

00961



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA
PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN ALUMNOS DE PREGRADO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

P R E S E N T A :

LIC. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL.

DIRECTORA DE TESIS: Mtra. Lilia González Juárez.

México D. F.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES
2005

m. 345932



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.



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIERREZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 16 de marzo del 2005, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) del (a) alumno(a) **MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL** con número de cuenta 8036312-3, con la tesis titulada :

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA LA
APLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN ALUMNOS DE
PREGRADO

bajo la dirección del(a) **MTRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ**

Presidente : Maestra Irene Loo Morales
Vocal : Maestra Liliana González Juárez
Secretario : Maestra Ana María Lara Barrón
Suplente : Maestra María Cristina Müggenburg Rodríguez y Vigil
Suplente : Maestra Laura Morán Peña

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
MÉXICO D.F. a 18 de abril del 2005.


MTRA. LAURA MORÁN PEÑA
COORDINADORA DEL PROGRAMA

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, institución que me formo profesionalmente y ahora me permite ampliar conocimientos y experiencias otorgándome las facilidades para realizar estudios de maestría.

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), de la UNAM, ya que gracias a su apoyo, este ambicioso proyecto de investigación y desarrollo personal, pudo llevarse a cabo.

A las facilidades otorgadas por las autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, institución de la soy orgullosamente egresada e integrante de su plantilla docente.

A la Maestra Lilitiana González Juárez quien tan acertadamente guió este trabajo, invirtiendo parte de su tiempo y amplios conocimientos. Por todas sus aportaciones, gracias.

A la coordinadora, profesores y compañeros de la maestría con quienes transitamos este arduo camino hasta llegar a su fin. Por su paciencia, espíritu de compañerismo y camaradería permanente.
Gracias.

DEDICATORIAS:

A mis hijos: César, Luliana, Martha y Jessica

Pilares de mi existencia. Quienes soportando mis largas horas de ausencia, supieron entender teniendo invariablemente una sonrisa de bienvenida y sabiendo de antemano que mi pensamiento y corazón siempre están junto a ustedes. Los quiero.

A mi Esposa: por encontrarse siempre a mi lado, por su amor y comprensión ya que sin ello no hubiera sido posible alcanzar este sueño.

*Para quien, alejado de cuerpo pero muy cerca de mi corazón y pensamiento, siempre ha estado como fuente de inspiración, muestra de perseverancia y superación; y para quien estoy segura este logro significaría un orgullo. Por tus enseñanzas, gracias: *Alí Papé (Carlos Bernal T)*.*

A mi Mamá y Hermanos: Leticia, Carlos, Gustavo, Norma, Alejandro, Georgina y Adriana quienes aun sin proponérselo lograron que se mantuviera en mi el espíritu de lucha constante, para el logro de este objetivo.

A Sandy Ponce Gimex, entrañable compañera y amiga que sin su apoyo e incondicional ayuda no hubiera sido posible alcanzar este sueño. Mil gracias.

A mis amigas: Teresa Salazar G., Emigdia Salazar R., Sandra Sotomayor S., Liliana González J., Verónica Flores y Claudia Garduño quienes fungieron como un gran soporte en momentos difíciles estimulándome para el logro de esta meta.

A Irma, Lilia, Edgar y Jorge por la tranquilidad que me brindaron al saber de su apoyo.

ÍNDICE

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN.	1
1.1. Problema a investigar.	5
1.2. Propósito	8
1.3. Objetivos	9
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.	11
2.1. Antecedentes	11
2.2. Marco Conceptual	17
- Proceso Atención de Enfermería como instrumento metodológico para ofrecer cuidados.	17
- Importancia social del aprendizaje.	27
- Teoría Cognitivo-Social, una estrategia para fortalecer habilidades en el aprendizaje del cuidado.	30
- Influencia social para el aprendizaje y acción del alumno.	40
III. METODOLOGÍA.	42
3.1. Tipo de Diseño	42
3.2. Población.	43
3.3. Variables de estudio	44
3.4. Hipótesis	48
3.5. Procedimientos	48
- Estudio Piloto	48
- Para la recolección de datos.	49

- Para el análisis de datos	49
3.6. Instrumento de medición	50
- Descripción.	50
- Cuantificación de respuestas	51
- Confiabilidad y validez.	52
3.7. Aspectos éticos de la investigación	53
IV. RESULTADOS	55
4.1. Descripción.	55
- Características generales de los alumnos.	55
- Características de los alumnos en las dimensiones de Conocimientos y Autoeficacia.	58
- Descripción de las dimensiones de Autoeficacia y Conocimientos por semestre.	59
- Modelos para la comprensión y aplicación del PAE.	60
4.2. Análisis estadístico descriptivo.	62
- Comparación de dimensiones de autoeficacia por semestre.	62
- Comparación entre dimensiones de autoeficacia y nivel de conocimiento en relación al promedio académico.	64
- Comparación entre dimensiones de autoeficacia y nivel de conocimiento en relación a la edad.	66
- Comparación entre semestre y estrategias de aprendizaje para el PAE.	68

- Relación entre dimensiones de autoeficacia y nivel de conocimiento u otras variables intervinientes.	68
- Relación entre índice general de autoeficacia y la frecuencia de la aplicación del PAE.	70
V. DISCUSION Y CONCLUSIONES	71
5.1. Interpretación y discusión de resultados.	71
- Autoeficacia percibida para la aplicabilidad del PAE.	72
- Modelaje vicario, trabajar sobre éxitos y persuasión verbal.	74
- Conocimientos y Nivel de autoeficacia percibida.	75
- Sedes de práctica y Nivel de autoeficacia para la aplicación del PAE.	75
- Experiencias de aprendizaje para la aplicación del PAE.	76
- Comprobación de hipótesis.	76
5.2. Conclusiones.	77
5.3. Implicaciones del estudio.	79
5.4. Recomendaciones	80
BIBLIOGRAFIA	81
- Bibliografía.	
- Hemerografía.	
ANEXO.	89
- Instrumento de recolección	

RESUMEN.

La disciplina de Enfermería, tiene como práctica social los cuidados ante situaciones de salud, éstos son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida, siendo el Proceso Atención de Enfermería (PAE) el método de intervención que la distingue, su uso es indispensable en los ámbitos de la enseñanza y de la práctica; además de considerarse eje para profundizar el conocimiento del cuidado y su aplicación práctica.

La autoeficacia, es el marco teórico para abordar este estudio, ya que ésta desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano, influyendo el comportamiento por su impacto ante metas y aspiraciones, así como los impedimentos y oportunidades que se le presentan en el medio social (Bandura, 2001).

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo – correlacional en una población de estudiantes de enfermería de nivel licenciatura (N=250), con objeto de reconocer las diferencias existentes entre estudiantes de programas intermedios y avanzados, en las dimensiones de conocimientos y autoeficacia así como los mecanismos fundamentales de ésta (modelaje vicario, persuasión verbal y trabajar sobre éxitos).

Los resultados apoyan que los estudiantes de semestres avanzados son quienes poseen más conocimientos y nivel de autoeficacia, donde los factores influyentes que más sobresalen son el número de sedes de práctica, y por tanto experiencias de contacto con el cuidado, la edad, y el considerar como modelos de mayor credibilidad a los docentes.

En el área de la práctica de enfermería resulta indispensable indagar el nivel de apropiación del conocimiento y uso del PAE, así como el nivel de autoeficacia (creencia en la capacidad para desempeñar una tarea) para poder aplicarlo, con el fin de fortalecer la enseñanza del cuidado y las habilidades de su práctica ahora como estudiante y en un futuro como profesional responsable de la salud de los individuos.

I. INTRODUCCIÓN.

A decir de Collière, (1993) todas las profesiones tienen razón de ser, al justificar que ofrecen un servicio necesario para la población y proporcionan pruebas de su capacidad para darlo. Para el caso de Enfermería, los cuidados ante situaciones de salud, son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida, servicio que no está cubierto por otro grupo de profesionales. El Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.) constituye el método de intervención que distingue a la disciplina, su uso se hace cada día más indispensable en los ámbitos de la enseñanza y de la práctica; además de que se ha propuesto en las últimas décadas para profundizar el conocimiento del cuidado y su aplicación práctica, a razón de tener fuerza metodológica en la lógica del proceso enseñanza – aprendizaje, que se sustenta en los planes de estudio de la enfermería profesional a nivel nacional e internacional (Berdayes y Rivera, 2000).

Asimismo, el P.A.E. permite a través de acciones independientes consolidar la profesión, en el momento en que se deja de lado el ser sólo “hacedoras” para convertirse en interventoras reflexivas, analíticas y generadoras de soluciones acordes con la problemática particular del paciente.

A este respecto, Sanhueza, Jofré y Zenteno (1998), afirman que para quienes imparten docencia en enfermería es una meta y a la vez un desafío que el alumno haga suya esta herramienta de trabajo; por su parte Guillén, (1999)

afirma que la falta de motivación en los servicios y la adquisición de conocimientos por los estudiantes, constituyen la responsabilidad que debemos asumir los educadores frente a estas problemáticas, estimulando la actualización y una participación fundamentada en el ámbito científico lo cual brindará una adecuada motivación; por lo que resulta útil indagar el nivel de conocimientos que poseen los estudiantes de semestres intermedios y avanzados de licenciatura en enfermería y obstetricia acerca de dicha metodología e identificar el grado de autoeficacia que perciben en su aplicación.

La autoeficacia fue seleccionada para abordar este estudio ya que desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano, puesto que afecta el comportamiento humano por su impacto ante las metas y aspiraciones, así como los impedimentos y oportunidades que se le presentan en el medio social (Bandura, 2001) así, en la medida que se considere que hay una gran capacidad de afrontar una situación particular, mayores serán las posibilidades de resolverla, y de acuerdo con la teoría cognitiva social, en la medida que exista la convicción de que es posible realizar una conducta, es más probable que ésta se lleve a cabo.

Los hallazgos reportan que los alumnos de semestres avanzados poseen mayor nivel de autoeficacia percibida, y que los factores que aportan más influencia positiva son la edad, la experiencia en mayor número de sedes de 2º y 3er Nivel de atención; así como el apoyo del docente como su principal

modelo creíble para ellos. Por otro lado, con respecto a los conocimientos, se detectó que éstos no son una fuente de relación con la variable autoeficacia percibida.

El capítulo I incluye los planteamientos que apuntan a distinguir la problemática que circunda alrededor de la apropiación del conocimiento y uso del P.A.E. en los estudiantes de semestres intermedios y avanzados, y que son referidos en la descripción del problema a investigar. Así mismo en este capítulo se incluye la importancia del estudio, así como el propósito y los objetivos que son guía y directriz para esta investigación.

La revisión de la literatura se describe en el capítulo II, e incluye la exploración de investigaciones en torno al conocimiento y aplicabilidad del P.A.E., además de las características, objetivos, etapas y beneficios que aporta el P.A.E.; y se describe la base teórica que corresponde al modelo de autoeficacia de la Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura.

La metodología, en el capítulo III contiene el tipo de diseño y población; variables de estudio, hipótesis; los procedimiento tanto para el estudio piloto como para la recolección y análisis de datos; además se incluye la descripción del instrumento. También se toman en cuenta las consideraciones éticas para la ejecución de la investigación.

En el capítulo IV se lleva a cabo la descripción de los resultados para caracterizar la población estudiada, y a continuación en el mismo apartado se hace el análisis inferencial de los hallazgos.

La discusión y conclusiones se encuentran en el capítulo V, las cuales apoyan que los estudiantes de semestres avanzados son quienes poseen más conocimientos y nivel de autoeficacia, donde los factores influyentes más sobresalientes son el número de experiencias de contacto con el cuidado, la edad y el considerar como modelos de mayor credibilidad a los docentes. En el mismo apartado se incluyen las implicaciones del estudio, así como las recomendaciones.

En el último capítulo se encuentra la bibliografía consultada y el anexo, que contiene el instrumento de recolección de datos.

Cabe mencionar que durante el desarrollo de este trabajo se emplea esencialmente el término Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.) para referirnos a la herramienta teórico metodológica, sistemática y organizada empleada para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada profesional de enfermería. Sin embargo y por respeto a los autores consultados que para referirse a este mismo concepto lo han denominado "Proceso de Enfermería" o "Proceso Enfermero" se mencionará tal cual al referirse a la cita textual de otro autor.

1.1 Problema a investigar

Las escuelas de educación superior en enfermería, tienen entre sus tareas la formación de "profesionales de enfermería competentes, informados y con conciencia de la responsabilidad social de cuidar a las personas, grupos y comunidades en los procesos de salud y enfermedad en sus ambientes cotidianos o en el entorno donde acuden a atender su salud... siendo el eje de esta experiencia educativa, el cuidado; y teniendo como herramienta metodológica el proceso de atención de enfermería (P.A.E.) para implementar su intervención profesional" (Plan de Estudios de la ENEO, 2000).

Sin embargo en los intentos para llevar a cabo un método de intervención basado en el P.A.E., el profesor(a) enfermero se ha enfrentado con algunos tropiezos como el manifestado durante la socialización de experiencias entre compañeros docentes de la licenciatura en enfermería y obstetricia de los últimos semestres en que se deja ver, que al brindar cuidados de enfermería los alumnos no hacen evidente el uso de la herramienta metodológica señalada y siguen respondiendo mecánicamente a indicaciones médicas, argumentando el estudiante, que es más sencillo y rápido ejecutar intervenciones que sistematizar cuidados a través del método, aunque esto no implica que carezcan de estos conocimientos dado que dentro de la currícula de formación profesional de enfermería se contempla en semestres iniciales la introyección de dicho planteamiento metodológico.

El docente enfermero es el responsable de propiciar el análisis y reflexión del P.A.E. para su uso y aplicación cotidianos, que tenga por consecuencia un incremento en la calidad de la atención y el fortalecimiento profesional así como el de la disciplina. Es así que el futuro egreso de estudiantes de la carrera, los coloca como aplicadores potenciales de esta herramienta metodológica.

Por otro lado, el personal de enfermería a nivel clínico ha discutido en las evaluaciones de las prácticas de los estudiantes, que el intento de llevar a cabo el P.A.E. implica, para los estudiantes y ellas mismas, “ocupar tiempo, que debiera ser solo dedicado a cumplir con las indicaciones médicas o las rutinas de enfermería”. Por lo que, los alumnos se ven obligados a favorecer en tiempo las “rutinas”, en lugar de reflexionar el cuidado que otorgan.

Una forma de profundizar en el estudio de la metodología del cuidado, es reconocer la importancia del nivel de conocimientos y de la utilidad para la implementación del P.A.E. en el ámbito clínico, así como identificar la percepción de autoeficacia que se posee para aplicar dichos conocimientos ante una situación real.

