesidades o patrones funcionales reales y potenciales (riesgo de presentarse), de promoción de la salud. Lo que constituye un diagnóstico NANDA-I real son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados (causales o asociados). Los elementos de un diagnóstico de riesgo, según establecen las directrices de NANDA-I, son la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados. Los elementos de un diagnóstico de promoción de la salud son la etiqueta, la definición y las características definitorias. Una excepción es la *disposición para mejorar la resiliencia*, que también incluye los factores relacionados.^{23,24}

Cuadro II.2 Tipos de diagnóstico y sus elementos

Diagnóstico real

- P – Problema (etiqueta diagnóstica)
- E – Etiología (Factores relacionados)
- S – Sintomatología (características definitorias)

Diagnóstico potencial o de riesgo

- P – Problema (etiqueta diagnóstica)
- E – Etiología, causas (Factores relacionados)

Diagnóstico de salud

- P – Problema (etiqueta diagnóstica)
- S – Sintomatología (características definitorias)

Fuente: Secretaría de Salud (2018) ¹⁹

II.2.4 Planificación

En la etapa de planificación se documentan la estructura de las estrategias a implementar que se identificaron en los diagnósticos, es en donde se priorizan los cuidados de enfermería, describen los objetivos que se esperan alcanzar, así como también las intervenciones, las herramientas a utilizar son: NANDA-I, NOC, NIC, (NNN). ^{22, 23,24} Ver figura II.3

Figura II.3 NANDA-I, NIC, NOC: uso en las seis fases del Proceso Enfermero



Fuente: *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos 2012.* ²³

Los tipos de planes de cuidados de enfermería se pueden clasificar por individualizado, estandarizado, estandarizado con modificaciones y computarizado. Cuadro II.3

Cuadro II.3 Tipos de planes de cuidados

Individualizado	Estandarizado	Estandarizado con modificaciones	Computarizado
Es un plan de cuidados centrado en un paciente en concreto, permite la individualización de objetivos y acciones.	Son planes de cuidados previamente establecidos, donde ya contiene que hacer y cómo actuar de acuerdo a la enfermedad o diagnóstico en	Permite modificación del plan de cuidados estandarizado, individualizar y adecuar el plan y las acciones de enfermería.	la Son planes de cuidados estandarizados o modificados, en sistemas informáticos.

concreto.
enfermedades
normales o
previsibles.

Fuente: Secretaría de Salud (2018)¹⁹

El proceso para realizar una planeación es primeramente plantearse los objetivos, jerarquizar los diagnósticos, el establecimiento de las intervenciones de enfermería y su documentación.²³ Ver Figura II.3

Figura II.4 etapas para la planeación



Fuente: Johnson et. al (2012)²³

La planificación de intervenciones de enfermería se hace en tres momentos importantes, al ingreso del paciente, al inicio o cambio de turno y/o del estado de salud del paciente, y finalmente una vez que el paciente está dado de alta hospitalaria.

Cuadro II.4 Los tipos de planificación dependiendo el momento de la atención

Plan inicial	Plan en curso	Plan alta
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones a realizar al ingreso del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades a implementar al inicio/cambio del turno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades a implementar después del alta

Fuente: Aragón. Et. al (2020)²⁴

II.2.5 Implementación

Son las intervenciones, actividades, acciones de enfermería y su definición es: *“Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”*. La clasificación de intervenciones se divide en dependientes, independientes, interdependientes, y pueden ser también directas o indirectas al paciente, familia o comunidad.²⁴ Cuadro II.5

Es la aplicación o puesta en práctica de las medidas contenidas en el plan de cuidados de enfermería; la enfermera profesional aplica los cuidados que estén dentro de los límites legales de su actividad y su trabajo. Herramientas recomendadas son las Guías de Práctica Clínica de enfermería (GPCE) como médicas, debido a que se basan en Enfermería basadas en Evidencia (EBE) y así el cuidado se Practica Basada en Evidencia. (PBE).¹⁹

Cuadro II.5 Clasificación de intervenciones de enfermería.

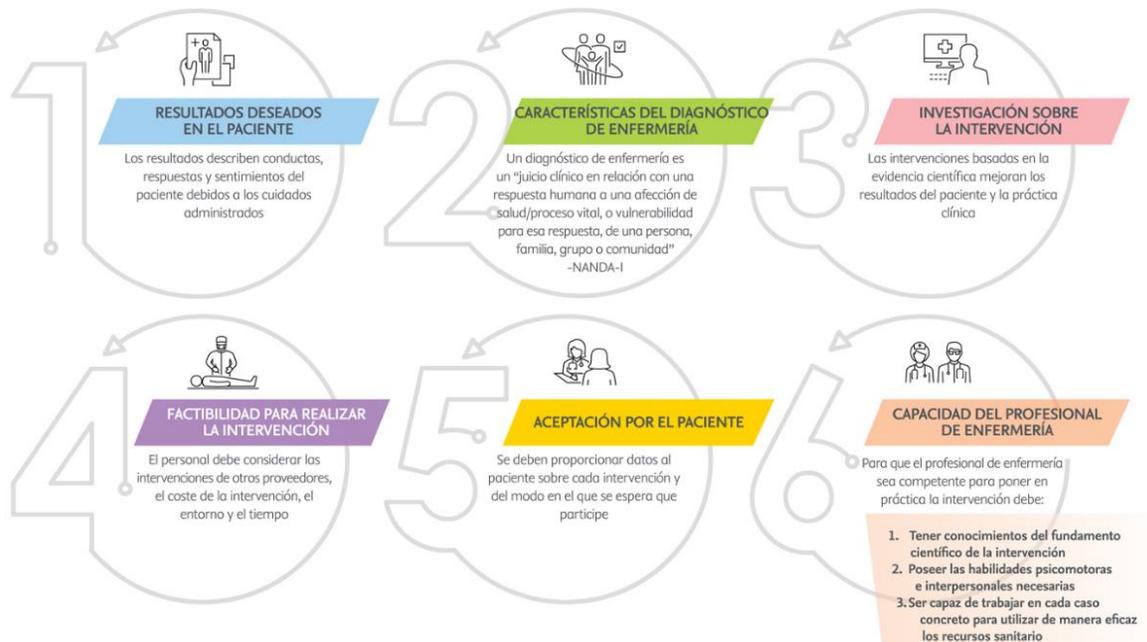
Intervenciones dependientes	Intervenciones autónomas o independientes	Intervenciones o colaborativas o interdependientes	Intervenciones o directas	Intervenciones indirectas
Son las intervenciones de las indicaciones médicas, señalan	Son las actividades realizadas por el profesional	Son las acciones de enfermería que se llevan en conjunto	Son las intervenciones que van dirigidas a directamente	Son las intervenciones sin el paciente, pero que

la manera en que se lleva a cabo la actuación médica. enfermería, legalmente autorizadas que no requieren prescripción médica previa y permita adquirir el resultado esperado. colaboración con paciente/familia/c omunidad. el equipo de salud. influyen en el entorno y la colaboración es con otros profesionales.

Fuente: Secretaría de salud (2018)¹⁹

Para la implementación de intervenciones de enfermería se deben de considerar, varios factores como los resultados esperados, las características del diagnóstico de enfermería, las investigaciones sobre la intervención, que tan factible es la intervención a realizar, aceptación o autorización por el paciente, y la capacidad del profesional de enfermería. Ver figura II.5

Figura II.5 Consideraciones para la selección de una intervención de enfermería



Fuente: Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 6ª ed.²⁵

II.2.6 Evaluación

La evaluación tiene que ver con medir los resultados obtenidos, implica decidir si se han alcanzado los objetivos descritos en el apartado de la planificación. También se evalúa el progreso. La información es recogida en la valoración y de acuerdo con esta evaluación, sea efectiva o no, se pueden alterar los diagnósticos de enfermería, los objetivos y el plan asistencial.^{25,26}

Se tiene que comparar las condiciones de salud del paciente/familia/comunidad a partir de la puntuación diana basal que fue otorgada en la valoración y considerar los indicadores planteados en la etapa de planeación, ya que en la evaluación se determinará la mejoría o deterioro del paciente y si las intervenciones de enfermería fueron efectivas. Si así es, se continuará con el plan, si no existe diferencia, se mantiene o empeoran las condiciones de salud de la persona/familia o comunidad se tiene que hacer una reconversión o modificación del plan de cuidados.²⁷

La evaluación se debe de llevar a cabo constantemente, en busca de el reajustar el plan de cuidados de acuerdo a la evolución del paciente.

II.3 Beneficios de la aplicación del proceso de enfermería

Beneficios de la aplicación del PE en las en las Instituciones de salud

Mediante el uso del PE, el cuidado enfermero no sólo mostrará la especificidad de esta disciplina, sino que además favorecerá la generación de una documentación consistente en los entornos asistenciales, cumpliendo con la normatividad de los registros clínicos en la hoja de enfermería registrando sus acciones derivadas del PE.^{28,29}

La utilización del PE permite planificar el cuidado, la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible para los cuidados lo cual permite evaluar no solo la calidad asistencial al individuo/familia o comunidad, los planes de enfermería también forma parte de los indicadores de procesos, lo que permite mejorar la calidad y la seguridad de los cuidados de enfermería.^{30,31,32}

Beneficios del PE para el profesional de **enfermería**

Por medio del PE es posible identificar el contenido esencial de la disciplina, además de proporcionar una forma de organizar y estructurar los conocimientos de enfermería, la planificación de cuidados y la toma de decisiones clínicas.³³

El proceso de enfermería utiliza un lenguaje estandarizado aceptado internacionalmente que permite diseñar los cuidados enfermeros de forma que concuerden con las necesidades propias de cada paciente y población, a partir del conocimiento y la comprensión de la situación específica de cada paciente, de la interpretación precisa de la información y los datos de la valoración.³⁴

Además de permitir las acciones autónomas, permite al razonamiento crítico, ya que las habilidades que las enfermeras deben poseer para utilizar el PE son intelectuales, interpersonales y técnicas. Las capacidades intelectuales implican la solución de problemas, pensamiento crítico y el establecimiento de juicios de enfermería.³⁵

El PE contribuye a la generación de conocimiento debido a que se estudian las intervenciones y la práctica de enfermería, y así se asegura de que beneficia a pacientes y mejora la recuperación de su enfermedad ya mejoran que los resultados esperados de la persona/familia/comunidad y también su práctica clínica porque implementan intervenciones basadas en evidencia científica, contribuye también a la medición constante la respuesta de los pacientes a las intervenciones de enfermería³⁶

Beneficios del proceso de enfermería para el paciente

Permite mejorar la calidad de los cuidados ya que contribuye a la seguridad del paciente a través de la implementación de sistemas de mejoramiento para la administración del cuidado al paciente y para elevar la calidad de cuidados de enfermería, así como las intervenciones que demostraron ser efectivas para influenciar la salud.^{37,38,39}

También la aplicación del PE estimula la responsabilidad sobre la aplicación y el dominio de las reglas, estándares o disciplinas significativas para el cuidado.⁴⁰

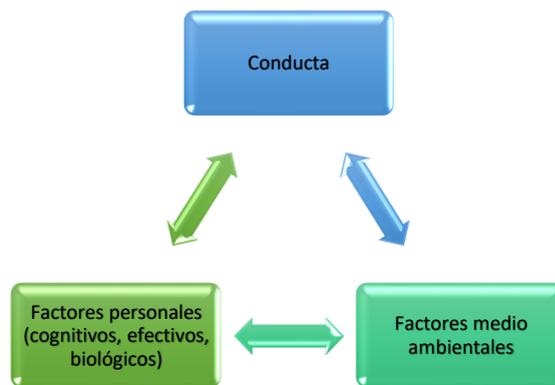
II.4 Teoría social cognitiva

Albert Bandura, psicólogo ucraniano-canadiense, elabora en 1986 la teoría social cognitiva en donde explica la motivación y la conducta humana, y define la autoeficacia percibida

como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” como regulador humano en tres fases.⁴¹

Bandura establece una relación importante entre el entorno social (factores ambientales), factores personales y la conducta, llamada causación triádica recíproca en donde existe una triangulación dinámica entre estos tres elementos.⁴² Ver fig.II.6

Figura II.6 Causación triádica recíproca.



Fuente: Bandura (1987)⁴²

Su teoría tiene como fundamento el constructo de autoeficacia que se define como “las creencias en las capacidades organizar y ejecutar las fuentes de acción requeridas para manejar prospectivamente situación” “es un grupo diferenciado de creencias enlazadas en distintos dominios de funcionamiento, con respecto a: la autorregulación del proceso de pensamiento, la motivación y los aspectos afectivos y fisiológicos”.⁴³

El término autoeficacia se puede definir como “los juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”^{44,45}

II.4.1 Autoeficacia percibida

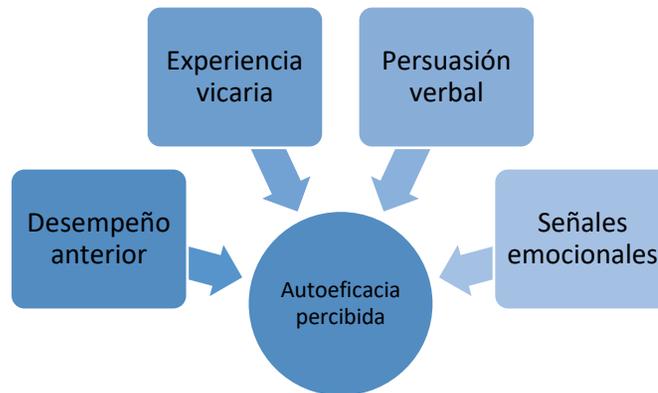
Para Bandura, las creencias que la persona tiene sobre su propia eficacia proceden de cuatro fuentes: los logros alcanzados en la ejecución, la experiencia vicaria proporcionada por

modelos sociales, la persuasión verbal o comunicación persuasiva y el conocimiento que el sujeto tiene de su estado fisiológico. La historia personal de éxitos y fracasos son la principal fuente de conocimiento de nuestra eficiencia. Desde un punto de vista motivacional, la autoeficacia se convierte en un importante factor que influye en la autorregulación de la conducta, la motivación humana se genera cognitivamente mediante la anticipación de las metas que van a ser alcanzadas.^{46,47}

A mayor autoeficacia percibida se tiene mayor capacidad de esfuerzo, mayor persistencia, compromiso para alcanzar los objetivos deseados a pesar de tener múltiples adversidades, que te tendrán mayor motivación, en comparación a los que tienen menos.^{48,49}

Bandura ha identificado cuatro fuentes principales de autoeficacia: desempeño anterior, experiencia indirecta (Vicaria), persuasión verbal y señales emocionales. Estas cuatro fuentes de autoeficacia.⁵⁰ Ver fig.II.7

Figura II. 7 Fuente de autoeficacia percibida



Fuente: Lunenburg (2011)⁵⁰

La experiencia vicaria es aquella que nos permite aprender mediante la observación de los comportamientos de los otros y puede ser proporcionada por modelos sociales, es decir, que mediante la observación directa de modelos que tienen éxito, incitan o animan a la imitación de las personas para obtener también resultados positivos al seguir su ejemplo.^{51,52,53,54}

Cuadro II.6 fuentes principales de autoeficacia

Desempeño pasado	Experiencia vicaria	Persuasión verbal	Señales emocionales
Es la experiencia vivida anteriormente, si a menudo ha alcanzado éxitos o fracasos, toda su experiencia se refleja en una mayor o menor autoeficacia, respectivamente.	Aprendizaje por modelos. Ver a un compañero de trabajo tener éxito en una tarea particular puede aumentar su autoeficacia.	Es convencer a las personas de que tienen la capacidad de tener éxito en una tarea en particular, influencia del líder en la organización.	las reacciones fisiológicas y emocionales que conllevan ciertas situaciones, por ejemplo, el estrés produce taquicardia, hipertensión y sudoración como resultado de la inseguridad de poder efectuar alguna tarea.