De acuerdo con la teoría cognitiva social, la autoeficacia es la percepción de la habilidad y competencia en un dominio particular, que motivan a los individuos a realizar aquellas conductas en las que sobresalen, así la percepción acumulativa de eficiencia, determina la predisposición para realizar una

conducta dada (Pender, 1996), donde dicho dominio se origina a partir de los conocimientos, la experiencia o las habilidades prácticas propias de la profesión (Lucas, 2000).

Por otra parte, y de acuerdo con los resultados de las investigaciones de Patricia Benner, quien estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera, apoya que el conocimiento que aumenta con el tiempo en una disciplina práctica, genera más “expertés”; además hizo la diferencia entre el conocimiento teórico¹ y práctico². Benner afirmó que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica “consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina” (Marriner y Raile, 2003).

Para la presente investigación y considerando a los alumnos de niveles intermedios de la carrera (4º semestre) como sujetos que cuentan con un bagaje medio de conocimientos y experiencias prácticas mínimas en comparación con alumnos del último semestre de la carrera (8º semestre) que han tenido mayor número de experiencias en práctica clínica y la retroalimentación de saberes teóricos y prácticos sobre P.A.E. es de esperarse que la percepción de autoeficacia sea mayor en estos últimos, con fundamento

¹ Saber teórico: explicaciones teóricas que sirven para que un individuo asimile un conocimiento. Benner, 1996 (En Modelos y Teorías en Enfermería, 2003).

² Saber práctico: consiste en la adquisición de habilidades que puede eludir formulaciones. Ibidem.

en estos elementos teóricos y después de su análisis es que se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Existen diferencias en la percepción de autoeficacia para la aplicación del P.A.E. en alumnos de 4º y 8º semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia?

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimientos y la percepción de autoeficacia para la aplicación del P.A.E.?

¿Qué relación existe entre algunos factores influyentes como la edad, la condición laboral y las sedes de práctica para la percepción de autoeficacia?

1.2. Propósito.

El propósito de este estudio es tratar de establecer diferencias entre alumnos de semestres intermedios y de semestres avanzados acerca de conocimientos y percepción de autoeficacia para la aplicación del P.A.E., en una comunidad estudiantil de enfermería a nivel pregrado; así como visualizar la existencia de factores influyentes al fenómeno tales como la condición laboral, promedio de semestres anteriores, nivel de atención que tienen las sedes de práctica a las que han acudido.

Clarificando estas relaciones entre teoría y práctica, y las creencias en

capacidades; así como el reconocimiento de otros factores ya sea limitantes o coadyuvantes se puede intervenir adecuadamente ya sea en la parte de formación académica o en los componentes de la autoeficacia, que mejorarán la enseñanza del cuidado viéndose reflejado en el aumento en la calidad de la atención que la disciplina ofrece.

1.3. Objetivos.

Objetivos generales:

Conocer si existen diferencias en la percepción de autoeficacia para la aplicación del P.A.E. en alumnos de 4º y 8º semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

Determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos u otros factores influyentes y el nivel de autoeficacia percibida para la aplicación de P.A.E. en alumnos de 4º y 8º semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

Objetivos específicos:

Conocer el grado de percepción de autoeficacia en la aplicación del P.A.E. en la práctica de enfermería, que perciben los alumnos de 4º y 8º semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

Comparar el nivel de conocimientos y percepción de autoeficacia sobre el P.A.E. entre alumnos de 4º y 8º semestres.

Identificar los factores que intervienen en la percepción de autoeficacia para la aplicación del PAE en alumnos de 4º y 8º semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes

El P.A.E. tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como proceso, esto ocurrió con Hall en 1955, que lo describió como un proceso distinto en el quehacer de enfermería. Johnson, Orlando y Wiedenbach lo concibieron como un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); el cual fue sufriendo modificaciones por otros autores hasta que a mediados de los 70's Bloch y Roy, entre otras, establecieron las cinco etapas con que actualmente cuenta y que ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería (Iyer y Taptich, 1995).

La American Nurse's Association (ANA), utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. Así el P.A.E. ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería y para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado (Iyer y Taptich).

Como herramienta metodológica es un sistema dentro del cual se cubren necesidades individuales del cliente, familia y/o comunidad y proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería hace uso de sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud. Además cuando las enfermeras lo emplean en forma regular, aumenta la calidad de los cuidados, ya que es

menos probable que se produzcan omisiones o duplicaciones en la atención del paciente (Alfaro, 1992).

En este mismo orden de ideas y coincidiendo particularmente con Alfaro es que se considera que una vez que se ha sistematizado la utilización de dicha metodología, es que se procura una atención más integral de las situaciones de salud de los individuos; y por tanto con repercusiones en la calidad de los cuidados que se ofrecen.

Se han llevado a cabo diversos estudios en relación a los factores que intervienen en la adquisición de conocimientos acerca del proceso de atención de enfermería y su aplicabilidad en el ámbito clínico, por ejemplo en 1997 Sanhueza, Jofré y Zenteno investigaron, en alumnos de una universidad de Chile, los *factores que intervienen en la aplicación del proceso de enfermería por estudiantes de la carrera*, encontrándose que las tres primeras etapas de éste eran realizadas siempre o casi siempre; y las dos restantes, ejecución y evaluación, fueron realizadas en menor proporción. Además como factor influyente se tiene al docente de la clínica y al personal de las instituciones de salud, como limitantes para su aplicabilidad lo que coincide con las observaciones realizadas en los alumnos del presente estudio, tales como restricciones para la aplicación del P.A.E. en el momento de la práctica clínica por parte del personal de enfermería de los servicios.

Franco y Benítez (2000) investigaron acerca de los *factores que intervienen en el conocimiento del P.A.E. en los estudiantes de enfermería* identificando que existen deficiencias en los conocimientos de esta temática, particularmente en la construcción de diagnósticos y sobre la definición del *proceso de enfermería*; los resultados también reportan que existe insuficiente orientación por parte del profesor hacia los alumnos y con respecto a la aplicación hacen referencia a que existe, tal vez, un problema al momento de pretender vincular la teoría en la práctica, o que por parte del alumno, en el cómo aprende, existen fallas si ha tenido solamente un aprendizaje memorístico que le impide implementar conocimientos ante una situación real. En torno a la práctica clínica se consideró que solo se lleva a cabo ocasionalmente por resultar un proceso complejo, tedioso y difícil de aplicarlo a la práctica diaria de enfermería. Cabe mencionar que el instrumento empleado en el estudio de Franco y Benítez, se analizó y adecuó para crear el utilizado para la actual investigación.

Maña, Mesas y González (2000) en un estudio sobre la *aplicación del proceso de enfermería en el ámbito profesional* particularmente en la utilización de los diagnósticos de enfermería entre enfermeras del un área de atención primaria a la salud de España, encuentran que el 68% afirma conocer el P.A.E., aunque sólo el 10% de los enfermeros hacen uso de éste en el ámbito clínico argumentando como principal causa de la no utilización de los diagnósticos, la falta de conocimientos y la falta de tiempo. Por otro lado, cerca del 25% demuestra conocer los diagnósticos enfermeros de las cuales solo el 3.5% los utiliza habitualmente por las mismas causas; situación que puede coincidir en

los estudiantes motivo del estudio y fuente de inquietud para la presente investigación.

Por otra parte para Barroso y Alba (2000) resultó importante investigar si existía *diferencia entre el nivel de formación académica y la aplicación del P.A.E.* entre el personal de un hospital regional de León, México, concluyendo que los licenciados en enfermería y los auxiliares son quienes más conocen éste y sus etapas; y quienes menos lo conocen son las enfermeras generales. La importancia de lo encontrado en esta investigación y que coincide en parte con los objetivos planteados en la presente, es que se considera que el futuro licenciado en enfermería cuenta con los conocimientos suficientes acerca de la mencionada metodología en enfermería, aunque las auxiliares de enfermería tenían más conocimientos al respecto del tema en cuestión, que las enfermeras generales; necesario sería conocer el tiempo de práctica profesional de ambos grupos e identificar hasta donde la práctica clínica incremento sus conocimientos como lo asegura Benner.

Castro, Montalvo y Ayala (2001), presentaron un estudio realizado en Monterrey, México, en personal de enfermería de hospitales de especialidades y general de zona, cuyo objetivo fue: *determinar la relación entre el grado de conocimientos del P.A.E. y su registro*, encontrándose que el personal que trabaja en segundo nivel de atención obtienen calificaciones dispersas entre muy altas y muy bajas, mientras que en el personal de las unidades de tercer nivel, el grado de conocimientos es de regular a deficiente en un 98.8% de los

casos , lo que influye en su no registro en la hoja de enfermería. Situación que es de llamar la atención ya que en ambas instituciones a pesar de ser personal profesional (licenciados, generales y con cursos pos básicos) se demuestra que no hay distinción para su inexplicable desconocimiento de tal herramienta metodológica y condición que se esperaría no encontrar en el presente estudio.

Zaragoza y Smith (2001), argumentaron los resultados de un estudio realizado en España, con metodología de triangulación en torno al *grado de utilización del proceso de atención de enfermería en una unidad hospitalaria (metodología cuantitativa) y a la opinión y percepción ante él, indagando para ello también los conocimientos sobre éste (metodología cualitativa)*, que tiene el personal de una determinada área de dicho nosocomio. Tras el análisis encontraron que las enfermeras comentan que su formación acerca de P.A.E. es muy deficiente o incluso nula, situación que habremos de indagar en las unidades de observación planteadas para éste estudio y, que por ser alumnos que han abordado esta temática en diferentes momentos de su formación educativa se supone cuentan con conocimientos suficientes. Las enfermeras de la investigación de referencia opinan que su iniciativa en la toma de decisiones está supeditada a los médicos o a protocolos médicos, condición que de alguna manera coincide con lo que les sucede a los alumnos del estudio y que se ve reforzada por el personal de enfermería los servicios en los que realizan prácticas.

Así mismo se señala que hay quien cree que emplear el P.A.E. implica "perder tiempo porque para registrar todo eso te lleva toda la mañana..." y que en realidad no se hace uso de él para el cuidado de los pacientes, situación que como ya se mencionó se presenta también en los alumnos motivo del estudio y que de ninguna manera refuerza actitudes para la utilización del P.A.E.

Por su parte, Mendoza (2002) reportó la investigación que realizó en México con personas que cursaban estudios pos-técnicos o de educación continua de enfermería donde indagó en relación a *conocimientos y percepción del P.A.E. post intervención educativa (IE)*, encontrando que después de la IE aumentaron el porcentaje de respuestas correctas con respecto a conocimientos del P.A.E. mientras que los que no tuvieron IE incrementaron el porcentaje de respuestas incorrectas; y tocante a la percepción, hubo poca modificación en los porcentajes de respuesta en ambos grupos. Aunque el presente estudio no pretende llevar a cabo intervención educativa se consideró relevante la investigación como antecedente por el enfoque al respecto de la indagación de conocimientos de P.A.E. revisándose algunas cuestiones del instrumento y considerándolas para la elaboración del utilizado en la presente investigación.

Es evidente que la falta de conocimientos es el problema más significativo como lo reportan las investigaciones anteriores así como la poca utilidad que se le otorga a tan importante herramienta metodológica en el quehacer

enfermero, aunque se esperaría que si se está brindando una formación profesional de calidad estas condiciones deben ser diferentes.

2.2. Marco Conceptual.

Proceso Atención de Enfermería como instrumento metodológico para ofrecer cuidados.

Cuando en Inglaterra, en la década de los 70's, se introdujo el P.A.E. se prestó atención especial a la administración y al tipo de cuidados que se ofrecían. En la búsqueda y reivindicación de la identidad y autonomía profesional a través del desarrollo de un cuerpo propio de saberes y en los primeros intentos de teorización, que como lo refiere Medina (1999) todavía hoy preocupan, ya que enfermería se vió influenciada por paradigmas de otras disciplinas con asunciones directas del positivismo lógico. El lenguaje que entonces se utilizó debía seguir los cánones de precisión a los que obliga la sintaxis positivista, que al dar cuenta de la realidad de un acontecimiento, para ser explicado científicamente, debe ser definido como un estado sucesivo de cosas, relacionándose ambas mediante una conexión causal .

Medina (1999) reconoce que desde la perspectiva epistemológica del positivismo, se define que el saber científico en enfermería únicamente puede ocuparse de establecer relaciones causales entre el fenómeno en los que la enfermera interviene; será el componente normativo de esa teoría el que permita la aplicación de ese conocimiento científico para manipular y controlar

los procedimientos que la enfermera realiza, ejemplo lo es el *proceso de enfermería*, donde se ponen en juego conocimientos científicos para fundamentar acontecimientos en los que enfermería interviene. Sin embargo, las posturas actuales, visualizan la posibilidad de hacer uso del PAE desde un enfoque donde se le debe dejar de entender como un modelo lineal, pudiéndosele concebir como un marco teórico que favorece la habilidad para construir a partir de una situación problemática, que permite también desarrollar la capacidad de discriminar entre datos relevantes e irrelevantes, la capacidad de emitir un juicio clínico y de identificar conflictos de valores presentes en situaciones prácticas, así como la aplicación de metodologías cualitativas (fenomenológicas, etnográficas, etc) para su uso.

El P.A.E. permite una perspectiva incluyente y plural, que introduce una idea de progreso que conlleva la participación activa de los sujetos, mediada por la crítica para la construcción y reconstrucción del conocimiento profesional de la disciplina y el desarrollo de aptitudes para el cuidado de la salud (García, González, Viniegra y Jiménez, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 declara al *proceso de enfermería* como "un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica pormenorizar el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del paciente/ cliente/ familia o de la comunidad; en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay

que proporcionar y los recursos que se deben movilizar" (citado por Schober, 1999).

Todas estas actividades implican procedimientos intelectuales para la toma de decisiones pertinentes y oportunas y así lograr una eficaz resolución de problemas, lo que además requiere que de las evaluaciones de la información que se recoja, dé inicio a modificaciones deseables para una próxima intervención; condición que convierte a enfermería en un proceso dinámico.

La aplicación del P.A.E. tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera; disciplinarmente, dicha herramienta define el campo del ejercicio profesional ya que se trata de una forma meticulosa y particular de brindar el cuidado; con respecto al cliente es beneficiado, ya que mediante su uso le permite participar de su propio cuidado siendo éste continuo, lo que supone mejorar la calidad de atención; para el profesional enfermero le produce un cambio con respecto a su crecimiento y expertés profesional (Iyer y Taptich).