Fuente: Lunenburg (2011)⁵⁰, Piergiovanni (2018)⁵⁵

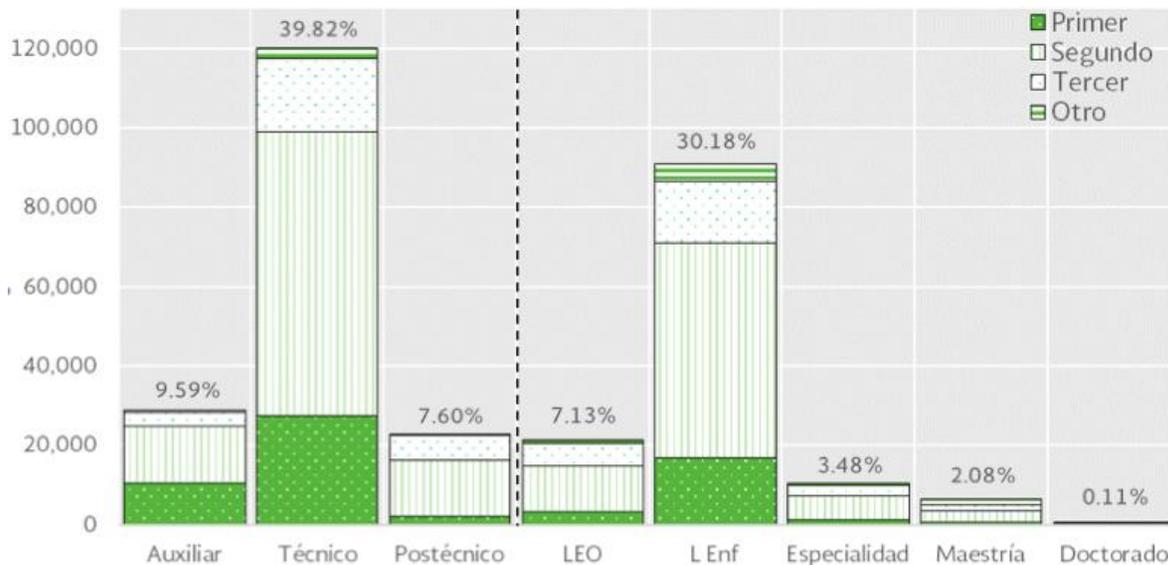
II.5 Perfil del profesionista en enfermería en México

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que “la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.⁵⁶

En todo el mundo, el personal de enfermería es el grupo más numeroso en el sector salud, ya que representa aproximadamente 59% de quienes integran las profesiones sanitarias. De los cuales el 69% son enfermeros profesionales, y 22% de auxiliares de enfermería y 9% no profesionales.^{56,57,58}

En México, el nivel académico del ámbito de la enfermería se divide en: el 40% son de nivel técnico, 7% cuentan con licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO), y 30% acreditan la licenciatura en Enfermería (LE).⁵⁹ ver figura II.8

Figura II. 8 Nivel académico alcanzado en el ámbito de la enfermería.



Fuente: Secretaría de salud.⁵⁹

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ha sido líder en el desarrollo y ha contribuido en gran manera a la formación del profesional de enfermería, mediante planes de estudios y programas para nivel licenciatura y para especialización de posgrado, se ha consolidado en la institución más importante del país ya que colabora a nivel internacional con la OPS/OMS en el desarrollo de la enfermería profesional.^{59,60,61}

II.5.1 Perfil del licenciado en enfermería

El egresado de la licenciatura en Enfermería debe de contar con las competencias y el profesionalismo así también con actitudes, aptitudes, conocimientos teóricos, técnicos científicos y filosóficos (modelos y teorías de enfermería) que son relevantes para el profesional de enfermería con capacidades para poder ejercer la práctica ya sea de manera independiente y autónoma en instituciones públicas o privadas, en hogares, comunidades en cualquiera de los niveles de atención ya sea en la práctica asistencial, docente, de investigación o asesoría, destacándose por su capacidad para el cuidado holístico centrado en el individuo, la familia o la comunidad.^{62,63,64}

El PE que se encuentra dentro del plan de estudio de la carrera de enfermería, y desde el principio a el fin de esta, se implementa y se le da el énfasis como herramienta primordial del cuidado de enfermería, se enseña con todo lo implícito que conlleva esta metodología que es el pensamiento crítico para la toma de decisiones. Ver fig II.9

Figura II.9 Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración



Fuente: Potter (2019)⁹

Las características en las actividades desempeñan los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario son de prevención, promoción a la salud, y de rehabilitación a la salud, es un líder para trabajar en las instituciones de salud de cualquier nivel de atención, observando las problemáticas de los servicios e implementando proyectos de mejora continua en los procesos, en las estructuras y resultado de la atención y así contribuye a la gestión del cuidado, en la práctica asistencial brindan C.B.E, ya que está capacitado para implementar intervenciones de enfermería de manera sistemática y organizada en un plan de cuidados de enfermería mediante el PE ⁶⁵.

II.5.2 Perfil del profesional con especialización en enfermería

En México a través ENEO-UNAM y de su División de Estudios de Posgrado ofrece una sólida formación de especialización mediante el Plan Único de Especialización en Enfermería (PUEE) que tiene como propósito la formación profesional de enfermeras especialistas en diversos campos de conocimiento, que tengan los conocimientos teóricos y metodológicos que contribuyan a su desarrollo profesional para interactuar con un equipo multiprofesional, de acuerdo al marco ético y legal de la profesión brindar intervenciones especializadas con tecnologías disponibles utilizando el PE a las persona/familia/comunidad, en áreas asistenciales, prevención y promoción a la salud así también en la rehabilitación de manera autónoma, en instituciones públicas, o privadas en cualquier nivel de atención o en las comunidades, para su desempeño se requiere de documentos que acrediten poseer los conocimientos y aptitudes para ejercer la profesión y contar con órgano regulador que conduzca, analiza, las acciones y actividades que le competen a el profesional de enfermería, en México es la CPE.^{66,67}

II.6 Revisión de la literatura

Cuadro II.7 Estudios relacionados con el conocimiento y significado del PE en profesionales de enfermería

Autor, año, país.	Objetivo	Hallazgos	Conclusiones
Escobar-Castellanos B, Valenzuela DA, Diaz YS. (2021) ⁶⁸ País: México	Identificar el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre la aplicación del proceso de enfermería en	El puntaje de conocimientos fue medio (6 a 8 aciertos), la definición del PE (83%) y definición de PLACE (71%), el 49% conoce la utilización del PE en la rama de enfermería. La etapa de valoración es la que más desarrolla, las etapas subsecuentes carecen de referencias que lo	El profesional de enfermería cuenta elementos teóricos metodológicos, es necesario establecer estrategias para identificar factores que

	un hospital de segundo nivel.	respalde, por tanto, falta de evidencia de una práctica fundamentada.	limiten la aplicación del PE.
Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. (2013) ⁶⁹ País: Cuba	Argumentar el contenido sobre el proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente.	El PAE tiene base teórica, permite al profesional plantear, organizar, las acciones de enfermería guiadas por objetivos.	Es PAE es una herramienta metodológica, que ha contribuido a la comprensión y adaptación de la integración docencia-asistencia. Beneficia al paciente, a los profesionales y a la calidad de la atención.
Sánchez JR, Aguayo CP, Galdames LG. (2017) ⁷⁰ Chile	Identificar orígenes de la teoría crítica y su relación con el conocimiento de la práctica profesional de enfermería, para el cuidado reflexivo y emancipador.	Conclusiones	
		El conocimiento del profesional de enfermería tiene relación con la teoría crítica ya que ofrece fundamentos filosóficos para las disciplinas sociales y humanas como enfermería.	
Miranda-Limachi	Comprender el significado del	Emergieron cinco categorías: 1) Cuidado	El fenómeno central es el PAE,

<p>KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. (2019)⁷¹ Perú</p>	<p>PAE que tienen los estudiantes del último curso de Enfermería.</p>	<p>enfermero utilizando el PAE desde el inicio de su formación (Condición causal); 2) Satisfacción o insatisfacción al dar cuidado con el PAE (Contexto); 3) PAE como herramienta de investigación en formación profesional (Condiciones Intervinientes); 4) Dificultades en la aplicación del PAE en el cotidiano de los profesionales (Estrategias de Acción/ Interacción) y 5) Mejora de la práctica al dar cuidado con PAE (Consecuencias).</p>	<p>instrumento que guía el cuidado de enfermería para brindar a las personas atención integral y con fundamento en evidencia científica; a partir de la experiencia profesional con una proyección positiva al campo laboral, no exenta de limitaciones en su aplicación en el campo hospitalario.</p>
<p>Solano AL. (2020)⁷² Costa Rica</p>	<p>Describir la experiencia docente al implementar una estrategia didáctica innovadora para promover el fortalecimiento de la empatía en un escenario</p>	<p>Aunque el estudiantado tuvo dificultades para implementar intervenciones relacionadas con estilo de vida en sí mismos, la estrategia didáctica les ayudó a experimentar en su propia vida lo que trabajan con los usuarios en relación a cambios de comportamientos en salud.</p>	<p>La apropiación del proceso de enfermería por parte de los estudiantes para cuidar de sí mismos se sugiere como una estrategia de fomentar actitudes vitales para brindar un</p>

	laboral a través de la autoconsciencia del estudiantado en un curso avanzado de grado.		cuidado humanizado de enfermería como la empatía.
--	--	--	---

Cuadro II.8 Estudios sobre la evaluación de conocimientos del PE y su actuar

Autor, año, país	Objetivo	Hallazgos	Conclusiones
Pérez Met al. (2016). Cuba.⁷³	Evaluar el nivel de conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería. 122 enfermeras/os	Se encontró que 52% valora la utilidad del proceso, 71% recibió información de los docentes y 25% obtuvo un buen nivel de conocimientos. El nivel de conocimiento fue regular para 65% de la muestra.	El nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara es adecuado, pero mejorable, principalmente en la identificación de las necesidades que afectan a los pacientes y en la formulación de los diagnósticos de enfermería.
Lores G y Berenguer M (2011). Cuba.⁷⁴	Evaluar su modo de actuación profesional mediante el Proceso de	De las entrevistadas, 50.0% eran licenciadas en Enfermería, 40.6%	El PAE resultó inadecuado en las dimensiones de competencia, desempeño y satisfacción, lo cual no garantizaba la asistencia al

	<p>Atención de Enfermería. 32 enfermeras</p>	<p>enfermeras técnicas, 6.2% especialistas (master), y 3.1% no obtuvieron más de 70 puntos en el examen. No hay diferencia significativa por categoría sobre el PAE (46.8%) y tipos de datos del proceso (43.7%). Los indicadores quedaron muy por debajo del estándar prefijado.</p>	<p>paciente, la familia y la comunidad con la eficacia requerida. Estos resultados demuestran la necesidad de establecer esta modalidad de evaluación al personal de enfermería por parte de las instituciones de atención primaria de salud.</p>
<p>Ponti LE, Castillo RT, Vignatti RA, Mónaco ME, Núñez JE (2017).⁷⁵ Argentina</p>	<p>Indagar conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. Determinar cuál es la etapa más lábil. Abordar el análisis de frecuencia en la realización y la utilización. Indagar las dificultades en la ejecución según las etapas del proceso de atención de</p>	<p>Los estudiantes de enfermería son los que realizan mayor valoración diagnóstica 94 %, y planifican en un 77% y ejecutan y evalúan el 50% de las intervenciones y objetivos planteados. En comparación a las enfermeras de los diferentes servicios. En comparación con las enfermeras trabajadoras que diagnostican en un 75% en un planean en un 60% y ejecutan en un 37% y evalúan en un 72%</p>	<p>Hay conocimiento del mismo y todas las etapas se cumplen. Están fortalecidas la valoración y la evaluación, la fractura se encuentra en la etapa de planificación y ejecución.</p>

	enfermería en distintos servicios.		
--	------------------------------------	--	--

Cuadro II.9 Estudios relacionados a conocimiento PE en alumnos.

Autor, año, país	Objetivo	Hallazgos	Conclusiones
Díaz R et al. (2015). Cuba.⁷⁶	<p>Evaluar conocimientos del Proceso de Atención de Enfermería en un grupo de alumnos que están concluyendo su formación académica.</p> <p>Muestra: 38 estudiantes de 5to año (etapa final del programa académico)</p>	<p>La etapa de intervención aportó un mayor número de reprobados; existen errores en las tres etapas estudiadas. Se encontró que 10 de ellos (30.3%) reprobaron en la primera etapa (valoración). En la segunda etapa (intervención), 14 reprobaron (42.4%), siendo éste el mayor número de reprobados. En la tercera etapa (evaluación) se observó que 33.3% (11) de los estudiantes encuestados reprobaron.</p> <p>Problemas etapa de intervención:</p> <p>Diagnósticos por expectativas 26/33 78.8</p> <p>Principios científicos por acciones 11/33 33.3</p>	<p>Establecer estrategias que permitan que los estudiantes obtengan una mejor preparación con la aplicación de este método, lo cual coadyuvará a perfeccionar las habilidades y destrezas en el estudiantado.</p>

		Diagnósticos por necesidades 5/33 15.2 Principios científicos por expectativas 5/33 15.2.	
Alcaraz-Moreno et al. (2015). México.⁷⁷	Analizar los factores que favorecen o limitan el aprendizaje y la práctica del PAE a los estudiantes de licenciatura en Enfermería. Muestra: 199 estudiantes	50% tenía conocimientos suficientes.	Los factores que limitan el aprendizaje y la aplicación del PAE son los extrínsecos, es decir, aquellos relacionados con la enseñanza (metodologías, criterios, tiempos, etcétera); por tanto, es imprescindible que los profesores llevemos a cabo una reflexión acerca de cómo facilitar la transmisión y comprensión de nuestra principal herramienta de trabajo como profesionales de enfermería.

Cuadro II.10 Estudios sobre la relevancia y aplicación del PE

Autor, año, país	Objetivo	Hallazgos	Conclusiones
Reina G. (2010). Colombia.³⁰	Reconocer el PAE como instrumento vital de cuidado.	Importancia de la estandarización del proceso en las instituciones de salud mediante softwares, y asumir el compromiso con los directivos de	Es importante a que el Proceso de Enfermería se fortalezca desde la academia y en el área clínica. Se evidencia la necesidad de desarrollar un

		las organizaciones para la contribución de el estatus profesional, laboral y social de enfermería.	instrumento para la práctica profesional que, sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina, brinde mayor empoderamiento de la profesión a nivel laboral y social.
Batista-Sánchez MR y Alvarado-Gallegos E. (2015). México.⁷⁸	Analizar el nivel de aplicación del PAE en el personal de enfermería de las áreas de hospitalización del Hospital General de Zona 50 del IMSS en San Luis Potosí. Muestra: 44 enfermeros generales de las áreas de hospitalización.	El nivel de aplicación general empató entre regular y deficiente (43.2%); por etapas para valoración se tiene: diagnóstico (30.6%), planificación (25.7%), ejecución (45.9%) y evaluación (37.5%). Los factores que refirió el personal fueron la falta de tiempo (40.9%), falta de conocimientos sobre el PAE (25%) y falta de supervisión, retroalimentación y evaluación (15.9%). La capacitación continua podría ser la primera estrategia planteada; sin embargo, el tiempo,	Dentro de las estrategias a seguir se propone la capacitación al personal, tanto operativo como jefaturas; la motivación en la práctica diaria, principalmente por parte de los jefes, y la gestión continua del departamento de Enfermería a Recursos Humanos para el incremento en la plantilla de personal de enfermería, con la finalidad de disminuir el índice de pacientes por enfermero y, por ende, contribuir a la mejora en la calidad del cuidado.

		supervisión, retroalimentación y evaluación son elementos fundamentales que requieren de un plan diferente para su solución.	
--	--	--	--

Cuadro II.11 Estudios que midieron el nivel de conocimiento y autoeficacia percibida para la aplicación del PAE en el área de clínica

Autor, año, país	Objetivo	Hallazgos	Conclusiones
Aguilar Serrano L et al. (2008). México.⁷⁹	Identificar el nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia en su aplicación por parte del personal de enfermería en un hospital privado. Muestra: 154 enfermeras de un hospital privado	El nivel de conocimientos exhibido es "suficiente" en enfermeras del área de hospitalización (44.6%) y las de áreas críticas (33.8%), obteniendo una media de 6.7 en una escala del 1 al 10. Con respecto al nivel de autoeficacia para aplicar el proceso enfermero, 50% de enfermeras del área de hospitalización están "completamente seguras de poder hacerlo", mientras que	Se sugiere fortalecer los conocimientos y mecanismos de autoeficacia acerca del proceso enfermero, con lo que se espera vigorizar el cuidado profesional para la salud de los individuos. Se sugiere fortalecer los conocimientos y mecanismos de autoeficacia acerca del proceso enfermero, con lo que se espera vigorizar el cuidado profesional para la salud de los individuos.