El P.A.E. como un proceso reflexivo y de intervención visto desde una postura cognoscitiva, no es un proceso aislado o solo controlado por fuerzas internas, sino que se ha descubierto que dichos eventos intelectuales son moldeados automáticamente por estímulos externos.

Para implementar el P.A.E. se requiere de un *nivel*, al menos básico, de *conocimientos* acerca del tema, que permita en el estudiante una intervención

profesional sustentada en bases teóricas y metodológicas que redundarán en la creencia que tenga sobre sí mismo al respecto de sus propias capacidades para desempeñar el cuidado, que con la práctica, actualización y compromiso profesional se irá incrementando hasta lograr una **autoeficacia** percibida satisfactoria en relación de su quehacer profesional.

Alfaro en 1992, define que el *proceso de enfermería* es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona –o grupo de personas- de responder de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. Es decir, se trata de un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

Como todo método configura un número de pasos sucesivos pero que a su vez mantienen una estrecha relación entre sí. Con fines metodológicos se describen por separado aunque en la puesta en práctica se superponen tales etapas:

Valoración: Es la primer etapa del proceso de enfermería consiste en la recolección y organización de los datos del cliente, familia y entorno a fin de identificar problemas de salud reales o potenciales que servirán de base para

la toma de decisiones y actuaciones posteriores. Los componentes de la fase de valoración, acuerdo con Alfaro (1992) son:

- Obtención de datos: consiste en la recopilación de datos sobre el paciente,
- Validación de los datos: la enfermera debe comprobar qué los datos son hechos reales y cuáles son cuestionables,
- Organización de los datos: se reúnen los datos en grupos de información a fin de identificar modelos de salud o enfermedad,
- identificación de modelos: se forma una impresión inicial de los modelos de información y obteniendo datos adicionales.

Las fuentes de información son: directas o indirectas según se obtengan los datos del paciente o su familia, expediente u otro profesional de salud. Y se realizará a través de la entrevista, la observación y la exploración física así como la identificación de los resultados de laboratorio y gabinete y otras fuentes registrada en la historia clínica. La valoración puede ser exhaustiva (reuniendo datos de todos los aspectos de salud del cliente) o focalizada (orientada a reunir datos sobre un problema específico).

Diagnóstico de Enfermería: con la certeza de que se ha recopilado información correcta, se interpreta y analiza en forma crítica para entonces poder emitir un juicio o conclusión producto de los resultados de la valoración, que constituirán la base del plan de cuidados. Alfaro reconoce a los diagnósticos de enfermería como problemas de salud real o potencial (de un

individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo. Los diagnósticos de enfermería son descripciones de la respuesta humana, a menudo se expresan como alteraciones reales o potenciales, mientras que los diagnósticos médicos se centran en la identificación de las enfermedades.

Los diagnósticos de la NANDA, como resultado del trabajo de enfermeras comprometidas han ayudado a establecer un mecanismo de comunicación entre sí. Los componentes de las categorías diagnósticas de la NANDA incluyen:

1. Epígrafe (título o etiqueta)
2. Características definitorias (signos y síntomas)
3. Factores etiológicos y contribuyentes

Mientras que el formato PES, sugerido por Gordon, permite confirmar los diagnósticos de enfermería y se expresa en los siguientes términos:

1. Enunciar el problema (P)
2. Enunciar la etiología (E) empleando las palabras "en relación a"
3. Enunciar signos y síntomas (S) utilizando las palabras "manifestado por"

Planificación: es un plan de acción o desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas encontrados, así como para promocionar la

salud, jerarquizando prioridades, definiendo objetivos y prescripción de actividades de enfermería.

La fijación o jerarquización de prioridades dependerá de las situaciones de salud del sujeto de cuidado que se ha identificado con la valoración y que se deberá decidir por cuáles son los problemas más importantes para determinar el orden de los cuidados de enfermería, a lo cual se sugiere dar atención inicial a aquellas cuestiones que involucren la vida en sí, de los pacientes, en segunda instancia las que afecten las funciones de éste y después las que ofrezcan calidad de vida. Muy probablemente los problemas se irán abordando simultáneamente obteniendo cierto progreso de cada uno en el transcurso del tiempo sin que necesariamente se resuelva un problema antes que otro.

Establecer objetivos es importante, pues coincidiendo con Alfaro, se asegura que todos saben lo que se pretende conseguir y cuándo. Al proporcionar cuidados dirigidos por objetivos obliga a establecerlos tanto a corto como a largo plazo en la medida que puedan cumplirse con relativa rapidez o en un periodo más prolongado. La enfermera deberá establecer objetivos a alcanzar por el paciente, que expresa lo que la enfermera espera que el paciente sea capaz de alcanzar (resultados); como los profesionales, que indica lo que la enfermera debe realizar a fin de ayudar al paciente a cumplir su objetivo (objetivos de enfermería).

La prescripción de actividades de enfermería supone el establecimiento de aquellas acciones que permitan alcanzar los resultados esperados, es decir, lo que se va a hacer para reducir o resolver los problemas planteados en los diagnósticos identificados, eliminando factores causales o minimizando sus efectos.

Ejecución: se refiere a la puesta en práctica de las estrategias planeadas, vía los cuidados, habiendo de mantener presente la recopilación de nuevos datos acerca del paciente y registrando la respuestas obtenidas con las actividades de enfermería.

Alfaro, dispone que las actividades de enfermería son aquellas acciones que efectúa la enfermera y el paciente para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y promover, mantener o restablecer la salud. Que incluye:

- Efectuar directamente actividades para un paciente
- Ayudar al paciente a efectuar actividades por si mismo
- Supervisar al paciente mientras realiza una actividad por si mismo
- Enseñar al paciente a cuidar su salud
- Aconsejar al paciente sobre la toma de decisiones con respecto al cuidado de su salud
- Controlar al paciente por si desarrolla complicaciones potenciales de su enfermedad

Evaluación: Implica comparar las respuestas de la persona y determinar si se han corregido los problemas y conseguido los objetivos establecidos, o bien, si han surgido nuevos problemas. Los criterios que se establezcan para la evaluación coincidirán con los objetivos o resultados que se han identificado durante la fase de planeación, es decir, en que medida se han logrado los objetivos reuniendo información para identificar que factores han influido para el éxito o el fracaso.

Cabe mencionar que esta no es una fase final del proceso de enfermería sino que es más bien una fase que subyace todo el proceso, lo que permitirá hacer las modificaciones pertinentes en el momento que se presenten retrocesos o condiciones que afecten el logro de los objetivos.

Objetivos del Proceso Atención de Enfermería.

Son numerosas las pretensiones que se han descrito del P.A.E. desde lo metodológico, la factibilidad y la riqueza disciplinar que aporta. Señalamos entre otros los siguientes objetivos:

- Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, la familia y la comunidad.

- Favorece el establecimiento de planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Para que el desarrollo del P.A.E. se de, hace falta contar con algunas habilidades como mantener interacción entre el personal de enfermería y el paciente, lo que facilita la recolección de datos y propicia la participación del usuario en su propio tratamiento; es necesario contar con capacidad técnica en el manejo de instrumental y tecnología que redundara en el bienestar del paciente, así mismo es imprescindible tener capacidad intelectual para establecer planes de cuidados eficaces con fundamento científico.

El P.A.E. cuenta con algunas condiciones que lo caracterizan, así se conoce que es *Intencionado*: dado que se dirige a un objetivo específico; se considera *Sistemático*: por admitir un planteamiento organizado para alcanzar objetivos; *Dinámico*: porque responde a un cambio continuo manifestado por el dinamismo del usuario y su estado de salud; es *Interactivo*: por estar basado en relaciones recíprocas entre la enfermera(o) e el paciente, su familia y demás profesionales de salud; también es *Flexible*: desde el momento que se adapta al ejercicio de enfermería en cualquier área; al mismo tiempo resulta innegable que *Cuenta con una base teórica*: ya que su construcción ha sido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

El uso de modelos y teorías ayuda a adquirir conocimientos que permitan perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación,

predicción y control de los fenómenos, a través de ellos se fomenta la profesionalización del enfermero, ya que los métodos aplicados en forma sistemática y fundamentada tienen mayores probabilidades de éxito; su uso guía los procesos prácticos, educativos, de administración e investigación, asociados con intervenciones profesionales; y además el estudio de Modelos y Teorías fomenta el desarrollo de habilidades analíticas, aclara los valores y supuestos que se aplican (Pérez, 2002).

Beneficios de utilizar el proceso de atención de enfermería: podrían enumerarse diversos, aunque debemos destacar que se trata de un método organizado para la práctica de enfermería, que impide omisiones y repeticiones al mismo tiempo que mantiene y mejora la comunicación interpersonal con el usuario e interdisciplinaria; reconoce y se centra en el individuo como ser único; es flexible y procura la participación del cliente con lo que aumenta su satisfacción.

Importancia social del aprendizaje.

Las instituciones educativas deben establecer condiciones que impulsen, ayuden, implementen y aseguren el aprendizaje; con el fin de formar recursos humanos innovadores y con capacidad de adaptarse a un mundo que se encuentra en constante cambio orientando su pensamiento hacia la resolución de problemas y generar nuevas expresiones de la conducta humana.

La práctica docente universitaria en su reflexión, ha emprendido la búsqueda de estrategias, procedimientos y fórmulas que lleven al profesor a resolver los problemas que supone la condición actual de cada disciplina y su particular explosión de conocimientos en el caso de algunas de ellas (medicina, biología, ciencias sociales, etc.) además de criticar en ocasiones el carácter irreal del contenido de los programas y que no se vincula con los contextos reales.

En las disciplinas profesionales, adquiere importancia la relación entre enseñanza, conocimiento y aprendizaje donde la enseñanza³ esta en manos del individuo que además de tenerlo plasmado tiene las capacidades para hacer que otro sujeto aprenda⁴. La enseñanza es una práctica social, objetiva e intencional, como Fierro, Fortul y Rosas (1999) aseveran, donde intervienen los significados, las percepciones, y las acciones de los agentes implicados (maestros, alumnos, autoridades educativas y familia); así mismo como el entorno político-institucional, administrativo y el momento que prevalece en cada proyecto educativo.

Pero ahondemos en el fenómeno del conocimiento, ya que pretendiendo formar individuos en sus máximas capacidades profesionales y sociales, aún hay quien los sigue considerando un agente pasivo-receptor de un saber

³ Enseñar: Ayuda necesaria al proceso de aprendizaje que permite que los alumnos lleguen a aprender de manera más significativa los conocimientos para su desarrollo personal y para su capacidad de comprensión de la realidad y de actuación sobre ella. Actividad intencionada en la que incluye el análisis, síntesis y relación de contenidos programáticos, que implica relaciones interpersonales donde ambos, educando y educador aprenden de la asimilación y acomodación de esa información. (Onrubia, J. 1993).

⁴ Aprender: actividad de procesamiento de información en la que los datos se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción (Bandura, A. 1986). Modificación de pautas de conducta. Proceso activo en el cual se construye, modifica, enriquece y diversifica sus esquemas de conocimiento con respecto a distintos contenidos escolares a partir del significado y del sentido que puede atribuir a esos contenidos y al propio hecho de aprenderlos. (Onrubia, J. 1993)

legitimado y cerrado. De acuerdo con Zemelman "se confunde saber con pensar la realidad", saber mucho un conocimiento acumulado no implica que el estudiante piense en la realidad y construya o reconstruya lo recibido.

Pinto (En Dimensiones del Cuidado, 1997), afirma que el proceso de enseñanza aprendizaje del cuidado requiere enseñarlo y aprenderlo a través de prácticas, lecturas, reflexiones, vivencias, diálogos de saberes, experiencias de otros, reflexiones guiadas, historias de vida, narrativas, y lo mas importante es entender que el cuidado se puede aprender.

El aprendizaje es un elemento complejo, que se desarrolla a través del proceso cognitivo del alumno, a partir de experiencias concretas de la vida diaria, o por medio de la enseñanza tradicional maestro-alumno o en su defecto por el placer autodidacta de querer conocer mas, así el proceso enseñanza-aprendizaje se convierte en un medio para lograr que el sujeto adquiera destrezas o habilidades mentales y prácticas a través de la interacción socioeducativa (Morse, 1994).

Al igual que en todos los procesos educativos planeados para distintas disciplinas el nuevo enfoque debe dirigirse a una actividad reflexiva y creadora, en la que el núcleo del proceso sea el alumno. Particularmente en enfermería se hace imperante que los estudiantes adquieran el hábito y la habilidad necesaria para pensar reflexivamente y realicen su desarrollo profesional en la vida del y para el cuidado.

Teoría Cognitivo Social del Aprendizaje, una estrategia para fortalecer habilidades en el aprendizaje del cuidado.

Se considera que *la eficacia* puede ser una brecha en el dominio de enfermería para generar apegos a la ejecución de actividades que se establezcan en el individuo para "el cuidado". Hablando de eficacia es necesario reconocer a Albert Bandura, creador del término autoeficacia y que dio las bases para incursionar en el aprendizaje como producto del contacto social; así, su teoría reestructurada recibe el nombre de Teoría Social del Aprendizaje, que centra sus principios en los conceptos de refuerzo y observación; y de la cual solo se retomará el concepto de autoeficacia para el planteamiento que ahora nos ocupa.

Bandura (1977) sostiene que los seres humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental donde intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si adopta una determinada conducta o no. Establece que la meta mas importante de la educación formal debe ser la de proveer a los estudiantes con herramientas intelectuales, creencias de eficacia; así como intereses intrínsecos necesarios para educarse a si mismos en una variedad de ocupaciones a lo largo de su vida.