		55.1% de las enfermeras en áreas críticas están sólo "seguras de poder hacerlo".	
Bernal M et al. (2006). México.⁸⁰	Conocer las diferencias entre estudiantes de programas intermedios y avanzados en las dimensiones de conocimiento y autoeficacia para aplicar el PAE.		Es necesario fortalecer los mecanismos de autoeficacia, los conocimientos y el cuidado (prácticas) profesional. Los estudiantes de semestres avanzados poseen más conocimientos y nivel de autoeficacia.
Pecina RM. (2010). México.⁸¹		El 64% de la muestra cuenta con un nivel de conocimientos suficientes sobre el PE y la media de	El nivel de conocimientos del alumno sobre el PE es suficiente en relación con la percepción de autoeficacia

	<p>Muestra: 54 alumnos del tercer año de la licenciatura en Enfermería.</p>	<p>calificación fue de 8.3 en cuanto a la percepción de autoeficacia; en la aplicación del PE, los alumnos refieren que se sienten seguros (72%) y completamente seguros (22%) de aplicarlo ante situaciones reales. En el área hospitalaria, 67% de los alumnos expresan que los docentes facilitaron el aprendizaje del PE, 31% opinan que fueron los compañeros y 2% manifiestan que los profesionales de enfermería contribuyeron en la enseñanza del proceso enfermero.</p>	<p>para la aplicación del PE; los profesores contribuyen en el aprendizaje de esta herramienta en el área hospitalaria, pero existen diversos factores que limitan su aplicación en los ámbitos hospitalarios, entre ellos se encuentran el exceso de pacientes y la falta de tiempo. Se deduce que la efectividad en el aprendizaje del PE aún no logra el efecto esperado en las áreas hospitalarias.</p>
--	---	--	---

Cuadro II.12 Estudios sobre factores que intervienen en la aplicación del PE

Autor, año, país	Objetivo	Hallazgos	Conclusiones
<p>Gutiérrez O. (2009). Colombia.⁸²</p>	<p>Describir los factores determinantes para la aplicación del PAE.</p>	<p>Los resultados evidenciaron que la falta de tiempo durante el turno (OR: 6,53 IC 95% 1,41-30,26, p: 0,022), dedicarse a la</p>	<p>Sólo tres enfermeros de cada 10 aplican el PAE para brindar cuidado a los pacientes. Los resultados señalan el estado de la enfermería como profesión</p>

	<p>Muestra: 48 enfermeros.</p>	<p>administración de medicamentos (OR: 11,57 IC 95% 1,172; 114,26, p: 0,037) y llevar más de 4 años en el ejercicio profesional (OR: 10,1 IC 95% 1,260; 79,33, p: 0,052) son factores determinantes para la no aplicación del PAE.</p> <p>Saber cómo realizarlo (OR: ,029 IC 95% ,002; ,388, p: ,004) es un factor determinante para su aplicación.</p>	<p>en clínica, la calidad del cuidado que están recibiendo los pacientes y la posibilidad de aparición de eventos adversos. Se recomienda adelantar estudios sobre este tema y fortalecer la formación sobre PAE tanto de los enfermeros en servicio como de los estudiantes de pregrado.</p>
<p>Rojas JG, Pastor P (2010). Colombia.⁸³</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.</p>	<p>El cuidado se ejecutaba por órdenes médicas (93.8%) y con base en el seguimiento de protocolos (100%). Aplicación por etapas: valoración (95.4%) e intervención (87.7%); no ocurrió igual con la formulación de diagnósticos (61.5%) y la evaluación (60%). Se estimó que 78.5%</p>	<p>Planean con base en el diagnóstico médico y siguen los protocolos establecidos en las UCI.</p> <p>Valoran, planean e intervienen, y en menor medida formulan diagnósticos y evalúan.</p> <p>Los profesionales de enfermería otorgan importancia al PAE como</p>

	<p>Muestra: 65 profesionales de enfermería de la UCI</p>	<p>aplicaba el Proceso de Enfermería, en tanto que el restante 21% no lo hacía. En cuanto a su nivel de aptitud clínica, más de la mitad tiene un nivel entre muy bajo y bajo, y tan sólo uno de cada diez tenía calificación entre bueno y excelente. No se encontró asociación estadística entre el nivel de aptitud clínica y la aplicación del PAE.</p>	<p>elemento que da identidad profesional. Manifiestan no aplicar el PAE.</p>
--	--	---	--

Cuadro II.13 Estudios relacionados con la percepción de la autoeficacia en enfermería para aplicar el PE

Autor, año, país	Objetivo	Hallazgos	Conclusiones
<p>Pecina RM. (2014). México.⁸⁴</p>	<p>Evaluar la autoeficacia en el aprendizaje de competencias disciplinares en el estudiante del octavo semestre de la licenciatura en Enfermería.</p>	<p>Sobre el nivel de autoeficacia del aprendizaje de competencias disciplinares, se sienten <i>seguros</i> en el proceso de atención de enfermería (48.0%).</p>	<p>Se requiere mejorar los programas educativos y el quehacer docente para elevar el nivel de autoeficacia de los alumnos sobre el aprendizaje de las competencias disciplinares del licenciado en</p>

	Muestra: 78 alumnos de 8vo semestre		Enfermería, ya que el estudiante se percibe altamente capacitado en competencias de baja complejidad, sin cumplir con la totalidad de las competencias planeadas en el perfil del egresado y en los profesiogramas laborales.
Boaventura AP, Dos Santos P, Marocco EC. 2017 85 Brasil	Identificar el conocimiento teórico-práctico de los enfermeros en la Sistematización de la Asistencia de Enfermería y el Proceso de Enfermería en un hospital público docente, en São Paulo - Brasil. Muestra 164 enfermeros	Se encontró que el 57% reportó que la carga de trabajo impide el uso de la Sistematización de los Cuidados de Enfermería y Proceso de Enfermería, el 38 % dice que los impresos son inadecuados para la unidad de trabajo y el 29 % indica la falta de credibilidad del método, siendo elementos que impiden un desarrollo adecuado de la actividad. Para estos enfermeros tanto la Sistematización de los Cuidados de Enfermería	Se concluye que los enfermeros de esta institución presentan conocimientos teóricos y prácticos sobre Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) y PE, aunque con divergencias, pues consideran SAE y PE parte fundamental de la organización de la asistencia, relatando la utilización de ambos en el día a día del trabajo.

		como el Proceso de Enfermería tiene el mismo significado conceptual.	
--	--	--	--

Cuadro II.14 Estudios relacionados con la calidad de atención y la aplicación del PAE

Autor, año, país	Objetivo	Hallazgos	Conclusiones
Abaunza M (2007). Colombia.⁸⁶	Responder si el proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado.	El proceso de enfermería como parte fundamental del cuidado de enfermería, al acortar estancias, disminuir el número de complicaciones y evitar los reingresos, contribuye a mejorar la calidad de su servicio y la calidad de vida de los pacientes/usuarios.	
Pérez MT, Sánchez-Piña S, Franco-Orozco M, Ibarra A (2006)⁸⁷	Analizar el conocimiento de las enfermeras sobre el proceso de enfermería y su relación con la aplicación en la práctica profesional. Muestra: 2268	conocimiento en promedio fue de 83.55 con un valor mínimo de 52.0 y un máximo de 93.43 El índice de aplicación mostró una media de 82.4, valor mínimo 42.3 y máximo de 89.47. La prueba Rho de Spearman mostró una correlación positiva significativa (rs=0.204, p<0.05) entre ambas variables. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney se encontró diferencia	Un tercio de las enfermeras afirmó que la principal barrera para aplicar el Proceso de Enfermería es la sobrecarga de trabajo, otro tanto considera que es la falta de recursos humanos y materiales, y admite que el principal problema es la falta de conocimiento sobre el tema.

		significativa entre los resultados del Distrito Federal, zona centro (83.55) con los de la zona norte (80.51) y zona sur (78.13), en ambas variables	
--	--	--	--

III PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El proceso de atención de enfermería es la herramienta metodológica que permite al personal de enfermería organizar, sistematizar, jerarquizar, plantearse objetivos, trabajar con un plan adecuado a cada paciente, desempeñarse con base en objetivos, así como evaluar los cuidados brindados y garantizar su continuidad, o bien, cambiar de estrategias para poder alcanzar los objetivos establecidos. El PE tiene la finalidad de proporcionar al profesional de enfermería las competencias necesarias para no solo para brindar si no también gestionar el cuidado y la atención de calidad al individuo, a la familia y la comunidad con fundamentos científicos, filosóficos y humanísticos que contribuyen y estimulan el análisis, el pensamiento crítico, la solución de problemas en la práctica diaria, la toma de decisiones autónomas a partir de los resultados de la aplicación del PE, constituyéndolo en el constructor de autonomía profesional con miras a perfeccionar el desempeño de la enfermería.^{13,31,71,88,89,90}

Existe evidencia de que la práctica diaria de las enfermeras profesionales está enfocada en los procedimientos y las rutinas establecidas de cada servicio, sin ninguna referencia de fundamentos teóricos y del uso o implementación del proceso de enfermería, lo cual no proyecta lo que implica ser una enfermera profesional, como la utilización de un método sistemático que fundamente la práctica de los cuidados, entre otras características relevantes.⁹¹

Debido a lo anterior, la presente investigación surge de la observación directa sobre la escasa evidencia que se registra acerca de la aplicación del PE, la cual repercute en la autonomía del profesional de enfermería que la mayor parte es dependiente de indicaciones médicas, por lo que las acciones de cuidados se desarrollan con base en rutinas y en el tratamiento médico, los cuales no siempre responden a la satisfacción de las necesidades de las personas que requieren cuidado.⁹²

Existen dificultades que restringen el uso de esta metodología solo algunas de ellas son: la sobrecarga de trabajo, déficit de insumos, no contar con los mecanismos suficientes o adecuados para llevar a cabo su adecuado registro, la falta de actualización continua y motivación para mejorar la calidad de los procesos de cuidado, entre otras situaciones.⁹³

Durante la formación del profesional de enfermería se enseña el PE como herramienta de intervención para brindar cuidados, pero una vez egresados, en el área asistencial la aplicación se limita, y esto se evidencia en los registros de las intervenciones de enfermería

la mayoría son dependientes e interdependientes y escasas o nulas las independientes, también la mayoría los registros se muestran imprecisos, poco detallados, incompletos o repetitivos y en general el paradigma biomédico subsiste y se cae en una postura muy reduccionista en lo relativo al conocimiento actual sobre la salud humana, y no se da la importancia de su empleo en los cuidados de enfermería centrados en la persona.^{75, 94-98}

Son escasos los estudios publicados sobre la relación que existe entre la autoeficacia percibida y el conocimiento en la aplicación del PE entre los profesionales de nivel licenciatura y los especialistas y comparando estos grupos en particular, en un hospital público de tercer nivel de atención ya que la mayor parte de estos estudios son dirigidos a estudiantes y pocos en área clínica, por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación.^{68,73-76,78,79-81,84,88}

¿Qué relación hay entre el conocimiento y la autoeficacia del profesional de enfermería para la aplicación del PE y su diferencia por nivel académico (licenciatura/especialidad), en un hospital de tercer nivel de atención?

III.1 Importancia del estudio

La relevancia de este estudio para la profesión de enfermería recae en que el conocimiento y autoeficacia para aplicación del PE conlleva múltiples beneficios en diversos momentos para el profesional de enfermería y las distintas áreas en las que se desarrolla, tal como se desarrolla a continuación.

- **Importancia de la aplicación del PE en las instituciones**

Adecuado registro de las intervenciones realizadas mediante un plan de atención que impacta en procesos establecidos con un lenguaje validado universalmente.

Intervenciones de enfermería basadas en la mejor evidencia disponible contribuyendo a una adecuada calidad y seguridad de los cuidados, dada la posibilidad de medir como indicador.

- **Importancia de la aplicación del PE para el profesional de enfermería**

Es una parte esencial en la profesionalización de la enfermería ya que contiene un marco filosófico, teórico y metodológico que permite la identificación, organización, planificación y la toma de decisiones clínicas basada en la mejor evidencia

El proceso de enfermería proporciona un lenguaje estandarizado y aceptado internacionalmente que permite diseñar los cuidados enfermeros de forma que concuerden con las necesidades propias de cada persona y población, a partir del conocimiento y la comprensión de la situación específica de cada paciente de la interpretación precisa de la información y los datos de la valoración.

Asimismo, el PE favorece el razonamiento crítico, ya que las habilidades que las enfermeras deben poseer para aplicarlo son intelectuales, interpersonales y técnicas, esto permite la implementación de intervenciones independientes, lo que contribuye a la autonomía profesional.

El proceso contribuye a la generación de conocimiento, pues al estudiar las intervenciones y la práctica de enfermería, se asegura de que beneficia a pacientes y coadyuva a la mejora de su enfermedad.

- **Importancia de la aplicación del PE para el paciente**

El PE promueve el incremento en la calidad del cuidado y seguridad del paciente al implementar sistemas de mejoramiento para la administración del cuidado, por la implementación de intervenciones que demostraron ser más efectivas.

Finalmente, por medio de la aplicación del PE, se promueve la generación de conocimientos del cuidado a través de la investigación.¹¹

III.2 Propósito

A partir de los resultados, se busca aportar datos que se constituyan en ejes de estudio y reflexión del PE de los cuales surjan propuestas de cambios en la formación y la práctica profesional de enfermería, direccionados a:

- La enseñanza-aprendizaje (formación).
- Actualización e importancia de promover su aplicación en el área hospitalaria y comunitaria (práctica profesional).
- La investigación (validez, factibilidad y viabilidad como método de cuidado).

IV HIPÓTESIS

Tomando en cuenta los estudios analizados, se plantean las siguientes hipótesis:

- Las/los enfermeras/os profesionales con posgrado (especialización) tendrán mayor conocimiento y autoeficacia en la aplicación del PE que los profesionales con licenciatura.
- La relación entre el conocimiento y la autoeficacia percibida será positiva a mayor conocimiento, mayor autoeficacia percibida.

V OBJETIVO

Analizar y comparar la relación existente entre el nivel de conocimientos y autoeficacia en las/los enfermeras/os profesionales licenciados y en las/los enfermeras/os con posgrado (especialización) en la aplicación del PE en una institución de tercer nivel de atención.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Población y diseño

Este estudio es de tipo analítico, trasversal, prospectivo.

La población que se consideró para este estudio son enfermeras con estudios profesionales de nivel licenciatura y con especialidad de posgrado de un hospital de tercer nivel de atención, previa aprobación por el comité de investigación de bioética. (Ver Anexo XII.2)

Se tomó una muestra por conveniencia de 213 enfermeras, de las cuales 181 cuentan con estudios de licenciatura y 32 acreditaron un posgrado de especialidad, adscritas a los diferentes turnos y servicios de hospitalización con funciones exclusivamente asistenciales.

VI.1.1 Criterios de inclusión

Se determinó que las unidades de estudio fueran enfermeras/os licenciadas y/o especialistas, ya que poseen los conocimientos formativos necesarios para aplicar el PE (en este estudio no se consideró a personal de enfermería de nivel técnico debido a que, entre sus competencias, el PE no se encuentra dentro del plan de estudios).

Fue requisito que estos profesionales (licenciados y/o con posgrado) estuvieran activos en la asistencia directa a pacientes en cualquier turno y servicio de hospitalización.

VI.1.2 Criterios de exclusión

Se excluyó de la muestra a aquellos que no hubieran concluido los estudios profesionales (licenciatura, especialidad), cuyas funciones no fueran asistenciales (por ejemplo, que se desempeñaran en áreas administrativas), o bien, que no se encontraran activos en el momento de la medición.

VI.2 Variables

Definición de variables

En este estudio, la **variable independiente: conocimiento sobre el proceso de atención**, que es la cantidad de conocimientos y saberes que se poseen sobre PE e incluye sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La **variable dependiente es la autoeficacia percibida para la aplicación del proceso de atención de enfermería**, es decir, aquellos pensamientos de una persona referidos a su capacidad para organizar, ejecutar y aplicar el PE con el fin de conseguir elevar la calidad en los cuidados brindados.

VI.2.1 Operacionalización de variables

Cuadro VI.2.1 Variable independiente

Variable	Definición	Nivel de medición y Escala de medición	Valores	Prueba estadística
Conocimiento del PE	Son los saberes teóricos que posee el profesional de enfermería sobre PE para brindar	Cuantitativa Discreta De intervalo	2.1 a 4.0: No identifica claramente el concepto y sus etapas 4.1 a 6.0: Identifica relativamente el concepto y sus etapas 6.1 a 8.0: Identifica suficientemente el	Estadística descriptiva media y promedio Se estratificará por nivel académico. Se realizará comparación de

	cuidados de enfermería		concepto y sus etapas 8.1 a 10: Identifica ampliamente el concepto y sus etapas	medias de grupos independientes mediante t Student Se presentará mediante cuadros.
--	------------------------	--	--	---

Cuadro VI.2.2 Variable dependiente

Variable	Definición	Nivel de medición y escala de medición	Valores	Prueba estadística
Autoeficacia percibida para la aplicación del PE	Es el nivel de confianza de una enfermera referido a su capacidad para organizar y ejecutar la aplicación del PE para brindar cuidados de salud al paciente.	Cuantitativa Discreta. De intervalo Se obtiene a través de la adaptación de la escala general de autoeficacia medida en una escala de 0 a 100	1 a 20: No puedo hacerlo 21 a 40: Apenas cierto de poder hacerlo 61 a 80: Seguro de poder hacerlo 81 a 100: Completamente seguro de poder hacerlo	Estadística descriptiva Media Promedio Se estratificará por nivel académico. Se realizará comparación de medias de grupos independientes mediante t Student Se presentará mediante cuadros.

VI.3 Procedimientos

VI.3.1 Para la recolección de datos

La recolección de la información se llevó a cabo mediante una encuesta directa previo consentimiento informado (ver Anexo XII.3), aplicando un cuestionario estructurado validado por expertos, el cual evaluó el nivel de conocimientos acerca de la aplicación del PE y percepción de autoeficacia, que fue elaborado por Martha Bernal y Gandhi Ponce, con una confiabilidad de 0.87 (véase anexo XII.1). El instrumento está conformado por preguntas abiertas y cerradas y consta de tres partes: la primera solicita datos sociodemográficos, que incluyen edad, sexo, promedio general, antigüedad laboral, escuela de egreso (se modificó para adecuarlo a la muestra de estudio); la segunda identifica el nivel de conocimientos del PE a través de 15 preguntas de opción múltiple, y la tercera se integra con 28 preguntas con opción de respuesta tipo Likert, con valores de 5 a 1, que miden su eficacia para la aplicación del proceso enfermero. El instrumento fue pilotado en 21 sujetos con características semejantes a los de la investigación.

La validez de contenido del instrumento fue sometida a criterio de expertos relacionados con el PE y la autoeficacia percibida.

Respecto al análisis de confiabilidad, se obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach en la sección autoeficacia que alcanzó 0.87. En la sección de conocimientos, la Kuder Richardson reporta 0.67. Estos datos indican que ambas secciones son válidas y confiables al piloteo.

VI.4 Análisis estadístico

Para este estudio, se realizó el análisis e interpretación de los datos utilizando el *software* SPSS V25 para el manejo de estadística descriptiva e inferencial para el análisis de correlación de variables a través de la prueba estadística de Pearson y para la comparación de medias de grupos independientes mediante t Student.

VI.5 Aspectos éticos y legales

Aplicación de los principios bioéticos y la declaración de Helsinki durante la investigación. Se considerará el capítulo 1, artículo 21 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.^{99,100}

En el consentimiento informado se da explicación clara y completa de manera que se puedan comprender los aspectos de justificación y objetivos de la investigación. (Ver anexo XII.3)

VII RESULTADOS

VII.1 Descripción de la muestra

Se estudió una muestra de 213 profesionales de enfermería de los cuales 181 tienen estudios de licenciatura y 32 acreditaron posgrado de especialidad. La edad que prevaleció fue de 21 a 30 años con 111 y 13 casos en el grupo de nivel académico de licenciatura, y mayores de 31 en los de nivel de especialidad. Los dos servicios con mayor cantidad de menciones fueron los de hospitalización (160) y UCIR (38); el turno de trabajo que prevaleció fueron los de 12 horas, con 119 de los casos, seguido por el turno vespertino, con 48 respuestas afirmativas. La escuela de formación de la que proceden los especialistas fue en mayor proporción pública, con 119 menciones; la antigüedad con más seleccionada fue 1 a 3 años, con 96 de los casos, seguida de < 1 año de antigüedad (64 de los casos); la índice enfermera/paciente con mayor proporción fue de una enfermera por paciente (114), de 2:1 en 62 de los casos; los enfermeros profesionales refirieron no haber participado en curso de PE en 155 de los casos (véase cuadro VII.1).

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas por grupo por nivel académico de la muestra.

Variable		Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n= 213 (%)
Género	Masculino	40 (22)	5 (16)	45 (21)
	Femenino	141 (78)	27 (84)	168 (79)
Edad	21 a 30	111 (61)	10 (31)	121 (57)
	31 a 40 años	38 (21)	13 (41)	51 (24)
	>41 años	32 (18)	9 (28)	41 (19)
	Media y DE	32±8		
Servicio	Hospitalización	140 (77)	20 (63)	160 (75)
	Recuperación	8 (4)	0 (0)	8 (4)
	UCIR	27 (15)	11 (34)	38 (18)
	Urgencias	6 (3)	1 (3)	7 (3)
Turno	Matutino	14 (8)	4 (13)	18 (8)
	Vespertino	48 (27)	9 (28)	57 (27)
	Turno 12 horas	119 (66)	19 (59)	138 (65)
Escuela de formación	Pública	119 (66)	28 (86)	147 (69)
	Privada no incorporada	31 (17)	1 (3)	32 (15)
	Privada incorporada	31 (17)	3 (9)	34 (16)
Antigüedad laboral	< 1 año	58 (32)	6 (19)	64 (30)
	1-3 años	86 (47)	10 (31)	96 (45)
	4-6 años	18 (10)	8 (25)	26 (12)
	> 7 años	19 (11)	8 (25)	27 (13)
relación paciente: enfermera.	1:1	95 (53)	19 (59)	114 (54)
	2:1	55 (30)	7 (22)	62 (29)
	3:1	25 (14)	3 (9)	28 (13)
	4:1	6 (3)	3 (9)	9 (4)
Curso de PE	Sí	48 (26)	10 (31)	58 (27)
	No	133 (74)	22 (69)	155 (73)

VII.2 Nivel de conocimientos del PE

El nivel de conocimientos global del PE entre los profesionales de enfermería obtuvo una media y desviación estándar de 7 ± 1 ; en mayor proporción identifican suficientemente el concepto y sus etapas en 80 de los casos, seguido de identifican relativamente el concepto y sus etapas con 41 de los casos (cuadro VII.2)

Cuadro VII.2 Proporción global de conocimientos del PE por nivel académico

PE global	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Media y desviación estándar	Total
Identifica suficientemente el concepto y sus etapas	66 (51)	14 (54)	7 ± 1	80 (37)
Identifica relativamente el concepto y sus etapas	36 (28)	5 (19)		41 (19)
Identifica ampliamente el concepto y sus etapas	22 (17)	7 (27)		29 (14)
No identifica claramente el concepto	6 (5)	0 (0)		6 (3)
No identifica el concepto y sus etapas	0 (0)	0 (0)		0 (0)

En la etapa de valoración, en mayor proporción, los profesionales de enfermería identifican relativamente el concepto con una frecuencia de 105 de los casos (véase cuadro VII.3).

Cuadro VII.3 Proporción de la etapa del concepto de valoración dividido por nivel académico

Etapa de valoración	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)	M y DE
No identifica el concepto y sus etapas	16 (9)	0 (0)	16 (7)	
No identifica claramente el concepto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Identifica relativamente el concepto y sus etapas	90 (50)	15 (47)	105 (49)	
Identifica suficientemente el concepto y sus etapas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Identifica ampliamente el concepto y sus etapas	75 (41)	17 (53)	92 (43)	9.3±2

En la etapa de diagnóstico, la mayor proporción que prevaleció fue de 86 de los casos, que equivale a 40% de entrevistados que identifican suficientemente el concepto y sus etapas, seguido de quienes identifican ampliamente el concepto y sus etapas (n= 59; 28%) y quienes no identifican claramente el concepto (n= 55; 26%) (véase cuadro 14).

Cuadro VII.4. Proporción de la etapa de diagnóstico por nivel académico

Etapa de diagnóstico	Licenciatura	Especialista	Total	M y
	n= 181 (%)	n= 32 (%)	n=213 (%)	DE
No identifica el concepto y sus etapas	13 (8)	0 (0)	13 (6)	
No identifica claramente el concepto	49 (27)	6 (19)	55 (26)	
Identifica relativamente el concepto y sus etapas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Identifica suficientemente el concepto y sus etapas	75 (41)	11 (34)	86 (40)	6.4 ±3
Identifica ampliamente el concepto y sus etapas	44 (24)	15 (47)	59 (28)	

En la etapa de planeación, la mayor frecuencia de los casos fue de 112 que identifican ampliamente el concepto y sus etapas (52%), seguido de quienes identifican suficientemente el concepto y sus etapas (n= 66; 31%) y una media y desviación estándar de 7.7 ± 3 (véase cuadro 15).

Cuadro VII.5 Proporción de la variable planeación declarada por los profesionales, por nivel académico

Etapa de planeación	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)	Media y DE
No identifica el concepto y sus etapas	7 (4)	0 (0)	7 (3)	
No identifica claramente el concepto	24 (13)	4 (13)	28 (14)	
Identifica relativamente el concepto y sus etapas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Identifica suficientemente el concepto y sus etapas	57 (32)	9 (28)	66 (31)	7.7±3
Identifica ampliamente el concepto y sus etapas	93(51)	19 (59)	112 (52)	

En la etapa de ejecución, la mayor proporción identifica ampliamente el concepto y sus etapas con 166 de los casos (78%), con una media y desviación estándar de 7.7 ± 4 , es decir, que identifican suficientemente el concepto de ejecución (véase cuadro 16).

Cuadro VII.6 Proporción de la etapa de ejecución, dividido por nivel académico

Etapa de ejecución	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)	Media y DE
No identifica el concepto y sus etapas	40 (22)	7 (22)	47 (22)	
No identifica claramente el concepto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Identifica relativamente el concepto y sus etapas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Identifica suficientemente el concepto y sus etapas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7.7 \pm 4
Identifica ampliamente el concepto y sus etapas	141 (78)	25 (78)	166 (78)	

Finalmente, en la etapa de evaluación, 105 participantes (49%) identificaron relativamente el concepto, seguido de 92 entrevistados (43%) que identificaron ampliamente el concepto y sus etapas, arrojando una media y desviación estándar de 6.8 ± 3 (véase cuadro 17).

Cuadro VII.7 Proporción del concepto de evaluación dividido por nivel académico

Etapa de evaluación	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)	Media y desviación estándar
No identifica el concepto y sus etapas	16 (9)	0 (0)	10 (8)	
No identifica claramente el concepto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Identifica relativamente el concepto y sus etapas	90 (50)	15 (47)	105 (49)	
Identifica suficientemente el concepto y sus etapas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6.8 ±3
Identifica ampliamente el concepto y sus etapas	75 (41)	17 (53)	92 (43)	

En cuanto la autoeficacia percibida para la aplicación del PE en los profesionales de enfermería, la mayor proporción de licenciados están seguros de poder hacerlo con una frecuencia de 97 (54%); en cuanto a los especialistas, 16 entrevistados (50%) están completamente seguros de poder hacerlo (véase cuadro VII.8).

Cuadro VII.8 Proporción de nivel de autoeficacia percibida para la aplicación del PE global por grupo académico

Autoeficacia general	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)
Completamente seguro de poder hacerlo	65 (36)	16 (50)	81 (38)
Seguro de poder hacerlo	97 (54)	13 (41)	110 (52)
Relativamente seguro de poder hacerlo	19 (10)	3 (9)	22 (10)
Apenas cierto de poder hacerlo	0 (0)	0 (0)	0 (0)
No puedo hacerlo	0 (0)	0 (0)	0 (0)

La proporción de la dimensión de modelaje vicario en los licenciados en Enfermería alcanzó 77 casos (43%) en la opción casi siempre, mientras que la respuesta siempre fue elegida por 16 especialistas (50%). Ello demuestra que observar a los profesionales, compañeros y profesores aumenta la confianza para ejecutar el proceso enfermero. Véase cuadro VII.9

Cuadro VII.9 Proporción de autoeficacia percibida para la aplicación del PE, dimensión modelaje vicario por grupo académico

Modelaje vicario	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)
Siempre	60 (33)	16 (50)	76 (35)
Casi siempre	77 (43)	10 (31)	87 (41)
Algunas veces	34 (19)	5 (16)	39 (18)
Casi nunca	8 (5)	1 (3)	9 (4)
Nunca	2 (1)	0 (0)	2 (1)

En la dimensión de persuasión verbal, la mayor proporción de los casos de nivel licenciatura correspondió a casi siempre (n= 82; 45%), en cambio, la proporción de siempre fue mayor entre los enfermeros especialistas (n= 15; 47%), que hace referencia a la importancia de la motivación verbal y demuestra que poner énfasis en aplicar el PE tiene un efecto positivo. Véase cuadro VII.10

Cuadro VII.10 Autoeficacia percibida para la aplicación del PE en la dimensión de persuasión verbal y trabajar sobre los éxitos

Persuasión verbal y trabajar sobre los éxitos	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)
Siempre	54 (30)	15 (47)	69 (32)
Casi siempre	82 (45)	12 (37)	94 (44)
Algunas veces	36 (20)	5 (16)	41 (19)
Casi nunca	5 (3)	0 (0)	5 (2)
Nunca	4 (2)	0 (0)	4 (2)

La mayor parte de los entrevistados en ambos grupos afirmaron que quienes los ayudaron a comprender mejor el PE fueron los docentes de enfermería, con una frecuencia de 114 (63%), seguido de compañeros de trabajo (licenciatura, n= 42, 23%), y en el caso de los especialistas, éstos señalaron el estudio propio (n= 4; 13%). (véase cuadro VII.11).

Cuadro VII.11 Proporción de quien ayudó a los profesionales de enfermería a comprender mejor el PE dividido por nivel académico

¿Quién ayudó a comprender el PE	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)
Quién ayudó a comprender el PE	Licenciatura f (%)	Especialista f (%)	Total f (%)
Docentes de enfermería	114 (63%)	26 (81%)	140 (66%)
Compañeros del trabajo	42 (23%)	1 (3%)	43 (20%)
Jefe de servicio	13 (7%)	1 (3%)	14 (7%)
Estudio propio	11 (6%)	4 (13%)	15 (7%)
Supervisores de servicio	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)

Sobre las dificultades que encuentran los profesionales de enfermería, 57 de los entrevistados de ambos grupos (27%) tienen dificultad en alguna de las etapas del PE, seguido de falta de tiempo (n= 53; 25%) y como tercera causa mencionan la falta de actualización o habilidad para la aplicación del PE (n= 39; 18%). En 37 casos (17%) afirman no encontrar ninguna dificultad y una menor proporción respondió que el uso del PE les parece muy laborioso (n= 14; 7%). Finalmente, en menor cantidad, se señaló la falta de formatos o estandarización del PE, con una frecuencia de 13 respuestas (6%). Véase cuadro VII.12

Cuadro VII.12 Proporción de las dificultades que encuentran los profesionales de enfermería para la aplicación del PE en el área asistencial, dividido por grupo académico

Dificultades que interfieren en la aplicación del PE	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)
Dificultad en alguna etapa del PE	48 (27)	9 (28)	57 (27)
Falta de tiempo/sobrecarga de trabajo	45 (25)	8 (25)	53 (25)
Falta de actualización y/o de habilidad	33 (18)	6 (19)	39 (18)
Ninguna dificultad	31 (17)	6 (19)	37 (17)
Muy laborioso y/o extenso	11 (6)	2 (6)	13 (6)
Falta estandarización y/o formatos	13 (7)	1 (3)	14 (7)

Se encontró que la mayor proporción de los beneficios de la aplicación del PE que los profesionales de enfermería encuentran son para el paciente, con una frecuencia de 133 (86%), seguido del beneficio al profesional de enfermería con 17 menciones (8%), aunque algunos profesionales consideraron no hay ningún beneficio (n= 13; 6%). Véase cuadro VII.13

Cuadro VII.13 Proporción de los beneficios de la aplicación del PE mencionados por los profesionales de enfermería en la práctica asistencial, divididos por nivel académico

Beneficios de la aplicación del PE	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)
Paciente: atención, calidad, individualizada y continua	155 (86)	28 (88)	133 (86)
Profesional de enfermería: autonomía profesional, lenguaje estandarizado, mayor comunicación interprofesional, evidencia de cuidados	14 (8)	3 (9)	17 (8)
Ningún beneficio	12 (7)	1 (3)	13 (6)

La estrategia que ha resultado más eficaz para el aprendizaje del PE fue la práctica directa con el paciente teniendo como modelo un compañero, el profesor u otra persona, con una frecuencia de 56 (26%), seguido por la práctica directa con el paciente tú solo, con 56 menciones (26%); el análisis de casos tuvo una frecuencia de 36 (17%), mientras que exposiciones teóricas alcanzó 31 respuestas (15%), en el caso de los profesionales con nivel de licenciatura, éstos mencionaron videos (n= 18; 8%) y conferencias (n= 3; 1%) (véase cuadro VII.14).