En esta teoría se descarta el flujo lineal de la información y admite que la conducta es influenciada tanto por factores externos como por la experiencia acumulada por el individuo en su estructura cognitiva y procesados según su

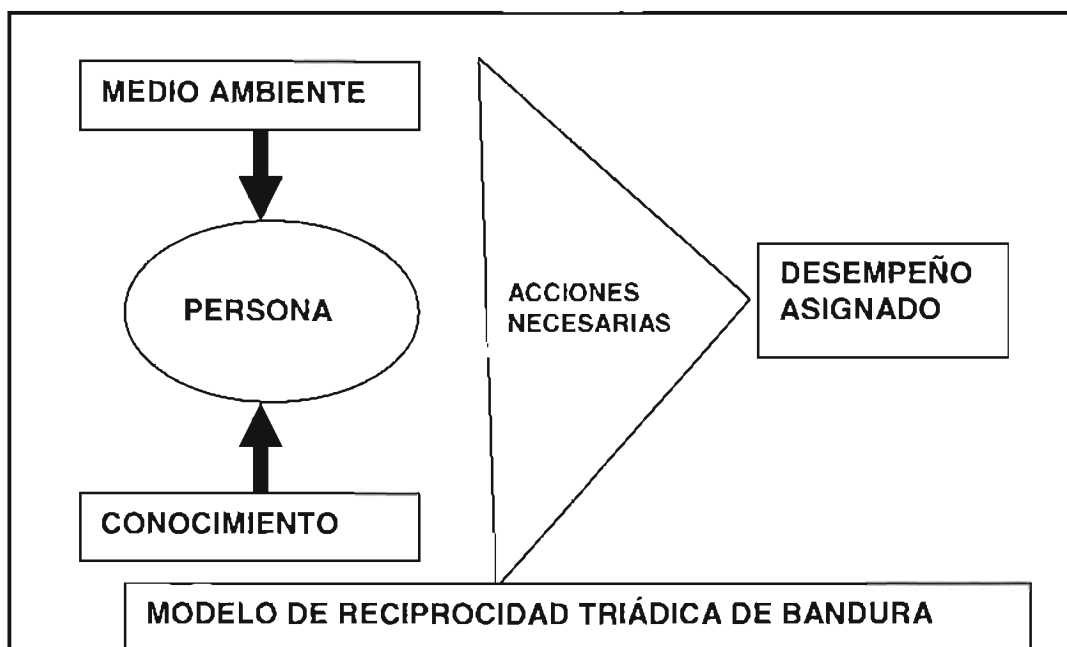
percepción. Se establece que la conducta humana es el resultado de la interacción entre el autosistema y las fuentes de influencia externa y medioambiental.

En 1986, Bandura describió cómo las personas poseen un autosistema que les permite ejercer control sobre el medio ambiente, por encima de sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones. Éste, incluye las habilidades de simbolizar, aprender de otros, planificar estrategias alternativas, regular la propia conducta y la autorreflexión que junto con las fuentes de influencia externas definen la conducta humana; y asegura que las creencias que las personas tengan sobre sí mismas son elementos importantes en el ejercicio de control.

De acuerdo con la teoría cognitivo-social, "los individuos interpretan y evalúan sus propias experiencias y sus procesos de pensamiento. Los determinantes previos de la conducta, como el conocimiento, la habilidad o los logros anteriores, predicen la conducta subsecuente de acuerdo con las creencias que las personas sostienen sobre sus habilidades y sobre los resultados de sus esfuerzos" (Fernández-Abascal, 1999).

Bandura (1986) explica que el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica (medio ambiente, conocimiento y persona). En el que la conducta, los factores personales cognoscitivos así como los acontecimientos del entorno (medio ambiente) son determinantes e

influyentes mutuamente para emprender acciones necesarias para alcanzar los grados de desempeño designados.



En su teoría cognoscitiva social, define que el aprendizaje es una actividad de procesamiento de la información en la que los datos se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción. Éste ocurre en acto, (ejecución real, aprender de las consecuencias de las acciones propias), o de modo vicario (por la observación del desempeño de modelos). En esta teoría se argumenta que son las consecuencias del comportamiento, las fuentes de información y motivación para el desempeño próximo y establece que las habilidades complejas se aprenden por acción y observación; los individuos observan a los modelos, explican su actuar, lo demuestran y lo ensayan.

Velasco (2003), explicita las funciones de modelamiento que son: a) la facilitación de la respuesta: que a través de los impulsos sociales crean alicientes para que los observadores reproduzcan las acciones ("haz lo que vieres"); b) inhibición y desinhibición: donde las conductas modeladas crean en los observadores expectativas de que ocurrirán las mismas consecuencias si imitan las acciones y c) aprendizaje por observación: que requiere de procesos de atención (acentuando las características sobresalientes de la tarea), retención (repasando la información), producción (donde las conductas se comparan con la representación conceptual personal) y motivación (como consecuencia de las conductas modeladas, motivando a crear expectativas y elevar la autoeficacia).

La percepción de *autoeficacia* es definida como "las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar las posibles situaciones"; es decir, las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados, dependiendo del dominio que cada uno tenga en determinado aspecto de la vida.

Dentro de las condiciones que se han identificado para determinar las creencias de eficacia se encuentran el dominio de destrezas específicas en el área y el aprendizaje que otorga seguridad en el dominio de nuevas actividades o desafíos.

Bandura, establece que para que los individuos puedan hacer bien las cosas, requieren de poseer dominio en el área que manejan; por lo que reconoce a la autoeficacia como influyente para el logro de determinados resultados planteando mecanismos fundamentales para lograrla a través de: *trabajar sobre éxitos, modelaje (vicario) y persuasión verbal.*

Trabajar sobre éxitos: implica situaciones donde un individuo o grupo realiza conductas sencillas en las que se garantice el éxito. En donde el aumento paulatino de la complejidad de los encargos, hace que la autoeficacia vaya incrementando y a su vez el profesional se encarga de hacer conciente a la persona de sus logros (Contreras 2000). Es decir a través de la promulgación exitosa repetida de tareas incrementales, la persona adquiere anticipaciones mejoradas de éxito en una tarea dada, lo que a su vez afecta positivamente la persistencia, iniciación y duración de la tarea y promueve así el cambio de comportamiento.

Si se adopta esta manera de actuar en el quehacer diario de la enseñanza del cuidado de enfermería, con la aplicación del P.A.E., se puede conseguir que se sistematice la utilización de tal metodología en el cuidado a las situaciones de salud de los pacientes y se consigan mejoras en la calidad de la atención que se brinda por contar con el dominio del conocimiento.

La *experiencia vicaria o modelaje*, consiste en aprender por medio de escuchar u observar de las acciones o desempeño de modelos que pueden

ser personas o símbolos no humanos; sin ejecución abierta del que aprende. Por ejemplo cuando una persona ve a alguien de condiciones parecidas a las que él mismo tiene, y que ha sido capaz de hacer aquello que éste se está planteando hacer, aumenta la confianza en si mismo. Situación que en enfermería es factible llevar a cabo con la intención de reforzar aprendizajes en los estudiantes, ya que tiene como función la facilitación de las respuestas y el aprendizaje por observación. El aprendizaje ocurre en acto, consistente en aprender de las consecuencias de las propias acciones o en modo vicario, por la observación del desempeño de modelos que en nuestro caso pueden ser los profesores, compañeros o el personal de enfermería de las instituciones en donde realizamos prácticas y que se tendrán que promover su utilización con la intención de influir el aprendizaje de los alumnos.

Además este fenómeno tiene una fundamentación pedagógica, pues la mayoría del aprendizaje se da entre iguales; es un proceso de comunicación homóloga, mucho más efectivo que la heteróloga, en la que la comunicación es vertical entre uno que sabe y que esta a nivel superior y el que es enseñado, aquí la enseñanza se sugiere entre iguales.

Si esta manera de conducirnos en el desarrollo de la práctica siendo el alumno es capaz de observar ya sea en el profesor, personal de servicio o en otro alumnos la aplicación práctica de la metodología señalada, es de esperarse que vaya haciendo suya esta herramienta en el desempeño de su quehacer

profesional, identificando las ventajas a la vez de reconocer e intentar superar las desventajas.

Por último tenemos *la persuasión verbal* que implica hacer consciente verbalmente al sujeto de la etapa en la que se encuentra de sus logros o retrocesos. A este respecto es que considero que si se trabaja constantemente con los alumnos haciéndoles notar los avances y errores en la aplicación del PAE en situaciones reales se esperaría que una vez haciendo conciente sus alcances y limitaciones reflexione sobre ellas y trate de superarlas.

Funciones y creencias de la autoeficacia.

Bandura señala que la autoeficacia percibida desempeña un papel importante en el funcionamiento humano dado que afecta su comportamiento no sólo de manera directa, sino también por el impacto que por ejemplo tienen las metas y aspiraciones, las tendencias afectivas y la percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social. Entonces las creencias de eficacia pueden influir en el pensamiento de las personas tanto positiva como negativamente, siendo este autoestimulante o desvalorizante.

No existen medidas generales de autoeficacia percibida, las escalas para medir ésta, se deben adecuar al dominio particular del objeto de interés. La teoría cognitivo-social identifica que coexisten esferas de destrezas autorregulatorias en un individuo que interactúan y son utilizadas en diversos dominios. En el

mismo sentido señala Pender (1996) que la marcada sobreestimación de las competencias puede dar como resultado fracaso, y la marcada subestimación puede ocasionar la resultante falta de desafío y crecimiento.

Debe quedar claro que la autoeficacia sólo hace referencia a la capacidad percibida para una acción por lo que los ítems se redactan en términos de *puedo hacer* en lugar de *lo haré*, donde *puedo hacer* es un juicio de capacidad, y *lo haré* es una declaración de intención. La autoeficacia percibida es un importante determinante de la intención, pero los dos constructos están empírica y conceptualmente separados (Bandura 2001).

La autoestima, locus de control y la expectativa de resultados son constructos diferentes a la autoeficacia; la autoestima es un juicio de autovaloración; el locus de control se relaciona con creencias acerca de las contingencias de resultados, donde no necesariamente un alto locus de control significa poderío y bienestar. Ejemplo: los estudiantes pueden creer que las calificaciones académicas altas dependen totalmente de su rendimiento (alto locus de control), pero no se sienten lo suficientemente capaces de producir estos rendimientos académicos. Y las expectativas de resultados que son juicios acerca de las consecuencias probables que tales rendimientos producirán. La expectativas de los resultados se manifiestan de tres formas: resultados materiales, sociales o autoevaluativos (Bandura, 1986).

Niveles de Autoeficacia

Las evaluaciones de autoeficacia indican el nivel de dificultades que los sujetos creen que pueden superar; por lo que la eficacia percibida se debe medir utilizando niveles de demandas en la tarea de interés, que signifique grados de desafío hasta lograr el éxito esperado.

Existen influencias personales que pueden hacer variar esta percepción como lo pueden ser la propia motivación, procesos de pensamiento, el nivel de rendimiento, estados emocionales o incluso modificación de condiciones ambientales.

Escala de respuesta.

La metodología estandarizada para medir autoeficacia, emplea ítems que representan diferentes niveles de exigencia de tareas y los individuos estiman la fortaleza de sus creencias en la habilidad que poseen en el desempeño de las actividades requeridas.

Se registra la fortaleza de sus creencias en una escala de 100 puntos dividida en intervalos de 10 puntos que varían de 0 (no puedo hacerlo); con intervalos intermedios de seguridad, 50 (relativamente seguro de poder hacerlo); hasta 100 (seguro de poder hacerlo). Las escalas de eficacia no incluyen números negativos porque un juicio de completa incapacidad (0), no posee niveles más

bajos. Estos mismos parámetros se emplean en el presente estudio como está establecido en la escala general de autoeficacia.

En la escala se evalúa el grado de seguridad de poder realizar determinada tarea *en el presente*, no acerca de sus capacidades potenciales o futuras esperadas; eligiendo un número en un rango de 0 a 100 empleando la siguiente serie:

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

Pajares, Hartley y Valiante, (2000) recomiendan que se debe evitar emplear escalas que utilicen pocas alternativas de respuesta por ser menos sensibles y confiables. Y explican que las personas generalmente evitan las posiciones extremas en una escala, por lo que si existen pocas opciones se puede reducir su uso real y además se puede perder información.

Dimensiones de la Autoeficacia

Las creencias de eficacia varían en generalidad, fortaleza y nivel. Dado que las personas pueden juzgarse eficaces en una amplia gama de actividades o únicamente en algunos dominios entonces la *generalidad* puede variar según los tipos de actividades y modalidades mediante las cuales expresan sus capacidades (conductuales, cognitivas o afectivas). Las autocreencias más

importantes son aquellas a partir de las cuales los sujetos estructuran sus vidas.

Por otro lado, las creencias de eficacia varían en *fortaleza* en el sentido de que cuando mayor sea la creencia de eficacia personal, mayor será la perseverancia frente a dificultades y obstáculos y las probabilidades de desempeñarse exitosamente en la tarea elegida; aunque Bandura (1977) también señala que la fortaleza percibida no se relaciona necesariamente, de manera lineal con la conducta elegida.

Con respecto a la autoeficacia en términos de *nivel* que implica el número de actividades que los individuos se juzgan capaces de realizar por encima de un valor seleccionado de fortaleza de eficacia. El umbral mínimo de autoconfianza necesario para intentar una actividad debe ser determinado empíricamente puesto que este umbral varía según los diferentes dominios de funcionamiento.

Influencia social para el aprendizaje y acción del alumno.

La capacidad de accionar, no se puede dejar desligada de los procesos ya sea afectivos o sociales; ya que nuestra condición de seres humanos en constante interacción obliga a dicho proceso (Loo, 2002) que tanto las actividades, conocimiento, como las mediaciones instrumentales (acciones) están perfectamente interiorizadas con las motivaciones y las mediaciones sociales;

siendo ésta última parte de los postulados de Albert Bandura. La capacidad de hacer o creer que lo puedo hacer, esta influenciada en mucho, por los refuerzos externos como observar a otro o sentirme motivado por él (que al final de cuentas se traduce en ayuda para el aprendizaje o la acción), etc.

Incluso es Loo quien asegura que el proceso de ayuda en el proceso de enseñanza implica controlar las funciones o procesos internos desde instrumentos psicológicos externos como la palabra o escrita, una regla, un mapa, un diagrama. Incluso es la palabra, un motivante verbal ejercido desde otro sujeto, el que hace o vuelve conciente verbalmente al sujeto de la etapa en la que se encuentra de sus logros o retrocesos.

La interacción con otros, ya sea iguales (compañeros de estudio), tutores, o familia hacen que un alumno aprenda, lea, sea motivado a escribir, a hacer planes, a crearse interiormente propuestas de acción y de interacción con los otros. Olmos (2002), refiere que la cultura colectiva (significados de otros, objetos significativos, escenarios ambientales, contextos de acción ritualizados, y las sugerencias sociales directas), así como la consecuente interacción sirven de orientación a ciertas metas en el desarrollo de la personalidad del individuo, y en este caso del estudiante.

Las creencias de eficacia varían en generalidad, fortaleza y nivel, y son estas creencias de las personas acerca de sus propias capacidades que influyen para el logro de determinados resultados, no siendo agentes puramente

externos, ya que es la personalidad cultural del individuo quien mediatiza estas premisas ya sea sugeridas o impuestas, de acuerdo con Loo, pero es él quien decide si las ignora o las hace parte de su personalidad y de sus convicciones y finalmente de su actuar.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de diseño:

Se trata de un estudio cuantitativo de tipo *correlacional-transversal*, que indaga sí existe relación entre el nivel de conocimientos y el grado de autoeficacia percibida para la aplicación del P.A.E. entre alumnos de 4° y 8° semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia. Además, pretende identificar el grado de influencia de los factores que intervienen para la percepción de autoeficacia en la instrumentación del P.A.E.