Cuadro VII.14 Estrategia que ha resultado más eficaz para el aprendizaje del PE de los profesionales de enfermería en el área asistencial

Estrategia que ha resultado más eficaz para el aprendizaje del PE	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)
En la práctica directa con el paciente teniendo como modelo a un compañero, el profesor u otra persona	57 (32)	12 (38)	56 (26)
Práctica directa con el paciente tú solo	47 (26)	9 (28)	56 (26)
Análisis de casos por escrito	28 (16)	8 (25)	36 (17)
Exposiciones teóricas	28 (16)	3 (9)	31 (15)
Video	18 (10)	0 (0)	18 (9)
Conferencia	3 (2)	0 (0)	3 (1)

Sobre la frecuencia con la que los profesionales aplican el PE, la respuesta más socorrida fue algunas veces para ambos grupos (n= 84; 39%), seguido por casi siempre (n= 55; 30%) y siempre (n= 51; 24%) y en menor proporción apareció casi nunca (n= 9; 4%) y nunca (n= 6; 3%) (véase cuadro VII.15).

Cuadro VII.15 Proporción de la aplicación del PE en la práctica asistencial por los profesionales de enfermería dividido por grupo académico

La aplicación del PE en la práctica asistencial por los profesionales de enfermería	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)	Total n=213 (%)
Casi siempre	55 (30)	8(25)	63 (30)
Algunas veces	71 (39)	13 (41)	84 (39)
Siempre	42 (23)	9 (28)	51 (24)
Casi nunca	7(4)	2 (6)	9 (4)
Nunca	6 (3)	0 (0)	6 (3)

En la comparación de dos grupos por nivel académico (prueba *t* de Student) para las variables de conocimiento comparando nivel académico

La puntuación del concepto del proceso de enfermería es semejante entre las enfermeras profesionales con grado académico licenciatura (7 ± 1) y las especialistas (7 ± 1). Sin embargo, se observó diferencia estadísticamente significativa en el promedio de conocimientos del PE en los grupos de estudios ($t = -2.432$, $gl = 50$, $p = 0.019$), y en la etapa de diagnóstico ($t = -2.986$, $gl = 46$, $p = 0.005$), y en la etapa de evaluación ($t = -2.029$, $gl = 50$, $p = 0.048$) por lo que se puede inferir que los enfermeros con especialidad tienen mayor conocimiento sobre el concepto del PE y específicamente en las etapas de diagnóstico y evaluación. (cuadro VII.16).

Cuadro VII.16 Comparación de medias de los profesionales de enfermería

Variable	Licenciatura	Especialista
Conocimientos del PE total	7 ± 1	$7\pm 1^*$
Concepto PE	6 ± 2	6 ± 1
Etapa de Valoración	9 ± 2	10 ± 2
Etapa de Diagnóstico	6 ± 3	8 ± 3^a
Etapa de Planeación	8 ± 3	8 ± 2
Etapa de Ejecución	8 ± 4	8 ± 4
Etapa de Evaluación	7 ± 3	$8\pm 2^\infty$

* $t: -2.432$, $gl = 50$, $p = 0.019$

^a $t: -2.986$, $gl = 46$, $p = 0.005$

$^\infty t: -2.029$, $gl = 50$, $p = 0.048$

Etapa de Valoración

La puntuación en la etapa de valoración es semejante entre las enfermeras profesionales con grado académico licenciatura (9 ± 2) y las especialistas (10 ± 2).

No se observó ninguna diferencia en el promedio de conocimientos del PE en los grupos de estudios ($t = -0.761$, $gl = 211$, $p > 0.448$) (cuadro 26, figura 17).

Etapa de Diagnóstico

La puntuación en la etapa de diagnóstico es diferente entre las enfermeras profesionales con grado académico licenciatura (6 ± 3) y las especialistas (8 ± 3).

Se observó significancia estadística, a partir de lo cual se puede inferir que el grupo que tiene mayores conocimientos en el concepto de diagnóstico son los profesionales con posgrado ($t = -2.986, gl = 46, p = 0.005$).

Etapa de Planeación

La puntuación en la etapa de planeación es semejante entre las enfermeras profesionales con grado académico licenciatura (8 ± 3) y las especialistas (8 ± 2). (ver fig. VII 1)

No se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa, con base en lo cual se puede inferir que no existe diferencia en el promedio de conocimientos en la etapa de planeación en los grupos de estudios ($t = -1.039, gl = 211, p > 0.300$).

Etapa de Ejecución

La puntuación en la etapa de ejecución es semejante entre las enfermeras profesionales de grado académico licenciatura (8 ± 4) y especialistas (8 ± 4). (ver fig. VII 1)

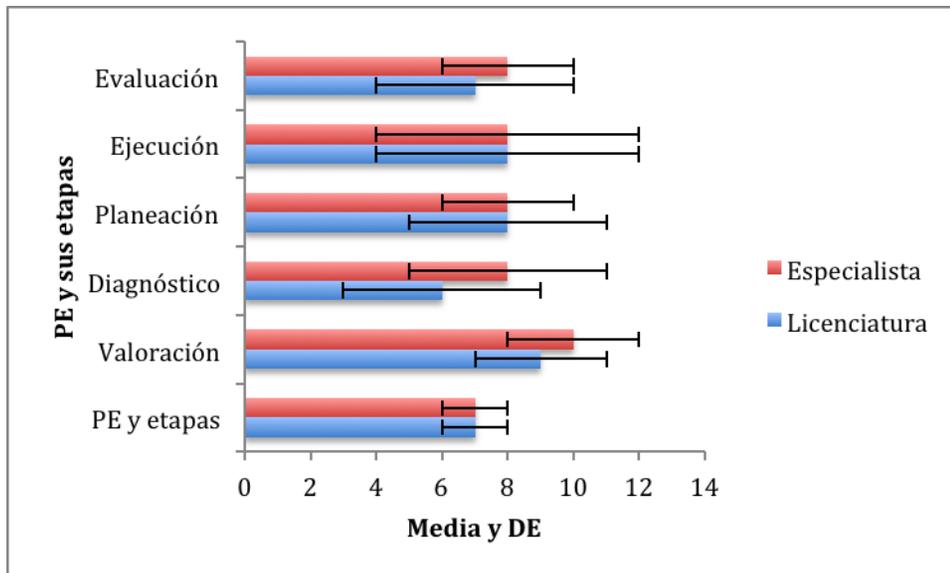
No se observó diferencia estadísticamente significativa, de lo cual se puede inferir que no existe diferencia en el promedio de conocimientos en la etapa de ejecución en los grupos de estudios ($t = -0.28, gl = 211, p > 0.978$).

Etapa de Evaluación

Hay diferencias entre las enfermeras profesionales con grado académico licenciatura (7 ± 3) y las especialistas (8 ± 2). (ver fig. VII 1)

Se observó significancia estadística en la comparación de las medias, a partir de lo cual se puede inferir que existe diferencia en el promedio de conocimientos en el concepto de evaluación y es mayor en los profesionales especialistas que en los de nivel licenciatura ($t = -2.029, gl = 50, p > 0.048$). (ver fig. VII 1)

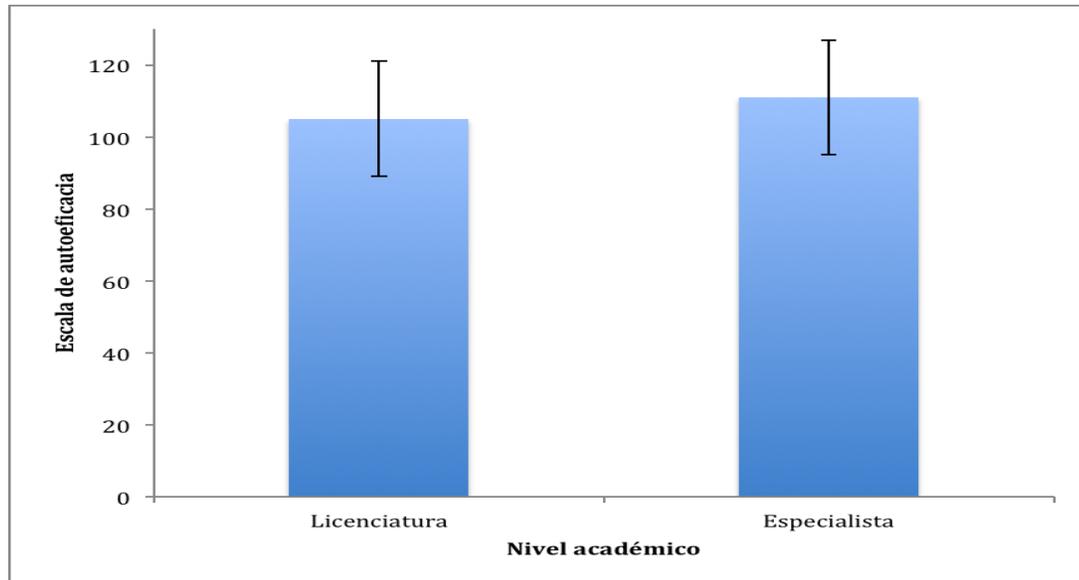
Figura VII.1. Promedio y desviación estándar del conocimiento del PE y sus etapas por nivel académico



Comparación de medias de la variable de autoeficacia percibida para la aplicación del PE por nivel académico

En cuanto a la puntuación global de autoeficacia percibida para la aplicación del PE, ésta también es semejante entre las enfermeras con grado académico de licenciatura (105 ± 16) y las especialistas (111 ± 16 ; $t = -1.907$, $gl = 211$, $p = 0.058$), no se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa (cuadro VII 14, figura VII 2).

Figura VII.2 Comparación de media y desviación estándar de la autoeficacia percibida para la aplicación del PE por nivel académico



Modelaje vicario. Trabajar sobre los éxitos también es semejante entre las enfermeras con grado académico licenciatura (15 ± 3) y las especialistas (16 ± 3 ; $t = -1.732$, $gl = 211$, $p = 0.085$); no se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Persuasión verbal. Las mediciones son diferentes entre las enfermeras con grado académico licenciatura (15 ± 3) y las especialistas (16 ± 3), la diferencia es estadísticamente significativa ($t = -2.364$, $gl = 211$, $p = 0.019$) (véase cuadro VII 14, figura VII 2).

Cuadro VII 17. Comparación de medias (*t* de Student) por grupos de nivel de estudios, en la variable de autoeficacia percibida para la aplicación del PE y sus dos dimensiones (modelaje vicario y persuasión verbal)

Variable	Licenciatura n= 181 (%)	Especialista n= 32 (%)
Autoeficacia percibida para la aplicación del PE total	105±16	111±16
Modelaje vicario trabajar sobre los éxitos	15±3	16±3
Persuasión verbal	15±3	16±3*

* $t = -2.531$, $gl = 45$, $p = 0.015$

Correlación de Pearson

En la correlación de variables conocimiento y autoeficacia percibida para la aplicación del PE.

No se observó asociación entre las variables de conocimiento y autoeficacia percibida para la aplicación del PE (correlación Pearson 0.040, $p = 0.279$).

No se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.279$), lo que nos lleva a aceptar que no existe asociación entre las variables principales.

VIII. DISCUSIÓN

El profesional de enfermería en este estudio “Identifica suficientemente” el concepto y las etapas del PE, estos resultados varían de acuerdo a la población estudiada por ejemplo Bernal (2006)⁸⁰ en estudiantes el conocimiento aumenta de acuerdo al semestre cursado y también de acuerdo a la edad se tiene mayor autoeficacia., concuerda con la comparación entre niveles académicos de licenciatura y especialidad ya que se encontró que hay mayor conocimiento y autoeficacia con mayor edad y grado académico. En países como Cuba, Díaz R (2013)⁷⁶ observó también que se tiene conocimiento del PE, aún así se tienen dificultades en alguna etapa del PE, en este sentido los datos encontrados en este estudio son semejantes a este estudio, en cuanto al nivel asistencial en áreas hospitalarias.

Pérez M et.al. (2016)⁷³ y Aguilar-Serrano et al. (2008)⁷⁹ en los resultados observaron que se tienen los conocimientos suficientes y también la autoeficacia para aplicar el PE, muy similar a este estudio.

La etapa de la valoración del PE fue la de mayor dominio tuvo en ambos grupos, mientras que la que reportó menor competencia fue la etapa de diagnóstico, para los licenciados en enfermería fue la etapa de ejecución la de mayor conocimiento, mientras que para los especialistas fue la etapa de diagnóstico, concuerda con May-Uitz et.al. (2014)¹⁰⁰ y Díaz (2015)⁷⁶, en donde la valoración es la etapa con mayor conocimiento por parte del profesional de enfermería y la etapa de intervención es la de mayor dificultad en su aplicación.

La autoeficacia percibida para la aplicación del PE están seguros de poder hacerlo la mayoría de los profesionales, aunque es alta, es importante que sea reforzada principalmente mediante el aprendizaje por modelos y por el reforzamiento verbal, para que de esta manera el PE logre tener un impacto positivo y así aumentar la aplicación de esta metodología, ya que una persona con alta autoeficacia se compromete más con las actividades que se le encomiendan y muestra mayor compromiso y persistencia a pesar de las dificultades que se puedan presentar, como la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo, que son los factores más mencionados como obstáculos para la aplicabilidad del PE. Dicha información concuerda con los hallazgos de Lopera et al. (1997)⁹⁷ sobre que esta tarea del servicio es entendida como soportar la carga de la culpa, los problemas, las interacciones, los indicadores y protocolos, y que en algunas ocasiones hace que el tiempo sea suficiente.

Sin embargo, la aplicación del PE asistencial institucional se realiza sólo algunas veces. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Alcaraz-Moreno et al. (2015)⁷⁷ en cuyo estudio los profesionales de enfermería no aplican PE, pero refieren llevar a cabo las fases, es decir, valoran, planean e intervienen y, en menor proporción, formulan diagnósticos y evalúan; también otorgan la importancia al PE como elemento que da identidad profesional, pero no lo incorporan como estrategia para brindar cuidado a los pacientes, y no es utilizado en el contexto institucional. Los factores que contribuyen a que esta metodología se aplique sólo algunas veces son sobrecarga de trabajo y no contar con los mecanismos adecuados para su registro; según Ponti (2017)⁷⁵, en cambio en este estudio se reconoce de forma más específica que se tiene dificultad en alguna de las etapas por falta de aplicación constante, lo cual les impide aplicar el proceso con mayor frecuencia, y no así la sobrecarga de trabajo.