Presenta un problema de *comparación* entre dos grupos (uno con alumnos de 4° semestre y otro los de 8°), considerándose dos muestras independientes dado que la variables conocimientos y autoeficacia percibida son evaluadas solo una vez un la unidad de análisis.

Así mismo se hace referencia a problemas de *asociación* al pretender reconocer el nivel de relación que existe entre la variable autoeficacia percibida y otras variables intervinientes.

externos, ya que es la personalidad cultural del individuo quien mediatiza estas premisas ya sea sugeridas o impuestas, de acuerdo con Loo, pero es él quien decide si las ignora o las hace parte de su personalidad y de sus convicciones y finalmente de su actuar.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de diseño:

Se trata de un estudio cuantitativo de tipo *correlacional-transversal*, que indaga sí existe relación entre el nivel de conocimientos y el grado de autoeficacia percibida para la aplicación del P.A.E. entre alumnos de 4° y 8° semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia. Además, pretende identificar el grado de influencia de los factores que intervienen para la percepción de autoeficacia en la instrumentación del P.A.E.

Presenta un problema de *comparación* entre dos grupos (uno con alumnos de 4° semestre y otro los de 8°), considerándose dos muestras independientes dado que la variables conocimientos y autoeficacia percibida son evaluadas solo una vez un la unidad de análisis.

Así mismo se hace referencia a problemas de *asociación* al pretender reconocer el nivel de relación que existe entre la variable autoeficacia percibida y otras variables intervinientes.

3.2. Población:

Se cuenta con una población de 250 alumnos regulares del sistema escolarizado de la licenciatura en enfermería y obstetricia (correspondiente al 86% de la población registrada en listas) de una escuela universitaria del D. F., que cursan el 4° o el 8° semestre de la carrera, en el periodo escolar 2004-2, en el turno matutino, a quienes se les propuso su colaboración para contestar un cuestionario relativo a conocimientos teóricos y percepción de autoeficacia en la aplicación del P.A.E. Donde N = 250 y de ellos 140 pertenecen al 4° semestre y 110 al 8°.

Al respecto de los alumnos de 4° semestre se considera que éstos son los estudiantes que tienen conocimientos suficientes por la proximidad relativa de materias que abordan específicamente el tema de P.A.E., además que han tenido aproximaciones en la práctica; y por parte de los estudiantes de 8° semestre se considera que son quienes tienen más conocimientos y más reafirmados por la constante revisión de la bibliografía y el uso constante de estos contenidos, además que son quienes han tenido más oportunidades de aplicar el P.A.E. por lo avanzado de sus estudios, ya que han cursado por lo menos cuatro materias teórico-prácticas de enfermería donde han revisado el tema y han tenido un variado número de acercamientos en la práctica real del cuidado.

3.3. Variables de estudio

Percepción de autoeficacia

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo
Percepción de Autoeficacia en la aplicación del P.A.E.:	Son las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar acciones en posibles situaciones de salud del cliente, que para el caso es la implementación del P.A.E.	Es el nivel de confianza que se posee para aplicar el P.A.E. ante situaciones de salud del paciente, obtenida a través de la adaptación de la escala general de autoeficacia medida en una escala de 0 a 100 (ver cuantificación de respuestas).	Intervalar

Indicadores	No. de ítem	Valores	Análisis de datos
<p>Sumatoria del nivel de confianza de la capacidad para aplicar conocimientos del P.A.E. en situaciones de salud del paciente, lo conforma:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Autoeficacia para la implementación del P.A.E. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoeficacia para la aplicación del P.A.E. (global) ▪ Autoeficacia para la valoración y la elaboración de diagnósticos enfermeros ▪ Autoeficacia para planificación de cuidados ▪ Autoeficacia en la ejecución de intervenciones ▪ Autoeficacia para la evaluación - Autoeficacia ante el modelaje vicario <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelaje del profesor enfermero Modelaje del personal de enfermería Modelaje de sus compañeros estudiantes -Autoeficacia ante la persuasión verbal y el trabajo sobre éxitos <ul style="list-style-type: none"> Énfasis por parte de profesores para utilizar el P.A.E. y en los logros alcanzados Énfasis por parte de personal de enfermería para utilizar el P.A.E. Énfasis por parte de compañeros para utilizar el P.A.E. 	<p>1, 2, 4 y 20</p> <p>3, 11, 12 y 18</p> <p>6, 7 ,13 y 19</p> <p>10, 14, 16 y 17</p> <p>5, 8, 9 y 15</p> <p>21, 22, 23 y 24</p> <p>25, 26, 27 y 28</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De 81 a 100 Completamente seguro de poder hacerlo ➤ De 61 a 80 Seguro de poder hacerlo ➤ De 41 a 60 Relativamente seguro de poder hacerlo ➤ De 21 a 40 Apenas cierto de poder hacerlo ➤ De 1 a 20 No puedo hacerlo 	<p>Los datos se procesarán en el paquete estadístico SPSS, las pruebas correspondientes se incluyen con cada pregunta que dirige la investigación (ver Plan de análisis estadístico).</p>

Conocimientos.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo
Nivel de conocimientos de proceso de atención de enfermería	Es el grado de saberes que posee el estudiante de enfermería acerca del proceso enfermero para administrar cuidados de enfermería individualizados	Es la cantidad de conocimientos sobre el P.A.E. que incluye su concepto, características y sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.	Intervalar

Indicadores	No. De Item	Valores	Análisis de datos
Cantidad de respuestas correctas con relación al concepto, características y etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) del P.A.E., que será medido en una escala de 15 puntos como máximo	<p>Conceptualización: 13</p> <p>Caracterización del P.A.E.: 11, 12, 22 y 25.</p> <p>Etapas del P.A.E.: 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23 y 24</p>	<p><u>Entre 8.1 y 10 puntos:</u> Identifica amplia y claramente concepto, etapas y su uso.</p> <p><u>Entre 6.1 y 8 puntos:</u> Identifica suficientemente concepto, etapas y su uso.</p> <p><u>Entre 4.1 y 6 puntos:</u> Identifica relativamente concepto, etapas y su uso.</p> <p><u>Entre 2.1 y 4 puntos:</u> No identifica claramente su concepto, etapas y ni uso.</p> <p><u>Entre 0 y 2 puntos:</u> No identifica su concepto, etapas y ni uso.</p>	Los datos se procesarán en el paquete estadístico SPSS, las pruebas correspondientes se incluyen con cada pregunta que dirige la investigación (ver Plan de análisis estadístico).

Semestre.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Indicadores	Valores
Semestre cursado	Periodo que dura seis meses en el que se cursa una serie de materias que conforman un plan de estudios	Periodo escolar que dura 16 semanas y en el cual se debe cubrir un programa académico	Ordinal	Reconocer el semestre que actualmente se esta cursando	4° 8°

Edad.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Indicadores
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Tiempo de vida a partir del nacimiento	Intervalar	Edad en años cumplidos

Sedes de práctica

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Indicadores
Sedes de práctica	Lugar donde se desarrolla la práctica escolares-profesionales de los estudiantes	Lugar donde se llevan a cabo las prácticas profesionales de los estudiantes que pueden ser en instituciones de 1 ^{er} , 2° o 3 ^{er} nivel de atención	Ordinal	Número y tipo de sedes de práctica, por nivel de atención en las que se han asistido

3.4 Hipótesis

Se espera comprobar en este estudio que:

El nivel de conocimientos y el nivel de autoeficacia generalizada para la aplicación del P.A.E. son mayores en alumnos de 8° semestre que en 4° semestre.

A mayor nivel de conocimientos acerca del P.A.E., mayor percepción de autoeficacia para su aplicación

A mayor edad, promedio académico y número de sedes de práctica visitadas existe mayor percepción de autoeficacia.

3.5. Procedimientos.

Estudio Piloto.

El instrumento empleado fue piloteado en 27 sujetos con características semejantes a los de la investigación. Respecto al análisis de confiabilidad se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach igual a .7953, con lo que se puede decir que el instrumento es confiable respecto a la consistencia interna de los ítems. Previo al piloteo y con fines de analizar validez de contenido, el instrumento fue sometido al criterio de expertos relacionados con el P.A.E. y la autoeficacia percibida.

Recolección de datos:

Para la recolección de datos previo consentimiento informado, se aplicaron encuestas de tipo autoadministradas, en las aulas durante el bloque teórico, esto quiere decir, que fueron aplicadas antes de irse a práctica clínica.

La aplicación fue realizada por dos encuestadores capacitados previamente, que además estuvieron directamente implicados durante la reestructuración del instrumento. El tiempo aplicación fue 15 a 25 minutos.

Análisis de datos.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la población para plantear sus características generales; además de acuerdo con los resultados de las pruebas de estadística univariada, se llevó a cabo el análisis inferencial correspondiente.

Para el caso de problemas de comparación con variables intervalares y de dos muestras independientes, se empleó la t de Student, y para los problemas de asociación de variables de tipo intervalar como lo son los niveles de conocimientos, de autoeficacia percibida, la edad, promedio académico, o número de sedes de práctica, corresponde hacer uso de las pruebas de relación de Pearson.

3.6 Instrumento de Medición:

Descripción.

El cuestionario a emplear se encuentra conformado por preguntas abiertas y cerradas y consta de tres partes:

- La primera solicita datos sociodemográficos (edad, sexo, promedio general, semestre que cursa y condición laboral)
- La segunda parte evalúa el nivel de conocimientos del proceso de atención de enfermería con 15 ítems cerrados, de opción múltiple elaborado para la presente investigación, apoyándose en instrumentos como el de "Factores que Intervienen en el Conocimiento y Aplicación del Proceso de Cuidado" (FICAPC) en su apartado III, referente a conocimientos de proceso de cuidado (Benítez y Franco, 2000) y del instrumento de: "Conocimiento y enseñanza del proceso de enfermería" (CAEPE) del Grupo Mexicano para el Diagnóstico de Enfermería.

Esta parte se mide con 5 preguntas que se refieren al concepto y las características, y 10 reactivos se refieren a las etapas del mismo (Valoración, Planteamiento de Objetivos, Planificación, Ejecución, Evaluación). Se hace uso de 5 opciones de respuesta donde sólo 1 es correcta, y las otras 4 opciones son incorrectas.

- La tercera parte, evalúa la percepción de autoeficacia para la aplicación del P.A.E., para lo cual se retoma y adapta la escala de

Autoeficacia Generalizada de Albert Bandura (1993) de acuerdo con el objetivo del presente proyecto (28 ítems cerrados). La escala utilizada para medir la actitud de autoeficacia es tipo Likert con valores que van del 5 al 1 (desde completamente seguro de poder hacerlo, seguro de poder hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, apenas cierto de poder hacerlo y no puedo hacerlo). Esta sección contiene tres dimensiones que corresponden a:

- I) Percepción de autoeficacia para la aplicación del P.A.E., que incluye autoeficacia para la aplicación del P.A.E., autoeficacia en la valoración y elaboración de diagnósticos, autoeficacia en la planificación, autoeficacia en la ejecución y autoeficacia en la evaluación (20 ítems con un valor total de 100 puntos).
- II) Persuasión Verbal y Trabajar sobre Éxitos (4 ítems, valor total 20 puntos).
- III) Modelaje Vicario (4 ítems, valor total 20 puntos).

Cuantificación de respuestas.

El nivel de conocimientos está determinado por 15 ítems, donde su suma total de transforma a un índice numérico con escala de 1 a 10, tal como se asignan calificaciones para evaluar rendimiento académico. Su interpretación se traduce de la siguiente forma:

1.0	2.0	2.1	4.0	4.1	6.0	6.1	8.0	8.1	10
No identifica el concepto y sus etapas		No identifica claramente el concepto y sus etapas		Identifica relativamente el concepto y sus etapas		Identifica suficientemente el concepto y sus etapas.		Identifica ampliamente el concepto y sus etapas	

Para la interpretación de la escala de Autoeficacia percibida, se deberá tener en cuenta que la suma total de los puntajes obtenidos, dando lugar al índice general de Autoeficacia Percibida ubicado en un cuadro propuesto por Albert Bandura para medición de la Autoeficacia Generalizada, con los que se identifica la necesidad de mejorar los mecanismos fundamentales de tal constructo:

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

En el caso de la interpretación de los ítems que evalúan Persuasión Verbal y Trabajar sobre Éxitos (4 ítems, valor total 20 puntos); así como la evaluación del Modelaje Vicario (4 ítems, valor total 20 puntos); se considera que:

1	20	21	40	41	60	61	80	81	100
Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	

Confiabilidad y validez.

La *confiabilidad* del instrumento FICAP reportada por Benitez y Franco fue de *0.81* de acuerdo con el *Coefficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach*, por lo que

el instrumento es confiable en cuanto a la consistencia interna de sus ítems, además posee validez de contenido por haber sido sometido a la revisión de expertos y a la respectiva reestructuración.

A la aplicación del instrumento en la población de 250 estudiantes, la prueba de confiabilidad alcanzó un índice de .8736; por lo que los resultados son considerados confiables en cuanto a la consistencia interna de los ítems del instrumento aplicado.

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo con lo señalado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título II, capítulo 1, artículos 13, 16 y 100 (Secretaría de Salud 1998) .

El Art. 13 señala que toda la investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El Art. 16 establece que se protegerá la privacidad de los individuos sujetos a investigación, por lo que los instrumentos deberán ser manejados respetando el anonimato y confidencialidad de los datos que arrojen.

El párrafo IV del Art. 100 declara que se deberá contar con el consentimiento libre e informado, por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud.

Así mismo se considera el Código de Ética del Colegio Nacional de Enfermeras el cual proporciona valiosos lineamientos para la enfermera profesional con respecto a sus deberes y obligaciones para con el paciente, la profesión y la sociedad.

IV RESULTADOS.

4.1. Descripción de la población.

Características generales de los alumnos.

La población de estudio estuvo constituida por alumnos del Sistema Escolarizado del turno matutino, de los semestres 4° y 8°; el número total de alumnos fue de 250, correspondiente al 86% de la población registrada en listas, periodo 2004 – 1, que es una población inferior a la estimada inicialmente (292 alumnos), de una escuela de Enfermería de nivel universitario ubicada en el D. F.