Las fuentes para aumentar la autoeficacia para aplicar el PE, son en primer lugar el observar a alguna persona lo realiza (aprendizaje por modelos), y el que alguien refuerce verbalmente el conocimiento (docentes y compañeros de trabajo) y así se motiva para trabajar de manera más exitosa el proceso de enfermería la que la manera en que prefieren aprender no es en un aula, sino en la práctica directa con el paciente y no de manera tradicional concuerda con tejada (2015).⁴³ sin embargo sabemos que en la actualidad existen otras tantas modalidades de aprendizaje utilizando la tecnología, por medio de videos, y plataformas interactivas que hacen que el aprendizaje sea mucho más efectivo y dinámico ya que el mismo Bandura (2008)¹⁰¹ reconoció que el ambiente se está modificando constantemente y que lo virtual en la actualidad forma parte importante en la conducta de las personas, es por esta razón que es preciso adecuar los entornos tanto de aprendizaje, como de instrumentos tecnológicos que permitan que la aplicación del PE aumente su aplicación.

Existe el reconocimiento e importancia de los beneficios de la aplicación del PE como método de intervención del cuidado en primer lugar para el paciente y en menor medida que beneficia al profesional de enfermería y no se percibe el beneficio como institución, y para favorecer la investigación y avance de la profesión, pero si se llegó mencionar en una minoría que no existe ningún beneficio en aplicar esta metodología, lo que es relevante de retomar para fundamentar el uso y la aplicación de esta metodología en el área hospitalaria asistencial, coincide con el estudio de Parra-Loya (2017)¹⁰² y Jara-Sanabria et al. (2016)¹⁰³ ya que aún

existen deficiencias en la metodología y en las actitudes frente a la aplicación PE que son encontradas.

Limitaciones

- La cantidad de profesionales de enfermería con especialización fueron en menor cantidad en comparación de los licenciados. Se recomienda aumentar la muestra en cuanto a estos profesionales para obtener mejores resultados.

IX CONCLUSIÓN

- Con base en los hallazgos de este estudio, se puede concluir que sí hubo diferencias en cuanto al conocimiento y la autoeficacia percibida para la aplicación del PE entre los profesionales de nivel licenciatura y especialización, y que entre las variables de conocimiento y autoeficacia percibida para la aplicación del PE no existe relación, sin embargo, es necesario fortalecer la práctica del PE como metodología del cuidado desde la formación académica, en el área asistencial, mediante la educación continua, así como establecer estrategias que permitan mitigar los factores que determinan que dicho método no se aplique en el ámbito asistencial.
- Se requiere utilizar el aprendizaje por modelos para aumentar la autoeficacia para aplicar el PE y la tecnología como influencia positiva, de manera que se establezca relación con el conocimiento que se brinda en la formación, con miras a que los profesionistas asuman no sólo la importancia de su aplicación, sino también que haya una formación continua que permita que los conocimientos se apliquen en la asistencia de enfermería.
- El nivel de conocimientos del PE es suficiente, sin embargo, es importante que se refuerce el aprendizaje y dominio primero a nivel educativo y posteriormente darle continuidad en área institucional, para que se brinden cuidados basados en una metodología propia que entre sus beneficios favorece la autonomía profesional.
- Si existen diferencias significativas en cuanto al grado de conocimientos por nivel de estudios, sin embargo, es fundamental que desde la formación académica se le de énfasis de la importancia de la aplicación de esta metodología en el área asistencial, y así no haya estas diferencias de acuerdo al nivel académico si no por la experiencia aumentada a través del tiempo.
- En cuanto al grado de autoeficacia, es necesario reforzarla en el área hospitalaria ya que esta conducta permite que, a pesar de los factores que dificultan la aplicabilidad, el PE se lleve a cabo en el área asistencial de manera constante.

X RECOMENDACIONES

Se sugiere profundizar en el análisis de manera cualitativa o mixta agregando variables de pensamiento crítico para poder determinar otras causas coadyuvantes que interfieran en la práctica y aplicación del método de cuidado.

También se requiere desarrollar estudios de intervención educativa mediante modelos y en la práctica directa con el paciente de forma constante para reforzar el conocimiento y la práctica del proceso de enfermería.

XI. REFERENCIAS

1. Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2009 Jun [citado 2023 Feb 22] ; 25(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192009000100010&lng=es
2. Amaro MC. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Abr [citado 2023 Feb 22] ; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192004000100010&lng=es.
3. Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. 8ª ed, Barcelona, España: Elsevier; 2015. Pp 703
4. Marriner A, Alligood MR, Modelos y Teorías en Enfermería. LaHabana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
5. Toney-Butler TJ, Thayer JM. Proceso de enfermería. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
6. Mondragón-Hernández I, Sosa-Rosas M. Experiencias de los alumnos en el Aprendizaje del Proceso de atención de enfermería. Enfermería Universitaria [Internet]. 2019;16(3):249-258. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358762700004>
7. Hernández-Conesa J, Esteban-Albert M. Fundamentos de enfermería: Teoría y método. España: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
8. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentos para la práctica de enfermería. 9ª ed. Louis, Missouri: Elsevier; 2019.
9. Sorrentino SA. Fundamentos de enfermería práctica. 2ª ed. España: Harcourt; 2020. pp. 35-38.
10. Elsevier. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos, soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. España: Elsevier; 2012.
11. Comisión Permanente de Enfermería. Modelo del cuidado de enfermería. CDMX; 2018.
12. Comisión Permanente de Enfermería. Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería. CDMX; 2012.

13. Ramírez E. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enferm Univ.* 2016;13(2):71-72. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-proceso-enfermeria-lo-que-si-S1665706316300185>
14. Karimi H. Applying nursing process education in workshop framework. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;29:561---6.
15. Martel L. Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Mar 12]; 35(4): e1054. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892019000400010&lng=es. Epub 20-Feb-2020..
16. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de Enfermería.* 8.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
17. Berman, A., Snyder, S.J., Kozier, B. & Erb, G. (2008). *Fundamentos de Enfermería.* 8^a ed. Madrid, Pearson.
18. Solano AL. El Proceso de Enfermería como estrategia para desarrollar la empatía en estudiantes de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2020 Sep [citado 2023 Feb 22]; 29(3): 165-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200014&lng=es. Epub 25-Ene-2021.
19. Secretaría de Salud. Modelo del cuidado de enfermería. SSA; 2018. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/modelo_cuidado_enfermeria.html
20. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería. *Nursing Interventions Classification (NIC).* 3.^a edición. Harcourt. 2003
21. NANDA International 2005. *Nursing diagnoses: definitions & classification 2005-2006.* Philadelphia. 277.
22. NANDA internacional. *Definiciones Y Clasificación 2021-2023.* Ed 12. Hispanoamericana. Elsevier Health Sciences, 2021.pp 612
23. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos, Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados 3^a ed. 2012. Cap 1. Pág. 1-10.
24. Aragón D, Muñoz SF, Prado YM, Ramírez LA, Hurtado DM, Meneses CA, Candela R. Evaluación del Plan de Alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017. *Rev. Med. Risaralda* 2020; 26 (1)

25. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
26. Márquez-Díaz RR. Planificación de un modelo integral de cuidados en una adolescente sometida a biopsia renal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Mar 09]; 22(4): 436-444. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000400436&lng=es. Epub 10-Feb-2020. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000400011>.
27. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección de Enfermería, Comisión Permanente de Enfermería. Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería. 1ª ed. 2011.
28. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
29. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
30. Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*. 2010;(17):18-23.
31. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2023 Mar 10]; 13(2): 124-129. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200124&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>.
32. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, Reynaldos K, Canales M. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2018; 29(3) 278-287.
33. Ramírez E. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enferm Univ*. 2016;13(2):71-72. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-proceso-enfermeria-lo-que-si-S1665706316300185>
34. Alcalde-Parcés P, Vera-Remartínez EJ. Método científico y lenguaje enfermero estandarizado. *Rev. Esp. Sanid. Penit*. 2014;16(1):1-2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000100001&lng=es

35. Morales AD, Morales NL. Epistemología del Proceso de Enfermería. *Desarrollo Científ Enferm.* 2007;15(2):84-88.
36. García ME, Torrenteras J. Las intervenciones de enfermería como patrón pedagógico de e-learning, wiki y aplicación móvil. *Revista de Educación a Distancia.* 2013; 39:104-125. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54729539007>
37. Barón MM, González PC, Muñoz MN, González N, Bernal MA. Cuidados enfermeros en adaptación al rol de cuidadores informales de personas con enfermedad de Parkinson. *Rev. Cient. Sedene.*2021;15(1):20-26
38. Abaunza M. Is the nursing process part of quality care? *Av Enferm.* 2007 Dec;26(1):141-7.
39. Subirana M. Investigación de las intervenciones de enfermería y calidad de los cuidados. *Influencia en el futuro de la sanidad. Rev. Enf. Clin.* 2004; 14(2):107-108.
40. Febré NP, Mondaca-Gómez K, Péndez-Celis P, Badilla V, Soto-Parada P, Ivanovic P. et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2018;29(3):278-287.
41. Bandura A, Walters R. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.* 1974. Disponible en:
http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/aprendizaje_social_desarrollo_de_la_personalidad_albert_bandura_richard_h_walters.pdf
42. Bandura, A. *Pensamiento y Acción: Fundamentos Sociales.* Barcelona: Martínez Roca. 1987 pp. 651
43. Tejada A, Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2005;1(5):117-123. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100510>
44. Bandura A. *Self-Efficacy: The exercise of control.* 1997. Nueva York, Freeman.
45. Ornelas MB, Vega H, Aguirre JF, Guedea JC. Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso: Un estudio con alumnos de educación física.2012 *Perfiles educativos*; 34(138), 62-74. Recuperado en 10 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982012000400005&lng=es&tlng=es.
46. Bandura A. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.* Sexta edición. España; Ed. Alianza. 1982. p. 16.

47. Garrido E. Autobiografía de Albert Bandura Traducción. España; 2006
48. Pablo R , Domínguez B, Peláez V, Rincón S, Orea A. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev clín med fam* 2016; 9(3): 152-158
49. Tapia C, Iturra V, Valdivia Y, Varela H, Jorquera M. Carmona A. Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud. *Ciencia y enfermería XXII*. 2017; (3): 35-45.
50. Lunenburg FC. Self-efficacy in the workplace: Implications for motivation and performance. *International Journal of Management, Business, and Administration*, 2011;14(1) pp. 1-6.
51. Bandura A, Caprara GV, Barbaranelli C, Gerbino M, Pastorelli C. Papel de la eficacia autorreguladora afectiva en diversas esferas del funcionamiento psicosocial. 2003 mayo-junio;74(3):769-82. doi: 10.1111/1467-8624.00567.
52. Acevedo M, Beltrán NI. Teorías educativas en la enseñanza de enfermería. 2015. *Revista CuidArte*, 3(6), 14–19. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2014.3.6.69083>
53. Bandura A, Walters R. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. 1974. Disponible en:
http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/aprendizaje_social_desarrollo_de_la_personalidad_albert_bandura_richard_h_walters.pdf 4
54. Olivari C, Urrea E. Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2007 Jun [citado 2023 Mar 10] ; 13(1): 9-15. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>.
55. Piergiovanni LF, Domingo DP. Estudio descriptivo de la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios argentinos. *Revista mexicana de investigación educativa*[Internet] [citado 2023 Mar 10], 2018;23(77), 413-432.
56. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020.
57. Cassiani SHB, Munar Jiménez EF, Umpierrez A, Peduzzi M, Leija C, Bortoli SE. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la

pandemia de COVID-19. Rev Panam Salud Publica 2020; 64(44)
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>.

58. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2018.
59. Secretaría de Salud (SSA). Estado de la enfermería en México 2018 [Internet]. México: OPS, OMS; 2018. [accesado 2019 Maio 12]. Disponible en: <https://bit.ly/2UDYesB>
60. Pérez I. Memorias de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO-UNAM. Enferm. Uuniv. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2021 Dic 09]; 7(2): 4-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200001&lng=es.
61. Pérez-Cabrera I. ENEO, un logro más: División de Posgrado por fin en Ciudad Universitaria (UNAM). Enfermería Universitaria. 2013;10(2):33-35. Disponible en: [https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-eneo-un-logro-mas-division-S1665706313726265DOI:10.1016/S1665-7063\(13\)72626-5](https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-eneo-un-logro-mas-division-S1665706313726265DOI:10.1016/S1665-7063(13)72626-5)
62. Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de Desarrollo Institucional ENEO 2019-2023. México: ENEO; 2019.
63. Moran M, Wood B. States, Regulation and the Medical Profession. Buckingham: Open University Press; 1993.
64. Aristizabal, P, Nigenda G, Squires A, Rosales P, et al. Regulación de la enfermería en México: actores, procesos y resultados. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020;, v. 25, n. (1): [Accedido 9 Diciembre 2021], pp. 233-242. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28462019>>. Epub 20 Dic 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28462019>.
65. Luengo-Martínez C, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado 2023 Mar 11]; 14(2): 131-142. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632017000200131&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.001>.
66. Següel F, Valenzuela S, Sanhueza O. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Cienc. enferm. [Internet]. 2015 Ago [citado 2023 Mar 10]; 21(2): 11-20.

- Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200002>.
67. Matus R, Balseiro L, Zárata RA., García M, Balan C. Formación educativa y desarrollo profesional: El caso de egresadas(os) de especialidades de posgrado en enfermería*. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2023 Mar 11]; 8(4): 8-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632011000400002&lng=es.
68. Escobar-Castellanos B, Valenzuela DA, Diaz YS. Aplicación del proceso de enfermería en un hospital de segundo Nivel de atención en Sonora, México. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2021;29(3):87-96
69. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [Internet]. 2018 [citado 06 enero 2023];22(6):831-842. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/5844/3242>
70. Sánchez JR, Aguayo CP, Galdames LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [citado 06 Enero 2023]; 33(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
71. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Ene 07]; 16(4): 374-389. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374&lng=es. Epub 16-Abr-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
72. Solano AL. El Proceso de Enfermería como estrategia para desarrollar la empatía en estudiantes de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2020 Sep [citado 2023 Feb 22]; 29(3): 165-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200014&lng=es. Epub 25-Ene-2021
73. Pérez M, Lorente K, Rodríguez E, Herriman DL, Verdecia N. Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. *Rev Cubana Enferm*. 2016; 32(3).

74. Lores E, Berenguer M. Modo de actuación profesional a través del Proceso de Atención de Enfermería en el Policlínico Universitario "Julián Grimau García". MEDISAN. 2011;15(6):773-779. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600007&lng=es
75. Ponti LE, Castill RT, Vignatti RA, Monaco ME, Nuñez JE. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. Educación Médica Superior. 2017; 32(4):1-12.
76. Díaz R, Amador R, Alonso RM, Campo A, Mederos M, Oria M. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería: Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. Enferm. Uuniv. [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 2020 Abr 24] ; 12(1): 36-40. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632015000100006&lng=es.
77. Alcaraz-Moreno N, Chávez-Acevedo AM, Sánchez-Betancourt EM, Amador-Fierros G, Godínez-Gómez R. Mirada del estudiante de enfermería sobre el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(2):65-74.
78. Batista-Sánchez MR, Alvarado-Gallegos E. Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. Rev Enferm IMSS. 2015;23(2):83-90.
79. Aguilar SL, López VM, Bernal ML, Ponce G, Rivas EJ. 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.
80. Bernal ML, Ponce G, González L. Conocimientos y autoeficacia para la aplicación del PAE en estudiantes de enfermería. Enferm Univ. 2006;3(2):19-24.
81. Pecina RM. Efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero en el área hospitalaria. Rev Enferm Neurol. 2010;9 (2):61-6. [En línea] http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/may_ago_10.pdf [Consultado 10/03/2023].
82. Gutiérrez O. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia. Av. Enferm. 2009;27(1):60-68.
83. Rojas JG, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de Enfermería en cuidados intensivos. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3):323-35.

84. Pecina RM. Autoeficacia en el aprendizaje de competencias disciplinares en estudiantes de licenciatura en enfermería en una universidad pública. *PAG Rev. Iberoam. Pproducción Académica Ggest. Eeduc.*, 2014; 1(1): 1-17. Disponible en: Recuperado de <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/30/4943>
85. Boaventura AP, Dos Santos P, Marocco EC. Conocimiento teórico-práctico del enfermero del Proceso de Enfermería y Sistematización de Enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2023 Mar 12]; 16(46): 182-216.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.247911>.
86. Abaunza M. ¿El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado?. *Av. enferm.*, 2007; 25(2), 141-147. Disponible en: Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/vi>
87. Pérez MT, Sánchez-Piña S, Franco-Orozco M, Ibarra A. Aplicación del Proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. *Rev Enferm IMSS.* 2006; 14(1): 47-50. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim061i.pdf>
88. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A y Major F. *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Masson; 1996.
89. Palmet M, Villarreal-cantillo E. Una perspectiva en la gestión de enfermería. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2020 Agosto [citado 2023 marzo 11]; 36(2): 506-511. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000200506&lng=en. Epub 20 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.610.73>.
90. Zabalegui A. El rol del profesional en enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2003 Dic [citado 2023 marzo 11]; 3(1): 16-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en.
91. Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2009 Jun [citado 2023 Mar 11]; 25(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010&lng=es.

92. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2005 Oct [citado 2023 marzo 11] ; 5(1): 114-127. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100012&lng=en.
93. Zarate RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2004 [citado 2023 Mar 11] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
94. Carmona B, Ponce G. La enseñanza de enfermería, un análisis desde las teorías de la reproducción. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2023 Mar 11] ; 8(3): 36-42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000300006&lng=es.
95. Donoso RF, Gómez N, Rodríguez A. La importancia del cuidado de enfermería en pacientes post trasplantado. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*. 2021;62 (8):1-16. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2817>
96. Waldow R. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan* [Internet]. 2009 Dic [citado 2023 marzo 11];9(3): 246-256. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000300005&lng=en.
97. Lopera MA, Forero C, Paiva LE, Cuartas VM. El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. *Rev Cuid*. 2016; 7(2): 1262-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.320>
98. Diario Oficial de la Federación (DOF). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: DOF; Marzo 2014. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
99. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea: AMM 59^a Asamblea General octubre 2008. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies->

post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-
medicas-en-seres-humanos/

100. May-Uitz S, Salas-Ortegón SC, Tun-González DT, Pacheco-Lizama JG, Collí-Novelo LB, Puch-Ku6 EBS. Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes sobre el proceso de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2014;22(1):13-8
101. Bunge E. "Entrevista con Albert Bandura." *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2008; 2(18): 183-188. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780014>
102. Parra-Loya KM, García-Granillo ML, Carrillo-González E, Pizarro N, León-Hernández G. Experiencia en la aplicación del proceso enfermero por el personal de enfermería en una unidad asistencial de segundo nivel, Chihuahua (México). *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*. 2017; 7(2):32-43.
103. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la perspectiva vivida. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13(4):208-21

XII. ANEXOS

Anexo XII.1. Instrumento

Autoeficacia percibida en la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

Folio: _____

I. Datos generales

Edad: _____ Sexo: Mujer Hombre Servicio:

Turno:

Diurno Especial Nocturno

Antigüedad en el INER _____

Último grado de estudios: Técnico Postécnico Licenciatura Especialización

Maestría otro _____

Escuela(s) de procedencia: _____

Año de egreso: _____

Número de pacientes por turno:

Categoría: Enfermera general: A B C Enfermera especialista: A B C Jefe de servicio A B C

Otro (especifique): _____

Funciones de enfermería: Asistenciales Administrativas Docentes Investigativas

¿Ha tomado curso de PAE? _____ Fecha _____

Número de pacientes en la jornada: _____

II Objetivo: Conocer la autoeficacia percibida para la aplicación del proceso de atención de enfermería, conocimiento sobre la aplicación del proceso de atención y la aplicación de éste. Los resultados serán confidenciales con fines académicos de investigación.

III. Instrucciones: Responda marcando con una “X” la respuesta que considere correcta.

1. El objetivo principal de enfermería para implementar el PAE es:

- a) Ejecutar rápidamente los cuidados.
- b) Notificar el tipo de atención al resto del equipo de salud.
- c) Proporcionar una atención integral y de calidad al paciente.
- d) Favorecer la satisfacción personal de enfermería.
- e) Tener en cuenta los cuidados a realizar.

2. Las etapas o fases del proceso de atención de enfermería son:

- a) Percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación.
- b) Diagnóstico, Investigación de las causas del problema, Planeación y Evaluación.
- c) Valoración, Planeación, Intervención y Evaluación.
- d) Valoración, Planeación, Evaluación, Reelaboración de diagnósticos y Actualización.
- e) Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

3. El proceso de enfermería es:

- a) Una técnica de recolección y validación de datos.
- b) Un instrumento de acreditación para la formación profesional.
- c) Una forma de valorar al individuo con problemas.
- d) Una táctica para poder llegar más pronto al cumplimiento de los objetivos.
- e) Un método sistemático y organizado para proporcionar calidad de cuidados al individuo(s).

4. Etapa del Proceso de Enfermería en la que se aplica la Evaluación:

- a) Valoración.

- b) Diagnóstico
- c) Planeación .
- d) Ejecución
- e) En todas las etapas.

5. Etapa del proceso de enfermería en que se llevan a cabo las actividades planeadas para el cuidado de un paciente:

- a) Valoración.
- b) Intervención.
- c) Planeación.
- d) Ejecución.
- e) Organización.

6. Se trata de una característica indispensable para la elaboración de diagnósticos de enfermería:

- a) La observación por parte de enfermería.
- b) La consulta del expediente clínico.
- c) La disponibilidad de tiempo.
- d) La lectura de las indicaciones médicas.
- e) Conocer el diagnóstico médico.

7. Algunos métodos de los que se vale la enfermería para la valoración del individuo son:

- a) La observación, entrevistas y la consulta médica.
- b) La observación, entrevistas y la exploración física.
- c) La recopilación de antecedentes patológicos del paciente.
- d) El resultado de exámenes de laboratorio y gabinete, así como la entrevista a familiares.
- e) El registro de manifestaciones clínicas y la consulta con especialistas.

8. El uso de los factores relacionados en la estructura del diagnóstico de enfermería tiene el fin de:

- a) Conocer los factores de riesgo a los que está expuesto el individuo.
- b) Darle un nombre al diagnóstico de enfermería.
- c) Ofrecer una definición exacta del diagnóstico.
- d) Conocer las circunstancias que pueden contribuir al desarrollo de un problema o necesidad.
- e) Conocer los elementos fisiológicos o genéticos que aumentan la vulnerabilidad a un daño a la salud.

9. Etapa del proceso de enfermería en que se hace un recuento de los avances o retrocesos en la atención que se brinda a un paciente:

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

10. Es la descripción de lo que la enfermera y el paciente esperan conseguir al llevar a cabo el plan de intervención:

- a) Objetivos.
- b) Valoración.
- c) Planificación.
- d) Ejecución.
- e) Evaluación.

11. Es la etapa que incluye plantear objetivos, determinar actividades a realizar y contemplar la evaluación:

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

12. Son características del proceso de enfermería:

- a) Sistematizado y general.
- b) Flexible e intencionado.
- c) Estructurado e incidental.
- d) Selectivo y rígido.
- e) Estático y sistematizado.

13. El establecimiento de prioridades, elaboración de objetivos y la organización de actividades son parte de:

- a) La valoración.
- b) El diagnóstico.
- c) La planificación.
- d) La ejecución.
- e) La evaluación.

14. Los diagnósticos de enfermería deben ser:

- a) Bien identificados e inamovibles para evaluar el desarrollo de todo el proceso.
- b) Cambiados o actualizados si la valoración y evaluación que se hace del sujeto de cuidado lo amerita.
- c) Permanecer de principio a fin para guiar la evaluación de las intervenciones de enfermería.
- d) Cambiantes según la evolución médica del padecimiento del sujeto del cuidado.
- e) Deben cambiar según la permanencia o si los días de estancia del individuo se prolongan.

15. Las etapas en el proceso de enfermería son:

- a) Secuenciales: una debe de seguir a la anterior.
- b) Inamovibles: no pueden cambiarse de momento de aplicación.
- c) Cíclicas: se debe volver a la primera etapa siempre.
- d) Dialécticas: se puede ir de una a otra según se requiera.
- e) Ordenadas: sólo por cuestión de organización administrativa

NIVEL DE AUTOEFICACIA (ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA)

Instrucciones: Elige la respuesta que consideres que se acerca más a tu experiencia personal (marca con una X).

Autoeficacia para aplicar el PAE	Completamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	No puedo hacerlo
16. Considero sencillo llevar a la práctica el proceso de atención de enfermería.					
17. Me resulta más sencillo resolver problemas de salud de los pacientes al aplicar el PAE que con otra forma de cuidado.					
18. Me es fácil persistir hasta alcanzar los objetivos propuestos en el plan de intervención.					
19. Tengo confianza en que puedo manejar eficazmente situaciones inesperadas					

que presente el paciente al implementar el proceso enfermero.					
20. La evaluación constante me facilita identificar las situaciones difíciles que presenta el paciente.					
21. Ante situaciones no contempladas en la planificación del proceso enfermero, soy capaz de manejarlas.					
22. Con las intervenciones que planteo puedo resolver la mayoría de los problemas que presenta el paciente.					
23. Hago uso de la evaluación para determinar si se han corregido los problemas y conseguido los objetivos establecidos.					
24. Gracias a la evaluación constante puedo hacer modificaciones en los diagnósticos de enfermería según las necesidades del paciente.					
25. Soy capaz de ejecutar eficientemente actividades para resolver situaciones					

difíciles con respecto a la salud del paciente.					
26. Soy capaz de elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo con el estado de salud del paciente.					
27. Ante el surgimiento de nuevas necesidades, me siento capaz de elaborar nuevos diagnósticos.					
28. Me resulta fácil modificar la planeación ante el surgimiento de nuevas necesidades de salud.					
29. Considero que cuento con las habilidades necesarias para ejecutar el proceso de atención de enfermería en forma integral.					
30. Soy capaz de evaluar constantemente los resultados de mis intervenciones en el proceso del cuidado.					
31. Me siento realmente satisfecha/o con las intervenciones que planteo.					

<p>32. Me siento capaz de ejecutar las actividades planteadas para resolver las situaciones problemáticas en el paciente.</p>					
<p>33. Soy capaz de realizar la valoración necesaria para prever situaciones difíciles con respecto a la salud del paciente.</p>					
<p>34. Tengo confianza en que puedo plantear cuidados eficientes ante situaciones inesperadas que presente el paciente.</p>					
<p>35. Me resulta fácil aplicar el PAE, aunque algo o alguien se me oponga.</p>					
<p>Modelaje vicario</p>					
<p>36. Ver al personal de enfermería aplicar el PAE aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes.</p>					
<p>37. Ver a mis compañeros/as aplicar el PAE aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado de los pacientes.</p>					

<p>38. Ver a mis profesores/as enfermeras aplicar el PAE aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes.</p>					
<p>39. Independientemente de quien sea, ver aplicar el PAE aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes.</p>					
<p>40. Persuasión visual y trabajar sobre el éxito.</p>					
<p>41. Los profesores me han hecho énfasis para que utilice el PAE al brindar cuidados.</p>					
<p>42. El personal de enfermería me ha hecho énfasis para que haga uso del PAE para brindar cuidados.</p>					
<p>43. Al reportar errores en el cuidado que brindo, me motivan para corregirlos.</p>					
<p>44. Mis profesores me hacen énfasis en los logros que alcanzo al implementar el PAE.</p>					

45. Los conocimientos que tienes sobre PAE, ¿quién te ayudó a comprenderlos mejor?:

- a) Docentes de enfermería.
- b) Compañeros.
- c) Personal de enfermería.

46. ¿Qué dificultades encuentras al aplicar el PAE?

47. Desde tu opinión, ¿cuál es el beneficio que te reporta usar o aplicar el PAE?

48. La estrategia que te ha resultado más eficaz para el aprendizaje del PAE es (marca sólo una opción):

- a) Videos b) Conferencias c) Exposiciones teóricas d) Análisis de casos por escrito e) Práctica directa con el paciente tú solo f) Práctica directa con el paciente teniendo como modelo un compañero, el profesor u otra persona g) Otros (especifica):

49. En tu experiencia práctica como alumno, el PAE lo aplicas:

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

Gracias por tu colaboración.

Anexo XII. 2 Dictamen de aprobación del proyecto de investigación



Comité de Investigación
19 CI 09 012 013
Comité de Ética en Investigación
CONBIOÉTICA-09CEI-003-20160427

Ciudad de México a 18 de junio de 2021
INER/CI/198/2021
INER/CEI/205/2021

Enf. Esp. Nefro. Libiert Pérez Gordillo
Investigador Principal

Asunto: DICTAMEN APROBACIÓN.

Título del Proyecto: CONOCIMIENTO Y AUTOEFICACIA DE LA ENFERMERA (O) PROFESIONAL PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

Código asignado por el Comité: **E07-21**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Protocolo	No. y/o Fecha Versión	Decisión
Consentimiento Informado	Versión 1, mayo 2021	APROBADO
Instrumento de medición	Versión 1, mayo 2021	APROBADO

Este protocolo tiene vigencia de junio 2021 a junio 2022.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia. El Comité dispone en su página electrónica de un formato estándar que podrá usarse al efecto. Lo anterior forma parte de las Consideraciones mínimas para el desarrollo del Proyecto de Investigación las cuales vienen descritas al reverso de esta hoja.

Dra. Blanca Margarita Bazán Perkins
Presidente del Comité de Investigación

Atentamente

Lic. Adriana Espinosa Jove
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Catavada de Tlalpan #502, Col. Sección XVI, CP. 14080, Alcaldía Tlalpan,
Ciudad de México. Tel: 5553877700, www.iner.salud.gob.mx



Anexo



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

<p>TÍTULO DEL PROYECTO Conocimiento y autoeficacia para la aplicación de la enfermera (o) profesional para la aplicación del proceso de enfermería en un hospital de tercer nivel de atención.</p>	
<p>INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ADSCRIPCIÓN Debe contener: nombre, título y adscripción del investigador principal. Enf. Esp. Libiert Pérez Gordillo, enfermera jefe de servicio adscrita al clínico 3 en el turno especial nocturno</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>	
<p>INVESTIGADORES PARTICIPANTES Y ADSCRIPCIONES Debe contener: nombres, títulos y adscripciones de los investigadores participantes. Dra. Sandra Sotomayor Sánchez, profesora de tiempo completo en la ENEO-UNAM, asesora de tesis Programa de Maestría en enfermería. Dra. Araceli Jiménez Mendoza, profesora de tiempo completo en la ENEO-UNAM, asesora de tesis Programa de Maestría en enfermería.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>	
<p>FECHA DE INICIO Junio 2021</p>	<p>FECHA DE TÉRMINO Diciembre 2021</p>

CRONOGRAMA

Periodos en: Meses: 6 Bimestres: _____ Otros: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Ejecución	X	X																						
Análisis			X	X																				
Preparación de la publicación					X	X																		



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

TITULO DEL PROYECTO

Conocimiento y autoeficacia para la aplicación de la enfermera (o) profesional para la aplicación del proceso de enfermería en un hospital de tercer nivel de atención,

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación se genera y propone a partir de la observación directa realizada sobre la falta de evidencia de la aplicación del PE en la práctica asistencial cual refleja en el profesional de enfermería:

En lo general, una práctica profesional no autónoma aun dependiente de las prescripciones médicas; realización de actividades por rutinas, que no siempre responden a la satisfacción de las necesidades de las personas sujetas del cuidado de enfermería.¹ Y en la literatura se encuentra que las enfermeras no aplican dicha metodología para brindar cuidados a los pacientes en el contexto institucional², las acciones de cuidado del profesional de enfermería están basadas en indicaciones médicas, procedimientos y rutinas en cuanto al registro es inexistente, impreciso, incompleto o repetitivo.^{3,4}

Por lo anterior se considera importante realizar un estudio cuantitativo que aporte evidencia del conocimiento y autoeficacia de la enfermeras profesionales para la aplicación del PE como metodología propia de cuidado y poder generar estrategias que permitan la aplicación de dicha metodología

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre el conocimiento y la autoeficacia percibida, en la aplicación del PE, de las enfermeras (os) profesionales de nivel licenciatura y posgrado (especialización) en una institución pública de tercer nivel de atención?

¿Qué diferencia existe sobre conocimiento y autoeficacia en la aplicación del PE en las enfermeras (os) profesionales de nivel licenciatura y posgrado (especialización) en una institución pública de tercer nivel de atención?





FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES

Utilizar únicamente este apartado para la descripción de antecedentes

Se deberá proveer información de base para poder entender la relevancia del presente estudio y el propósito y fundamento del estudio.