La edad promedio de los estudiantes fue de 22.8 años. El 91% de la población encuestada se encontró por debajo de los 25 años de edad lo cual indica que la mayoría de los estudiantes corresponden al grupo de adultos jóvenes. A pesar de que la dispersión de las edades de los sujetos es alta (D.E. = 3.40) esta dispersión se manifiesta en el área más elevada de la escala de edad. Respecto al sexo, se tiene un gran porcentaje de mujeres, un 79%, es decir que en la población total, sólo 2 de cada 10 estudiantes son hombres. La condición laboral muestra que el 21% de los estudiantes trabaja, aunque de ellos sólo 15 alumnos se ocupan en alguna institución de salud (29%) llevando a cabo actividades de enfermería.

La distribución por semestre ubica al 56% de los estudiantes en 4° semestre y la población restante en 8°; donde su promedio general de semestres anteriores, varía de 7 hasta 10 de calificación; 78% de ellos oscila entre 8 y 8.9 de promedio.

La dispersión de los promedios no muestra gran varianza, por lo que se nota homogeneidad en su distribución (D.E.: 0.43). Además la media de los estudiantes es 8.32, lo cual confirma su tendencia hacia los promedios de medios a altos.

Las sedes de práctica a las que asisten son desde 1er nivel de atención hasta 3er nivel, y se obtuvo que 97% de la población de 4º semestre, ha asistido sólo a una sede de 1er nivel; el 90% a una o dos sedes de 2º nivel y el 64% a ninguna sede de 3er nivel.

Para la sedes de 8º. Semestre, se tiene que el 70% ha asistido a 2 y 3 unidades de 1er nivel; el 85% a 3 y 4 unidades de 2º nivel y el 91% a 2 y 3 unidades de 3er nivel de atención (Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1
Sedes de práctica / Semestre

Sedes de 1er. Nivel de Atención	Semestre						Total	
	4°.		8°.					
	Fo	%	Fo	%	Fo.	%	Fo.	%
Ninguna	2	1.4			2	.8		
Una	135	96.4	20	18.2	155	62.0		
Dos	3	2.1	42	38.2	45	18.0		
Tres			36	32.7	36	14.4		
Cuatro			11	10.0	11	4.4		
Cinco			1	.9	1	.4		
TOTAL	140	100.0	110	100.0	250	100.0		
Sedes de 2o. Nivel de Atención								
Ninguna	12	8.6			12	4.8		
Una	68	48.6			68	27.2		
Dos	59	42.1	8	7.3	67	26.8		
Tres	1	.7	40	36.4	41	16.4		
Cuatro			54	49.1	54	21.6		
Cinco			7	6.4	7	2.8		
Seis			1	.9	1	.4		
TOTAL	140	100.0	110	100.0	250	100.0		
Sedes de 3er. Nivel de Atención.								
Ninguna	90	64.3			90	36.0		
Una	45	32.1	3	2.7	48	19.2		
Dos	5	3.6	74	67.3	79	31.6		
Tres			27	24.5	27	10.8		
Cuatro			6	5.5	6	2.4		
TOTAL	140	100.0	110	100.0	250	100.0		

Características de los alumnos en las dimensiones de Conocimientos y Autoeficacia.

El nivel de conocimientos exhibido por la población de estudiantes independientemente del semestre, tiende a ser elevada al mostrar una media de 8.12, lo que quiere decir que los estudiantes "identifican de suficiente a amplia y claramente el Proceso de Atención de Enfermería y sus etapas".

El índice general de autoeficacia mostró que el 66% de la población está "completamente seguro" de aplicar el PAE (Media = 93, esto quiere decir de seguro a completamente seguro de poder aplicarlo).

Respecto a las dimensiones de Modelaje Vicario y Persuasión verbal se obtuvo que el 78% y el 71% de la población "siempre han tenido experiencias en la práctica clínica o comunitaria" relativas a estas dimensiones que coadyuvan a la autoeficacia; las cuales se confirman al observar medias de 93.2 y 89.2 para cada una respectivamente (Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2

Conocimientos y Autoeficacia para la aplicabilidad del P.A.E.

Categoría	Media	D.E.
Conocimientos	7.526	1.34
Autoeficacia generalizada	93	.50
Mdelaje vicario	93.2	.76
Persuasión verbal	89.2	.83

Descripción de las dimensiones de Autoeficacia y Conocimientos por semestre.

De la población de 4°. Semestre se observó que el 63% se sienten "completamente seguros para aplicar el PAE", lo mismo que el 71% de los alumnos de 8°. Semestre (Cuadro No. 3).

Cuadro No.3
Semestre / Nivel de Autoeficacia

Nivel de autoeficacia	Semestre		Total
	4o	8o	
Relativamente seguro		3	3
		2.7%	1.2%
Seguro	52	29	81
	37.1%	26.4%	32.4%
Completamente seguro	88	78	166
	62.9%	70.9%	66.4%
Total	140	110	250

El nivel de conocimientos por semestre mostró que casi el 18% de los alumnos de 4° semestre "identifican amplia y claramente los conocimientos del PAE" mientras que para los de 8° se obtuvo el 40% en ese mismo rubro (Cuadro No. 4).

Cuadro No. 4
Semestre / Conocimientos

Conocimientos PAE	Semestre		Total
	4o	8o	
No identifica claramente	6	2	8
	4.3%	1.8%	3.2%
Identifica relativamente	27	10	37
	19.3%	9.1%	14.8%
Identifica suficientemente	82	54	136
	58.6%	49.1%	54.4%
Identifica amplia y claramente	25	44	69
	17.9%	40.0%	27.6%
Total	140	110	250

Modelos para la comprensión y aplicación del P.A.E.

Respecto a los modelos que los alumnos consideran que les ayudaron más a comprender mejor los conocimientos y a aplicar el P.A.E. independientemente del semestre que cursan, se encuentra que el 76 % de ellos menciona a los docentes como su mejor modelo, seguido de sus propios compañeros (17.6 %) (Cuadro No. 5).

Cuadro No. 5
Modelos para la comprensión y aplicación del P.A.E.

Modelos	Fo.	%
Docentes de enfermería	190	76.0%
Compañeros de estudio	44	17.6%
Personal de enfermería	16	6.4%
	250	100.0%

4.2. Análisis estadístico descriptivo.

Comparación de dimensiones de autoeficacia por semestre.

Se intentó conocer si existían diferencias en los niveles de autoeficacia percibida para la aplicación del P.A.E. así como en sus dimensiones, en los alumnos de semestres intermedios y avanzados (4o y 8o semestres), obteniéndose que de acuerdo a t de student si existen diferencias estadísticamente significativas (Cuadro No. 6).

Cuadro No. 6

Distribución de Medias para Autoeficacia para la aplicación del P.A.E. y Dimensiones

Categoría	Media	D.E.	t	gl	Prob.
Autoeficacia	92.6	.502	8.647	249	.000
Generalizada					
Facilidad p/ aplicar P.A.E.	85.4	.755	11.012	249	.000
Valoración	91.8	2.076	8.924	249	.000
Planificación	90.4	2.000	9.834	249	.000
Ejecución	89.8	2.003	10.009	249	.000
Evaluación	93.2	2.066	8.447	249	.000
Modelaje vicario	93.2	2.151	8.084	249	.000
Persuasión verbal	89.2	2.192	9.377	249	.000
Conocimientos	81.2	1.942	13.810	249	.000

Los estudiantes de 8° semestre en el "índice de autoeficacia generalizada", "facilidad para aplicar el P.A.E.", "planificación" y "ejecución" se perciben

“completamente seguros de poder hacerlo”; mientras que la población de 4º semestre en la etapa de “valoración” y “evaluación”, así como la dimensión de “modelaje vicario” y “persuasión verbal” consideran estar “completamente seguros de poder hacerlo”.

En el caso de nivel de conocimientos también se detectaron diferencias estadísticamente significativas a través de la t de student (prob. 0.000, t = 13.810, gl = 249) lo que quiere decir que los alumnos de 4º semestre “identifican relativamente el P.A.E.”, mientras que los de 8º semestre lo hacen desde “suficiente hasta amplia y claramente” (Media 8.54) (Cuadro 7).

Cuadro No. 7

Comparación de dimensiones de Autoeficacia por etapas del P.A.E. / Semestre

Etapa del P.A.E. / Dimensión	Semestre					
	4o			8o.		
	Media	N	D.E.	Media	N	D.E.
Autoeficacia	92.6	140	.485	93.6	110	.523
Facilidad	85.4	140	.757	86.6	110	.756
Valoración	91.8	140	.548	91.6	110	.612
Planificación	89.0	140	.604	92.0	110	.545
Ejecución	88.2	140	.668	91.8	110	.579
Evaluación	93.2	140	.489	93.0	110	.568
Modelaje vicario	93.6	140	.771	92.8	110	.763
Persuasión verbal	89.8	140	.835	88.4	110	.839
Conocimientos	78.0	140	.733	8.54	110	.703

Comparación entre dimensiones de autoeficacia y nivel de conocimiento en relación al promedio académico.

Se trató de probar si existían diferencias por el promedio académico de los estudiantes en relación a los niveles de conocimiento y autoeficacia, con sus respectivas dimensiones coadyuvantes (modelaje vicario y persuasión verbal), obteniéndose diferencias significativas por medio de ANOVA, sólo en el nivel de conocimientos ($F = 5.505$, Prob. = .001) (Cuadro No. 8), lo que quiere decir que los alumnos de 8.1 a 10, son quienes poseen más altos niveles de conocimientos (Media de 8.16 a 9.60); mientras que los alumnos con 8 o menos de promedio poseen Medias de 6 a 7.94, esto pone de manifiesto que los alumnos con mejor desempeño académico "identifican amplia y claramente el P.A.E.", y los alumnos de promedio menor, sólo lo "identifican de forma suficiente" (Cuadro No. 9).

Cuadro No. 8

Comparación entre Promedio académico / Conocimientos de P.A.E. y

Autoeficacia

DIMENSION		gl	F	Sig.
Conocimientos P.A.E.	Inter-grupos	3	5.505	,001
	Intra-grupos	246		
Autoeficacia	Inter-grupos	3	1,546	,203
	Intra-grupos	246		
Facilidad para aplicar el PAE	Inter-grupos	3	,186	,906
	Intra-grupos	246		
Modelaje vicario	Inter-grupos	3	2,462	,063
	Intra-grupos	246		
Persuasión verbal	Inter-grupos	3	,393	,758
	Intra-grupos	246		

Cuadro No. 9

Comparación entre Promedio académico / Nivel de Conocimientos de P.A.E.

Promedio	Media	N	D.E.
7 o menos	6.00	2	1,414
7.1 a 8	7.94	90	,741
8.1 a 9	8.18	148	,718
9.1 a 10	9.60	10	,422
Total	8.12	250	,742

Comparación entre dimensiones de autoeficacia y nivel de conocimiento de P.A.E. en relación a la edad.

Al realizar la comparación en las dimensiones del estudio con respecto a los rangos de edad, por medio de t de student se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro No. 10). Donde el grupo de estudiantes de 20 años o menos son quienes perciben estar "completamente seguros" (Nivel de autoeficacia) para la etapa de planificación; lo mismo sucede en el rango de 26 a 30 años para la autoeficacia generalizada y el nivel de conocimientos; y es el grupo de 31 años o más quienes reportan mayores índices en la dimensiones de facilidad para la aplicación, valoración, ejecución, evaluación, modelaje vicario y persuasión verbal. Esto muestra que son los alumnos de mayor edad quienes se perciben más autoeficaces (Cuadro No. 11).

Cuadro No. 10

Comparación entre Autoeficacia y Conocimientos de P.A.E.

Etapa / Dimensión	Media	D.E.	t	gl	Prob.
Autoeficacia	81.2	.985	-32.607	249	.000
Facilidad	93.0	.966	-37.039	249	.000
Valoración	86.0	.859	-47.050	249	.000
Planificación	91.8	.793	-49.551	249	.000
Ejecución	90.4	.817	-47.623	249	.000
Evaluación	89.8	.762	-54.433	249	.000
Modelaje vicario	93.2	.954	-43.577	249	.000
Persuasión verbal	93.2	1.032	-37.199	249	.000
Conocimientos	8.72	.742	-32.607	249	.000

Cuadro No. 11

Comparación entre edad/ Autoeficacia y Conocimientos

Dimensión / Edad	20 o menos N = 29		21 a 25 N = 195		26 a 30 N = 15		31 o más N = 11	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
	Autoeficacia	80.0	.463	81.8	.761	85.4	.704	69.0
Facilidad	90.4	.509	93.2	.508	93.4	.488	98.2	.302
Valoración	86.8	.670	85.8	.794	84.0	.414	87.2	.674
Planificación	94.4	.455	91.6	.599	89.4	.516	91.0	.522
Ejecución	89.6	.574	90.0	.595	90.6	.516	96.4	.405
Evaluación	88.2	.628	8.96	.637	89.4	.743	98.2	.302
Modelaje vicario	94.4	.455	92.6	.545	93.4	.488	100.0	.000
Persuasión verbal	95.2	.435	92.6	.836	94.6	.458	98.2	.302
Conocimientos	8.00	.463	8.18	.761	8.54	.704	6.90	.820

Comparación entre semestre y estrategias de aprendizaje para el P.A.E.

Se llevó a cabo una prueba de comparación X^2 entre las variables semestre y estrategias de aprendizaje que los alumnos consideran más efectivas para interiorizar el P.A.E. encontrando diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 44.647$, prob. = .000). En el cuadro No. 10 se observa que cerca del 70% de la población que hace uso de análisis de casos por escrito pertenecen al 4° semestre; casi el 78% que lleva a cabo una aplicación directa del P.A.E. con el paciente sin modelos que lo apoyen son de 8° semestre; mientras que el 54% de los estudiantes que consideran más significativa la aplicación del P.A.E. con apoyo de modelos como compañeros, profesores o personal operativo se encuentran cursando el 4° semestre (Cuadro No. 12).

Cuadro No. 12

Comparación semestre / estrategias de aprendizaje para el PAE.

Estrategias de aprendizaje	Semestre		Total
	4o	8o	
Videos	3 100.0%		3 100.0%
Conferencias	11 100.0%		11 100.0%
Exposiciones teóricas	18 94.7%	1 5.3%	19 100.0%
Análisis de casos por escrito	25 67.6%	12 32.4%	37 100.0%
Práctica directa con el paciente (solo)	10 22.7%	34 77.3%	44 100.0%
Práctica directa con el paciente (con modelos)	73 53.7%	63 46.3%	136 100.0%
TOTAL	140 56.0%	110 44.0%	250 100.0%

Relación entre dimensiones de autoeficacia y nivel de conocimiento u otras variables intervinientes.

Se analizó la relación existente entre la autoeficacia y variables como nivel de conocimientos y otros factores influyentes (semestre, edad, promedio y número de sedes por nivel de atención a las que se ha asistido); encontrándose que en ninguna de ellas existe relación estadísticamente significativa.

Para saber si existía relación entre la variable autoeficacia y la facilidad para aplicar el P.A.E., con la prueba de Coeficiente de relación de Pearson se obtuvo $r_p = +.654$ y una probabilidad de .000, lo que quiere decir que existe una relación moderada y directamente proporcional entre ambas variables estadísticamente significativa. Esto muestra que los estudiantes que consideran que les es más fácil aplicar el P.A.E., es también más alto su nivel de autoeficacia.

Con respecto a la relación entre autoeficacia y las variables persuasión verbal y modelaje vicario ($r_p = .201$ y $.224$ respectivamente, probabilidad menor a 0.05) se puede decir que existe una asociación directamente proporcional débil, lo que quiere decir que solo algunos individuos que perciben mayor autoeficacia observan más persuasión verbal y modelaje vicario.

Relación entre índice general de autoeficacia y la frecuencia de la aplicación del P.A.E.

En la búsqueda de relación entre las variables índice general de autoeficacia percibida y la frecuencia con que se aplica el P.A.E., se llevó a cabo una prueba de Pearson, encontrando que existe una relación de fuerza moderada y positiva entre ambas variables ($r_p = + .642$, prob. = .000). Esto quiere decir que los alumnos que perciben mayor nivel de autoeficacia aplican con más frecuencia el P.A.E.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

5.1. Interpretación y discusión de resultados.

El aprendizaje es un elemento complejo en el que se pone en juego el proceso cognitivo del alumno, a partir de experiencias cotidianas, por medio de la enseñanza maestro-alumno o por el placer personal de conocer más; así el proceso enseñanza aprendizaje se convierte en un medio para lograr que los individuos adquieran habilidades o destrezas mentales y prácticas a través de la interacción socioeducativa.

El proceso educativo debe dirigirse hacia una actividad reflexiva y creadora en la que el centro del proceso sea el alumno, que será quien desarrolle el aprendizaje por medio de su propio proceso cognitivo y la creencia en sus propias capacidades para especializar sus habilidades.

Se ha señalado que el cuidado a la salud, es la esencia de enfermería, y que es el P.A.E. la herramienta metodológica recomendada a emplear en el dominio de su práctica, así en la medida que el estudiante se involucre en la cultura del cuidado y en el uso del P.A.E. se va a lograr un mayor beneficio en la formación de éste como persona y como profesional.

Autoeficacia percibida para la aplicabilidad del P.A.E.

Bandura, asegura que las personas con creencias más firmes en sus capacidades preservan en sus esfuerzos frente a innumerables dificultades y obstáculos. Así para este estudio se detectó que los alumnos en general se encuentran de seguros a completamente seguros de aplicar el P.A.E.

Se espera que con este nivel de creencia percibida, sean aplicadores reales por las prácticas que ejecutan como estudiantes, pero también ejecutores, si los estímulos que los motivan y su creencia en su capacidad persiste en el futuro; ya que Canto (2004) enuncia que las creencias de autoeficacia afectan la conducta humana de varias maneras: a) influye en las elecciones que hacen los estudiantes y las conductas que realizan para seguirlas; b) motiva al estudiante a realizar tareas en las cuales se siente competente y confiado, mientras que lo anima a evitar las tareas en las que no se siente de esa manera; c) determina cuánto esfuerzo desplegará el estudiante para realizar la tarea, y d) predice cuánto tiempo perseverará en su realización, y cómo se recuperará al enfrentarse a situaciones adversas.

Un estudiante con alta autoeficacia se compromete más con las actividades que se le encomiendan y muestra un mayor involucramiento y persistencia, a pesar de las dificultades que se puedan encontrar. El proceso por el cual el estudiante adquiere su autoeficacia es sencillo y bastante intuitivo: el estudiante se involucra

en la realización de determinadas conductas (tareas), interpreta los resultados de las mismas, y utiliza esas interpretaciones para desarrollar sus creencias acerca de su capacidad para involucrarse en tareas semejantes en algún momento futuro, y actúa de acuerdo con las creencias formadas previamente. Por lo tanto coincide con Canto en que, en la medida que los académicos fomenten las creencias de autoeficacia, el rendimiento del alumno incrementará.

Es importante hacer notar que el nivel de autoeficacia percibida es mayor entre alumnos de semestres avanzados que en semestres intermedios, tal como lo señala Laschinger en 1996 (citado en Laschinger, McWilliam y Weston, 1999) quien examinó la autoeficacia de estudiantes de enfermería de pregrado para llevar a cabo actividades de promoción a la salud con clientes, encontrando que las percepciones de confianza aumentaron al avanzar su programa educativo. Por lo tanto se coincide con este autor, en que al aumentar el nivel de expertés y grado académico, se incrementa la autoeficacia percibida para la realización de determinadas tareas.

Además con respecto a la edad son los alumnos de mayor edad quienes se perciben más autoeficaces, aunque la literatura no reporta estudios a este respecto, esto podría verse respaldado, ya que a mayor edad, existe mayor experticia y por tanto mayor autoeficacia para la aplicabilidad del P.A.E.

Modelaje vicario, trabajar sobre éxitos y persuasión verbal.

Con respecto a los mecanismos que coadyuvan al nivel de autoeficacia percibida, se observó que los alumnos de semestres intermedios requieren y les es más imperante el modelaje vicario, la persuasión verbal y el trabajar sobre éxitos para incrementar sus creencias en sus propias capacidades y habilidades. Por lo tanto se coincide con Ramírez (2004) en que la realización óptima de una tarea académica, no depende exclusivamente de las capacidades de los alumnos; sino además, de la motivación que las mueve y de la evaluación que éstos realicen de ellas, a partir de la información recibida acerca de la efectividad de sus anteriores realizaciones, especialmente por parte del profesor. Por tanto coincidiendo con este autor, al intentar explicar por qué los alumnos rinden de la forma en que lo hacen, es imprescindible tener en cuenta sus motivaciones y creencias personales sobre las capacidades de que disponen para realizar las tareas.

Respecto a los modelos de quienes reciben más apoyo los estudiantes, se detectó que son los docentes enfermeros quienes coadyuvan tanto a las aportaciones teóricas como de aplicabilidad del P.A.E. en la práctica del cuidado, cuestión que coincide con Tresolini y Stritter (1994), en Laschinger, McWilliam y Weston quienes encontraron que la observación de modelos creíbles en combinación con práctica y ánimo reales por parte de los practicantes, influyó positivamente los niveles de autoeficacia para asesoría en promoción de salud de estudiantes médicos.

Conocimientos de P.A.E. y Nivel de autoeficacia percibida para su aplicación.

Por otra parte aunque para este estudio no se detectó la relación entre nivel de conocimientos y autoeficacia percibida, Canto en el 2003 aseguró que no basta con que la gente crea que puede realizar tareas ya que para lograr una competencia adecuada se requiere de la armonía, por un lado de las creencias propias (autoeficacia), y por el otro, de las habilidades y conocimientos que posean. Esto podría argumentarse en el sentido de que los estudiantes que acuden a prácticas poseen el referente teórico antes de ésta, y que es una circunstancia que los apoya.

Sedes de práctica y Nivel de autoeficacia para la aplicación del P.A.E.

Laschinger y Tresolini en 1999 detectaron que la autoeficacia de estudiantes de enfermería estuvo fuertemente asociada con la práctica actual de las actividades de promoción a la salud y el aprendizaje de éstas en el salón de clase. Esto podría sustentar el hallazgo, de que son los alumnos de semestres avanzados quienes han frecuentado mayor número de sedes, pero además de niveles más altos de especialización, lo que aumenta su contacto con fuentes de experiencia para el cuidado y la aplicación del P.A.E, trayendo consigo un nivel de autoeficacia mayor, que la de los alumnos de semestres intermedios, quienes han practicado menos ocasiones por su menor contacto con centros de atención a la salud.

Experiencias de aprendizaje para la aplicación del P.A.E.

Referente a las experiencias de aprendizaje que le son más significativas a los estudiantes, se puede decir que los alumnos de semestres intermedios prefieren el análisis de casos por escrito y la aplicación del P.A.E directa con el paciente pero con el apoyo de condiscípulos, docentes o el personal de enfermería; mientras que en los semestres avanzados donde existe más independencia para el aprendizaje, se prefiere la aplicación del P.A.E con el paciente, pero ya sin el apoyo de modelos.

Comprobación de hipótesis.

Con fundamento en los hallazgos y la discusión planteada para el estudio que tuvo por objeto describir y analizar tanto el nivel de conocimientos como de autoeficacia percibida en estudiantes de enfermería de pregrado, se puede concluir con respecto a las hipótesis planteadas que:

1. El nivel de conocimientos y el nivel de autoeficacia generalizada para la aplicación del P.A.E. son mayores en alumnos de 8º semestre que en 4º semestre, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo, esto fue comprobado a través de una t de Student, pero particularmente los alumnos avanzados muestran un nivel de autoeficacia más elevado en la planificación y aplicación del P.A.E.,

mientras que los estudiantes de cursos intermedios se sienten más capaces en la valoración y evaluación de éste.

2. En la hipótesis en que se plantea que a mayor nivel de conocimientos acerca del P.A.E., mayor percepción de autoeficacia para su aplicación, se llevó a cabo una prueba de relación de Pearson, encontrando que no existen diferencias significativas, por lo que se rechaza esta hipótesis de trabajo.

3. Al respecto de la hipótesis de que a mayor edad, promedio académico y número de sedes de práctica visitadas existe mayor percepción de autoeficacia, ésta se acepta ya que al realizar comparaciones por medio de ANOVA, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por lo que se asegura que los alumnos de mayor edad, promedio académico y práctica en mayor número de sedes de 2º y 3er nivel de atención perciben mayor autoeficacia general.

5.2. Conclusiones.

La autoeficacia tiene importantes implicaciones en el rendimiento académico del estudiante por lo que Canto sugiere que los esfuerzos de los maestros deberían dirigirse a la motivación de las creencias de autoeficacia de los estudiantes acerca de su propia competencia como estudiante y como futuro profesional; y que, para lograrlo, es necesario que los maestros diseñen estrategias de aprendizaje que permitan a los estudiantes adquirir confianza y competencia para

realizar actividades que son propias para la adquisición del aprendizaje, en las se incluya el modelaje vicario, la persuasión verbal y el trabajar sobre éxitos.

Por su parte las experiencias vicarias (el aprendizaje por observación, modelamiento o imitación) influyen en las expectativas de autoeficacia del estudiante cuando éste observa la conducta de otros estudiantes, ve lo que son capaces de hacer, nota las consecuencias de su conducta, y luego usa esta información para formar sus propias expectativas acerca de su propia conducta y sus consecuencias. La fuerza de las experiencias vicarias depende de algunos factores, según Canto influyen la semejanza entre el estudiante que observa y su modelo, el número y la variedad de modelos a la que se ve expuesto, la percepción de poder de ese modelo, y la similitud entre los problemas que afrontan el observador y el modelo.

La tercera fuente de autoeficacia se refiere a la persuasión verbal, es decir el estudiante cree y desarrolla su autoeficacia como resultado de lo que dicen sus maestros, padres y condiscípulos. La retroalimentación positiva ("tu puedes hacerlo", "se que lo lograrás") por parte de ellos puede aumentar la autoeficacia del estudiante, pero este incremento puede ser solo temporal, si los esfuerzos que realiza el estudiante para realizar sus tareas no concluyen en el éxito esperado. La persuasión verbal influye menos en la creación y desarrollo de autoeficacia que el modelamiento vicario y el trabajar sobre éxitos incluso se asegura que la

efectividad de la persuasión verbal depende de que tan experta, confiable y atractiva sea percibida la persona que trata de persuadir.

5.3. Implicaciones del estudio.

Los resultados deben ser vistos, con sus debidas reservas, ya que éstos pueden describir el fenómeno en particular de la población estudiada, debido a que los planes curriculares de otras escuelas superiores de enfermería no implican el mismo énfasis desde sus planteamientos trasladados a la práctica en el currículo vivido. Sin embargo, los análisis mostraron que las desviaciones estándar y medias para ambos grupos (semestres intermedios y avanzados), fueron estadísticamente significativas señalando diferencias entre ellos.

Este hallazgo provee alguna seguridad de que los resultados puedan ser extendidos a poblaciones con condiciones similares con réplicas de este estudio. No obstante se debe plantear la limitación que pudiera existir a consecuencia de que el instrumento utilizado no fue sometido al proceso de validación, aún cuando la confiabilidad alcanzada nos permite hablar de la consistencia interna de los ítems que lo conforman.

El estudio provee de información útil sobre los efectos de la autoeficacia y sus mecanismos fundamentales, para guiar y fortalecer las conductas en el cuidado, particularmente en el uso de la herramienta metodológica de la disciplina, es decir

el P.A.E. Además ofrecen la oportunidad a los docentes enfermeros de guiar el desarrollo de experiencias clínicas que promuevan estas capacidades, dado que la teoría de Autoeficacia brinda dirección para diseñar estrategias de enseñanza – aprendizaje que puedan ser usados en pro de incrementar la confianza de los estudiantes para llevar a cabo comportamientos específicos.

5.4. Recomendaciones.

Es necesario promover un plan de desarrollo de habilidades progresivo para incrementar la autoeficacia que vaya desarrollando paulatinamente las habilidades del alumno hasta enfrentarlo a situaciones cada vez más complejas y reales. Los educadores de enfermería deben reconocer la necesidad de incorporar más modelaje de rol, persuasión verbal y trabajar sobre éxitos dentro de sus estrategias educativas, siendo más partícipes desde el desarrollo de la teoría hasta la práctica diaria del cuidado.

Es necesario llevar a cabo otros proyectos de investigación en las sedes clínicas y comunitarias, para poder comparar tanto la creencia en las habilidades para la aplicación del P.A.E. contra su aplicación real; así como las circunstancias que les favorecen o limitan; y poner en práctica otras metodologías de abordaje para dichas investigaciones que puedan hacer más profundo el conocimiento sobre este terreno de conocimiento de la Enfermería.

VI. BIBLIOGRAFÍA.

Bibliografía

Alfaro, R. (1992). Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica. Barcelona: Doyma.

American Psychological Association. (2002) Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association [adaptado para el español por Editorial El Manual Moderno Manual Moderno: México, D. F.]