Se deberá incluir un resumen de los datos de estudios no clínicos que tengan potencialmente una importancia clínica y de estudios clínicos y epidemiológicos relevantes para el presente estudio, así como las referencias de la literatura relevantes al estudio y que provean un sustento para el estudio.

Autores: Díaz AR, Amador MR. Et al. Año: 2013 Tipo de estudio: Descriptivo/ transversal

Título: Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". Muestra: 33 estudiantes de 5º año facultad de enfermería "Lidia Doce"

Objetivo: Evaluar conocimientos del PAE en un grupo de alumnos que están concluyendo su formación académica.

Conclusión: La etapa de intervención aportó mayor número de desaprobados, existen errores en las tres etapas estudiadas.⁵

Autor: Pecina RM Título de la investigación: Efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero en el área hospitalaria 2010. Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y trasversal. Muestra: 54 alumnos de 3er año de la carrera de la licenciatura en enfermería Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Objetivos: Evaluar nivel de conocimientos respecto al PAE, percepción de autoeficacia en la aplicación del PAE y el papel del profesor en la enseñanza del PAE. El 64% un nivel de conocimientos suficientes; el 72% están seguros de aplicarlo en situaciones reales; el 67% expresan que los docentes facilitaron el aprendizaje. Concluyen y concuerdan con otras evidencias relacionadas en que existe dificultad del conocimiento en el Proceso de Atención de Enfermería, sobre todo en la etapa de intervención.⁶

Autores: Aguilar SL, López VM, Bernal BM, Ponce GG, Rivas EJ

Título: Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación Año: 2008, Tipo de Estudio: transversal muestra: en 154 enfermeras de hospital privado. Servicio de terapia Intensiva y hospitalización Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia en su aplicación por el personal de enfermería en un hospital privado El papel del profesor en la enseñanza del PE.

Conclusión: El nivel de conocimientos exhibido es "suficiente" en enfermeras del área de hospitalización con 44.6% y las de áreas críticas con 33.8% El nivel de autoeficacia para aplicar PAE 50% de enfermeras del área de hospitalización están "completamente seguras de poder hacerlo".⁷

Autor: Bernal M, Ponce G; González L. Título: Conocimientos y autoeficacia para la aplicación del PAE en estudiantes de enfermería. Año 2006 Tipo de Estudio: cuantitativo-correlacional en estudiantes de enfermería de la licenciatura 292. Objetivo: conocer las diferencias entre estudiantes de programas intermedios y avanzados, en las dimensiones de conocimiento y autoeficacia para aplicar el PAE. Conclusión: Los estudiantes de semestres avanzados poseen más conocimientos y nivel de autoeficacia. Es necesario fortalecer los mecanismos de autoeficacia, los conocimientos y el cuidado (prácticas) profesional.⁸





FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN

Explique la originalidad, y/o relevancia científica.

La relevancia de llevar a cabo dicha investigación es para que partir de los resultados se puedan aportar datos que se constituyan en ejes de estudio y reflexión del PE de los cuales surjan propuestas de cambios en 3 ejes principales 1) formación (educación)⁹, 2) en la práctica profesional de enfermería²⁰, y 3) en la investigación²¹ direccionados a:

En el proceso de enseñanza aprendizaje de PE (formación) es decir en la manera como se enseña; en la actualización e importancia de promover la aplicación del PE en el área hospitalaria y comunitaria (práctica profesional) y finalmente promoción de la utilización dicho método en la investigación ya que cuenta con la validez, factibilidad y viabilidad como único método de cuidado.

HIPÓTESIS

HI: El mayor nivel de conocimientos y autoeficacia la tienen los enfermeros con mayor nivel de estudios, mayor antigüedad.

HI: Existe asociación positiva en cuanto a que a mayor nivel de conocimientos mayor será la autoeficacia para la aplicación del PAE en las enfermeras (os) de nivel licenciatura y especialización.





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO (S) GENERAL (ES)

- Describir la autoeficacia percibida y los en las enfermeras (os) profesionales de nivel licenciatura y posgrado (especialización) en una institución de tercer nivel de atención.
- Comparar el conocimiento y la autoeficacia percibida en la aplicación del PE entre los dos grupos de profesionales de enfermería de nivel licenciatura y especialistas en una institución de tercer nivel.
- Asociar las variables de conocimiento y la autoeficacia percibida para la aplicación del PE en las enfermeras (os) profesionales de nivel licenciatura y posgrado (especialización) en una institución de tercer nivel de atención y conocer si dicha asociación es positiva o negativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los conocimientos de las etapas del PE valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación en los profesionales de nivel licenciatura y con especialidad.
- Medir la autoeficacia percibida para la aplicación del PE en sus cuatro dimensiones (experiencia vicaria, logros de ejecución, persuasión verbal y las emociones en los profesionales de nivel licenciatura y los de posgrado de especialidad)

TAXONOMÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Marque dentro del paréntesis lo que aplique de acuerdo a su estudio:

• Propósito general	
(x)	Descriptivo
(x)	Comparativo (analítico)
• Forma de asignación de los agentes	
(NA)	Estudio experimental
(x)	Estudio observacional
• Secuencia temporal	
(x)	Transversal
(NA)	Longitudinal
• Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos	
(x)	Prospectivo
(NA)	Retrospectivo



SALUD SECRETARÍA DE SALUD **FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN** **INER** INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS **COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN** COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

MATERIA Y MÉTODOS
UTILIZAR LAS HOJAS NECESARIAS

A) Lugar del estudio.
B) Descripción de la población de estudio.
1. Criterios de inclusión.
2. Criterios de exclusión.
3. Criterios de eliminación.
4. Tamaño de muestra.
C) Variables de desenlace y descripción de las otras variables de estudio.
D) Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos de control de calidad de los datos. Captura de datos.
E) Plan de análisis de resultados.
1. Métodos de análisis estadístico según el tipo de variables.
2. Programa (software) a utilizar para el análisis de datos.
F) Utilizará modelos animales.
() Si (X) No

Para los protocolos de investigación con animales, hacer mención de lo siguiente:
Especie, Cepa o Línea a utilizar, Cantidad, Sexo, Peso o Edad, etc.

Descripción de la cantidad de animales por grupo experimental y por grupo control. Adicionalmente, favor de indicar claramente el número total de animales a ser utilizados en el proyecto.

Describe si se requiere alguna condición o característica particular de alojamiento, mantenimiento, alimentación, cuidados veterinarios, etc.

Describe los procedimientos que se emplearán en este proyecto; por ejemplo, restricción de agua, alimentos, uso de catéteres, extracción de sangre, intubaciones, administración de agentes químicos/fármacos, inoculación de microorganismos patógenos, procedimientos de cirugía con recuperación, suministro de alimento especial/dieta/suplemento, etc.

Duración estimada del tiempo de trabajo con animales en experimentación. Describir si es un procedimiento de tipo terminal o agudo/procedimiento crónico.

En caso de utilizar algún tipo de anestésico por favor indicar dosis, vía de administración y frecuencia de uso.

En caso de que el procedimiento experimental ocasione dolor en los animales favor de describir las medidas que utilizarán para aliviarlo (uso de analgésicos, psicología y vía de administración, eutanasia, etc.).

¿Qué método de eutanasia se llevará a cabo al final del experimento?
NO APLICA

Página 10 de 17 **INER-CEINV/CINV-01 (12.2020)**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN** **INER** INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS **COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN** COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

A) Lugar del estudio
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas".

B) Descripción de la población de estudio
UNIVERSO:
Enfermeras (os) del hospital que laboren en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
POBLACIÓN:
Enfermeras(os) profesionales con grado académico licenciadas y con nivel de posgrado especialidad, que laboren en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío y que se encuentran en los diferentes servicios de hospitalización en los diferentes turnos, que sus funciones sean exclusivamente asistenciales.
MUESTRA :
Enfermeras (os) profesionales de nivel licenciatura y con especialidad (posgrado) que se encuentren en áreas de hospitalización con funciones asistenciales exclusivas de los 6 diferentes turnos (matutino, Vespertino, Nocturno A, B, Especial Diurno y Especial Nocturno) de los diferentes servicios de hospitalización (UCIR, Urgencias, recuperación, pediatria y los Clínicos 1, 2, 3, 4, y 5).
Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó la fórmula para muestras finitas
Seguridad: 95% Precisión: 5% (0.05) proporción esperada 30% (0.3). Universo N: 1000
Muestra:
n= 300 enfermeras de las cuales 150 serán de nivel licenciatura y 150 de nivel posgrado especialización.
Por cada turno 50 enfermeras profesionales, de las cuales 25 deben de ser licenciadas y 25 especialistas con posgrado.
Por servicio de 4 profesionales de los cuales 2 nivel licenciatura y 2 especialistas.
Esta muestra depende de la aceptación, y de los criterios de inclusión así como de la cantidad de enfermeras que haya en cada servicio y turno.
Selección de la muestra será a conveniencia, se aceptarán a las enfermeras (os) que voluntariamente quieran participar previo firma de carta de consentimiento informado, y se encuentren en cada servicio el día que se dé a conocer la investigación a la jefe el servicio y se les brinde la información respecto a la investigación, la liga electrónica de la encuesta será enviada vía whatsapp o correo electrónico la cual proporcionará cada uno de los participantes, también se pondrá a disposición dicha liga en el grupo de whatsapp que tenga la jefe de servicio de cada turno.
C) Procedimientos del estudio
Se realizará la recolección de la información, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, validado por expertos elaborado por Bernal M. y Ponce G., con una confiabilidad 0.87 de alpha de cronbach. En formato electrónico mediante liga en whatsapp y/o correo electrónico, previo a consentimiento informado.
Se difundirá por medio dos vías la primera promoción directa (se visitará de manera personal cada servicio y turno) para la participación del estudio donde se explicará de manera general de lo que se trata el estudio y se dejará la liga electrónica para responder el cuestionario;
2. también de manera indirecta se compartirá la liga vía whatsapp por medio de los grupos ya establecidos en cada servicio que se compartirá primero a la jefe de cada servicio y ella se encargará de difundirlo a su equipo de trabajo.
D) Número necesario de sujetos de investigación
Enfermeras (os) profesionales de nivel licenciatura y con especialidad (posgrado) que se encuentren en áreas de hospitalización

Página 11 de 17 **INER-CEINV/CINV-01 (12.2020)**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN** **INER** INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS **COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN** COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

con funciones asistenciales exclusivas de los 6 diferentes turnos (matutino, Vespertino, Nocturno A, B, Especial Diurno y Especial Nocturno) de los diferentes servicios de hospitalización (UCIR, Urgencias, recuperación, pediatria y los Clínicos 1, 2, 3, 4, y 5).
Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó la fórmula para muestras finitas
seguridad: 95% Precisión: 5% (0.05) proporción esperada 30% (0.3)
n= 300 enfermeras de las cuales 150 serán de nivel licenciatura y 150 de nivel posgrado especialización.
Por cada turno 50 enfermeras profesionales, de las cuales 25 deben de ser licenciadas y 25 especialistas con posgrado.
Por servicio 4 profesionales de los cuales 2 nivel licenciatura y 2 especialistas.
Esta muestra depende de la aceptación, y criterios de los criterios de inclusión así como de la cantidad de enfermeras que haya en cada servicio y turno.
E) Criterios de inclusión y exclusión
Criterios de inclusión :
Enfermeras(os) profesionales, de los diferentes servicios y turnos de hospitalización, que realice funciones asistenciales y que tengan un registro como trabajador del INER.
Criterios de exclusión:
Enfermera (os) pasantes y estudiantes. Enfermeras(os) profesionales que no quieran participar en la investigación, que se encuentren de prestación, que su formación académica sea antes de los años ochenta, enfermeras que sus funciones sean exclusivamente administrativas, docentes, o de investigación.
F) Captura, procesamiento, análisis e interpretación de la información.
Para este estudio, se realizará el análisis e interpretación de los datos, utilizando programas como SPSS Versión 21 para el manejo de estadística descriptiva e inferencial.
Se llevará a cabo un análisis descriptivo de la población para plantear sus características generales.
Para el caso de comparación de los dos grupos de muestras independientes (Licenciadas y especialistas), se empleará la t de Student. Previamente se realizarán pruebas de normalidad.
Para el análisis de correlación o asociación de variables cuantitativas de intervalares (conocimiento y autoeficacia), se utilizará la prueba de regresión de Pearson.
Se presentarán los resultados del análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes o bien gráficas de pastel.

Página 12 de 17 **INER-CEINV/CINV-01 (12.2020)**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN** **INER** INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS **COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN** COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

CONSIDERACIONES ÉTICAS

a) Indique el tipo de riesgo de la investigación.
El tipo de riesgo deberá ser considerado de acuerdo a lo establecido en el Art. 17 del REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
Investigación sin riesgo.
Investigación con riesgo mínimo.
Investigación con riesgo mayor que el mínimo.
b) Para los protocolos de investigación en animales, hacer mención de la reglamentación vigente:
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Séptimo, de la Investigación que incluya la utilización de animales de experimentación.
Ley Federal de Sanidad Animal.
Reglamento de la Ley Federal de Sanidad Animal.
NOM-062-ZOO-1999, Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de animales de laboratorio.
Guía para el cuidado y uso de los animales de laboratorio "Guide for the Care and use of Laboratory Animals eighth Edition, Institute for Laboratory Animal Research Council".
Lineamientos para el sacrificio humanitario de los animales "AVMA Guidelines for the Euthanasia of Animals: 2013 Edition".
a) Investigación sin riesgo. B) No aplica

Página 13 de 17 **INER-CEINV/CINV-01 (12.2020)**

Anexo XII.3 Consentimiento informado



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Programa de Maestría en Enfermería

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

"Ismael Cosío Villegas"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

"Conocimiento y autoeficacia de la enfermera (o) profesional para la aplicación del proceso de enfermería en un hospital de tercer nivel de atención."

Introducción

El proceso de enfermería (PE) es la herramienta metodológica de intervención propia del profesional de enfermería, la relevancia de su aplicación es debido a que permite la sistematización de los cuidados, brindando beneficios de autonomía profesional, toma de decisiones, y cuidados a la persona de manera holística.

La aplicación del PE representa un núcleo conceptual de estudio importante en cuanto a el compromiso responsabilidad de asumirlo como una metodología propia del cuidado profesional; por lo que su conocimiento y autoeficacia para la aplicación de esta metodología que tiene un impacto a nivel disciplinar como herramienta de cuidado, en la formación porque forma parte del eje curricular, y en las instituciones porque permite brindar cuidados sistematizados y adecuados para cada paciente de manera holística, y su registro permite ser un indicador de calidad en la atención.

Objetivo:

Describir, Comparar y asociar el nivel de conocimientos y autoeficacia percibida en las enfermeras(os) profesionales licenciados y en los enfermeros con posgrado (especialización) en la aplicación del PAE en una institución de tercer nivel de atención.

Procedimiento y condiciones para ingresar al estudio

Mediante una encuesta vía electrónica (watsapp y/o correo electrónico) se seleccionarán a enfermeras profesionales con nivel de estudios de nivel licenciatura y/o especialidad que laboren actualmente en el INER, que se encuentren en áreas de hospitalización con actividades asistenciales exclusivamente en los diferentes turnos y servicios.



Riesgos

No existe ningún riesgo para su salud.

Beneficios

Los resultados obtenidos irán dirigidos a la mejora continua de la institución, mediante la promoción y educación continua para la aplicación del PE.

Confidencialidad

Toda la información obtenida es ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, por lo que sólo se le proporcionará a la o el participante y serán utilizados con fines académicos y de investigación.

Preguntas

Toda duda que tenga durante el tiempo que dura la investigación la podrá consultar con Lic. Adriana Espinosa Jove, Presidenta del Comité de Ética en Investigación Tel. 5554871700 ext. 5254. Y Enf. Esp. Libiert Pérez Gordillo a el siguiente correo libiert2612@gmail.com, tel. 5615473126

Derecho a rehusar

La aceptación a participar en este estudio es enteramente VOLUNTARIA. Por lo que si decide no hacerlo no le afectará.

Liga para participar en el estudio

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdxr3ZbXCLJ3SL0qi-Pqt2cHsSY6cAh2xtmExarLZBMDYYdAg/viewform?usp=sf_link

CONSENTIMIENTO

Consiento en participar en el estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador (testigo)

Ciudad de México a ____ de _____ del ____.