Bandura, A. & Walters, R. (1963) Social Learning and Personality Development. Ed. Holt, Rinehart and Winston, inc. NY

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37.

Bandura, A. & Walters, R. (1982) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad (versión española). Madrid: Alianza Editorial. S.A.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey, E:U: Prentice Hall.

Bandura, A.(2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad de Stanford. Traducido por Olaz, F.; Silva, I. Pérez. E. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.

Barroso, N. & Alba, B. (2000). Relación entre la formación académica del personal de enfermería en el hospital regional de ISSSTE de León y su aplicación del proceso de enfermería en la práctica clínica (tesis) Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; UNAM: México.

Benítez, T. A. (2000). Factores que intervienen en el conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en estudiantes de 4º semestre de la licenciatura en enfermería (tesis).México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; UNAM.

Collière, M. F. (1993). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. España: McGraw-Hill.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (2000) Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. México: ENEO-UNAM.

Fierro, Fortoul y Rosas.(1999). Transformando la práctica docente. México: Edit. Trillas.

Grupo de cuidado (2002). El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Bampista, L. P. (2003). Metodología de la Investigación (3ª ed.). México: McGraw-Hill.

Iyer, P., Taptich, B. & Bernocchi-Losey, D. (1995). Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México: McGraw-Hill.

Loo, M. I., Olmos, R., & Álvarez, S. (2002). Una propuesta de cultura colaborativa: ideas fundamentales en la educación universitaria. (En Aplicaciones educativas de la Teoría Sociocultural, UNAM - FES Zaragoza). México.

Lucas, M. S. (2000). Estereotipos por razón de género en el autoconocimiento y autoeficacia profesional. Universidad de Valladolid.

Marriner, T. A. & Raile, A. M. (2003), Modelos y teorías en enfermería (5ª ed.) España: Mosby.

Medina, J. L. (1999), La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Alertes.

Morse J & cols. (1994).Comportamiento Contemporáneo del Liderazgo. 4ª. Ed. Edit Lippincot Compay. Philadelphia. Traducido por Beatriz Sánchez.

Olmos, R.(2002). El marco sociocultural de Vigotski en la directividad del desarrollo y aprendizaje de los estudiantes universitarios.(En Aplicaciones educativas de la Teoría Sociocultural, UNAM - FES Zaragoza). México

Onrubia, J. (1993). La atención a la diversidad en la ESO. Algunas reflexiones y criterios psicopedagógicos. Aula de innovación educativa.

Pinto, A. N. (1997). Intersubjetividad, comunicación y cuidado. En: Dimensiones del cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Pardo, V. G. & Cedeño, C. M. (1997) Investigación en salud. Factores Sociales. Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A.

Pender, N. J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice.Connecticut: Appleton & Lange,. Traducido por: Lic. Virginia López Casados.

Shober, J. (1999). Enfoques del Cuidado de Enfermería. (En Grupo de Cuidado. Enfermería y Cuidado de Salud).

Velasco, V. R., (2003). Teorías del Aprendizaje. Aplicadas a la educación. Maestría en educación. Perú: Universidad Peruana Unión.

Hemerografía

BaBler, J. & Schwarzer R. (1996) Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84.

Dillon & Whirth (1996). Citado por Mercado Carmen. "Cuidado Humano (Caring), el corazón de la enfermería". *Entrevista Impulso*, Junio. 1998, p25.

Guillén, F. M. (1999). Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. *Revista Cubana de Enfermería* 15(1):10-6

Laschinger, S. K., McWilliam, C. L., & Weston, W. (1999). El efecto de las rotaciones clínicas de enfermería familiar y de medicina familiar sobre la autoeficacia de los estudiantes de enfermería medicina para la asesoría de promoción de salud. *Journal of Nursing Education*. Vol. 38 (8).

Maña, G. M., Mesas, S. B. & González, L. E (2000). ¿Qué piezas faltan? Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación *Enfermería Clínica* 10 (4).

Mendoza, S. M. (2002). Conocimiento y percepción del PAE post intervención educativa. *Desarrollo científico de enfermería*. 10 (3).

Sanhueza, A. O., Jofré, A. V. & Zenteno, G. V. (1998). Aplicación del proceso de enfermería por los estudiantes: factores que intervienen *Enfermería clínica* 8 (4).

Schwarzer, R., Babler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish and Chinese versions of the General Self-Efficacy scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1).

Zaragoza, S. A. & Smith, L. (2001) .El uso de la triangulación metodológica para identificar el grado de introducción del Proceso de Atención de Enfermería en una unidad hospitalaria: Descripción de una técnica de grupos focalizados. *Index de Enfermería*; (32-33)

Fuentes Electrónicas.

Canto y Rodríguez, J. E. (2004). Autoeficacia y educación. Consultado el 20 de octubre del 2004 de WWW de http://www.inaf.cl/hernan_saavedra_03.htm

Contreras, A. (2000). Presentación de Modelos Teóricos Conductuales: La Teoría del Aprendizaje. Recuperado el 26 de Abril del 2003 de:
<http://www.teoriasdelaprendizaje.html>

En la iniciativa de la comunicación: El constructivismo y el aprendizaje significativo) .Recuperado el 19 de abril de 2003, de
<http://www.comminit.com/la/lamp/sld-404.html>

Fernández-Abascal. E. (1999) Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Revista Electrónica de Motivación y Emoción. Vol. 3 Num. 5-6
<http://www.revistaelectronicamotivacionyemocion/v3.html>

Mayer, R. (1983). Thinking, problem solving and cognition. (En Sánchez, M. La investigación sobre el desarrollo y la enseñanza de las habilidades de pensamiento). Recuperado el día 5 de mayo de 2003 de:
<http://redie.ens.uabc.mx/vol4no1/contenido-amestoy.html>

Mena, N. F., Macias, M. A., Romero, C. M., Valderrama, M. A.,& Feria, L. D. (2001) ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método del trabajo enfermero? Recuperado el día 26 de abril del 2003 en:
<http://www.readysoft.es/rol/index.html>

Motivación y Emoción. 3 (5-6). Recuperado en marzo 2003 en de <http://www.motivacionemocion/html>

Ramírez, SI. & Herrera, CF. (2004). Aprendizaje autorregulado. Universidad de Granada. Consultado el 20 de Octubre de 2004 de WWW de <http://www.ugr.es/-iramirez/AprenAuto.doc>

IX. ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
MAESTRIA EN ENFERMERIA.

CONOCIMIENTOS ACERCA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y PERCEPCIÓN DE
AUTOEFICACIA PARA SU APLICACION

Este cuestionario es confidencial y los resultados obtenidos se emplearan sólo con fines de la propia investigación cuyo objetivo es: recabar información acerca de los conocimientos que se poseen acerca del PAE y la autoeficacia percibida en su aplicación.

DATOS GENERALES.

1. Edad. _____ años cumplidos 2. Sexo: (F) (M) 3. Semestre que cursas _____
4. Promedio General (de los semestres anteriores cursados): _____ 5. Trabajas? (SI) (NO)
6. Lugar: _____
7. Actividad que desempeñas o puesto que ocupas: _____

Menciona las **sedes de práctica en las que has estado**, según el nivel de atención al que correspondan:

8. SEDES DE PRÁCTICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (centros de salud, centros de atención primarias, clínicas de medicina familiar, escuelas, guarderías, asilos)	9. SEDES DE PRÁCTICA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (Hospitales generales y de zona)	10. SEDES DE PRÁCTICA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (Hospitales de especialidad e institutos)

INSTRUCCIONES: Marca con una (X) la respuesta que considere usted correcta.

11. 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.

12. Las etapas o fases del proceso 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.

13. El proceso de enfermería es:
- Una técnica de recolección y validación de datos.
 - Un instrumento de acreditación para la formación profesional.
 - Una forma de valorar al individuo con problemas.
 - Una táctica para poder llegar más pronto al cumplimiento de los objetivos
 - Un método sistemático y organizado para proporcionar calidad de cuidados al individuo (s).
14. Etapa del Proceso de Enfermería en la que se aplica la Evaluación:
- Valoración.
 - Diagnóstico
 - Planeación.
 - Ejecución
 - En todas las etapas.
15. Etapa del proceso de enfermería en que se llevan a cabo las actividades planeadas para el cuidado de un paciente:
- Valoración.
 - Intervención
 - Planeación.
 - Ejecución
 - Organización
16. Se trata de una característica indispensable para la elaboración de diagnósticos de enfermería:
- La observación por parte de enfermería.
 - La consulta del expediente clínico.
 - La disponibilidad de tiempo.
 - La lectura de las indicaciones médicas.
 - Conocer el diagnóstico médico.
17. Algunos métodos de los que se vale enfermería para la valoración del individuo son:
- La observación, entrevistas y la consulta médica.
 - La observación, entrevistas y la exploración física.
 - La recopilación de antecedentes patológicos del paciente.
 - El resultado de exámenes de laboratorio y gabinete así como la entrevista a familiares.
 - El registro de manifestaciones clínicas y la consulta con especialistas.
18. El uso de los factores relacionados en la estructura del diagnóstico de enfermería es con el fin de:
- Conocer los factores de riesgo a los que esta expuesto el individuo.
 - Darle un nombre al diagnóstico de enfermería.
 - Ofrecer una definición exacta del diagnóstico.
 - Conocer las circunstancias que pueden contribuir al desarrollo de un problema o necesidad.
 - Conocer los elementos fisiológicos o genéticos que aumentan la vulnerabilidad a un daño a la salud.
19. 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:
- Valoración.
 - Diagnóstico
 - Planeación.
 - Ejecución
 - Evaluación.

20. Es la descripción de lo que la enfermera y el paciente esperan conseguir al llevar a cabo el plan de intervención:
- Objetivos.
 - Valoración
 - Planificación.
 - Ejecución.
 - Evaluación
21. Es la etapa que incluye plantear objetivos, determinar actividades a realizar y contemplar la evaluación:
- Valoración.
 - Diagnóstico
 - Planeación.
 - Ejecución.
 - Evaluación.
22. Son características del proceso de enfermería:
- Sistematizado y general.
 - Flexible e intencionado.
 - Estructurado e incidental.
 - Selectivo y rígido.
 - Estático y sistematizado.
23. El establecimiento de prioridades, elaboración de objetivos y la organización de actividades son parte de:
- La Valoración.
 - El diagnóstico.
 - La planificación.
 - La ejecución.
 - La evaluación.
24. Los diagnósticos de enfermería deben ser:
- Bien identificados e inamovibles para evaluar el desarrollo de todo el proceso.
 - Cambiados o actualizados si la valoración y evaluación que se hace del sujeto de cuidado lo amerita.
 - Permanecer de principio a fin para guiar la evaluación de las intervenciones de enfermería.
 - Cambiantes según la evolución médica del padecimiento del sujeto del cuidado.
 - Deben cambiar según la permanencia o los días de estancia del individuo se prolongan.
25. Las etapas en el proceso de enfermería son:
- Secuenciales: una debe de seguir a la anterior
 - Inamovibles: no pueden cambiarse de momento de aplicación
 - Cíclicas: se debe de volver a la primera etapa siempre.
 - Dialécticas: se puede ir de una a otra según se requiera.
 - Ordenadas: sólo por cuestión de organización administrativa.

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

Formato de respuesta: Elige la respuesta que consideres que más se acerca a tu experiencia personal marca con una (x)

AUTOEFICACIA PARA LA APLICACIÓN DEL PAE	Completamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	No puedo hacerlo
1. Considero sencillo llevar a cabo a la práctica el proceso atención de enfermería					
2. Me resulta más sencillo resolver problemas de salud de los pacientes al aplicar el PAE que con otra forma de cuidado					
3. Me es fácil persistir hasta alcanzar los objetivos propuestos en el plan de intervención					
4. Tengo confianza en que puedo manejar eficazmente situaciones inesperadas que presente el paciente al implementar el proceso enfermero					
5. La evaluación constante me facilita identificar las situaciones difíciles que presenta el paciente					
6. Ante situaciones no contempladas en la planificación del proceso enfermero, soy capaz de manejarlas					
7. Con las intervenciones que planeo puedo resolver la mayoría de los problemas que presenta el paciente					
8. Hago uso de la evaluación para determinar si se han corregido los problemas y conseguido los objetivos establecidos					
9. Gracias a la evaluación constante puedo hacer modificaciones en los diagnósticos de enfermería según las necesidades del paciente					
10. Soy capaz de ejecutar eficientemente actividades para resolver situaciones difíciles con respecto a la salud del paciente					
11. Soy capaz de elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo con el estado de salud del paciente					
12. Ante el surgimiento de nuevas necesidades, me siento capaz de elaborar nuevos diagnósticos					
13. Me resulta fácil modificar la planeación ante el surgimiento de nuevas necesidades de salud					
14. Considero que cuento con las habilidades necesarias para ejecutar el proceso atención de enfermería de forma integral					
15. Soy capaz de evaluar constantemente los resultados de mis intervenciones en el proceso de cuidado					

	Completamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	No puedo hacerlo
16. Me siento realmente satisfecha (o) con las intervenciones que planeo					
17. Me siento capaz de ejecutar las actividades planeadas de para resolver las situaciones problemáticas en el paciente					
18. Soy capaz de realizar la valoración necesaria para prever situaciones difíciles con respecto a la salud del paciente					
19. Tengo confianza en que puedo planear cuidados eficientes ante situaciones inesperadas que presente el paciente					
20. Me resulta fácil aplicar el PAE, aunque algo o alguien se me oponga					
MODELAJE VICARIO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
21. Ver al personal de enfermería aplicar el PAE aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes					
22. Ver a mis compañeros (as) aplicar el PAE aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes					
23. Ver a mis profesores (as) enfermeras aplicar el PAE aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes					
24. Independientemente de quien sea, el ver aplicar el PAE aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes					
PERSUASIÓN VERBAL Y TRABAJAR SOBRE ÉXITO					
25. Los profesores me han hecho énfasis para que utilice el PAE al brindar cuidados					
26. El personal de enfermería me ha hecho énfasis para que haga uso del PAE para brindar cuidados					
27. Al reportar errores en el cuidado que brindo me motivan para corregirlos					
28. Mis profesores me hacen énfasis en los logros que alcanzo al implementar el PAE					

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

- a) Docentes de enfermería b) compañeros c) personal de enfermería

30. ¿Qué dificultades encuentras al aplicar el PAE?

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

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

- a) videos b) conferencias c) exposiciones teóricas d) análisis de casos por escrito e) práctica directa con el paciente tu solo

f) práctica directa con el paciente teniendo como modelo un compañero, el profesor u otra persona g) otros, especifica: _____

33. 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

