



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría en Enfermería

Conocimientos, habilidades y actitudes en la aplicación del Proceso Enfermero para determinar una competencia profesional en un hospital del tercer nivel de atención

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

ORIENTACIÓN: ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

LIC. MARÍA ISABEL BELTRÁN VENEGAS

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. IRMA CORTÉS ESCÁRCEGA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Cd., Mex. Octubre 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A ti amado esposo, Héctor Castelán García

Que con amor y paciencia me has acompañado desde el inicio de mi profesión, compartiendo lágrimas, desvelos y triunfos, sin permitir que desfallezca ante las dificultades y errores repetidos.

Por dejarme crecer a tu lado y aprender de ti todo lo hermoso y dulce de la vida, porque eres mi impulso al recordar las palabras, con las que te conocí:

“Una actitud positiva ante la vida, te abrirá todas las puertas”.

*Por el amor que te tengo y el respeto que mereces **gracias guapo.***

A mi hermosa hija Heyma Isabel Castelán Beltrán

Porque a pesar de su corta edad comprende que el tiempo que no estoy a su lado es recompensado.

A mi madre Rita Venegas Arriaga

Por ser más que la segunda madre de mi pequeña velando por ella cuando no estoy presente y aunque lo esté siempre es su prioridad. Gracias mami por los valores que me has transmitido, por tu tiempo y comprensión.

AGRADECIMIENTO

Gracias Dra. Irma Cortés

*Por haber trabajado muy atentamente conmigo,
Con respeto, dedicación y tiempo
Para el término de este trabajo y favorecer así
El logro de mis objetivos.*

A la Dra. Gandhi

*A quien le estaré eternamente agradecida, por su ayuda en mi formación académica,
Depositando sus conocimientos de una manera dedicada, paciente y profesional.
Con todo respeto le comparto estas frases:*

“Enseñar no es transferir conocimientos, si no crear las posibilidades para su producción o su construcción. Quien enseña aprende al enseñar y quien aprende enseña al aprender”.

“Los hombres no se hacen en el silencio, sino en la palabra, en el trabajo, en la acción, en la reflexión”.

Paulo Freire.

A todos los profesores

*Que ayudaron a mi formación académica,
Depositando sus conocimientos de una manera dedicado y paciente.
Gracias*

A mi escuela querida

*Que me viste crecer cada día,
Ayudándome a construir mi sendero, preparándome para el camino de la vida.
A ti, gracias honorable templo del saber “Unidad de Posgrado UNAM”*

Y por siempre yo seré, orgullosamente UNAM.

RESUMEN

Objetivo. Evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes en la aplicación del Proceso de Atención de enfermería como parte de una competencia profesional en un hospital de tercer nivel de atención. Metodología. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra por conveniencia fue de 89 enfermeras de un hospital de tercer nivel de atención. Se aplicó el instrumento “Aplicación del Proceso de Enfermería 2008 en instituciones de Salud (APEIS 08)”. El análisis de los datos se realizó utilizando el programa SPSS. La investigación se realiza conforme a la reglamentación de acuerdo a la Ley General de Salud. **Resultados:** El 62% de la muestra cuenta con un nivel de conocimientos bajo sobre el Proceso de Atención de Enfermería. El 48% cuenta con un nivel medio de habilidades para la realización del PAE. El 61% se encuentra con una actitud neutra durante su elaboración. Conocimientos y habilidades: Existe una relación moderada positiva entre el puntaje de conocimientos y el de habilidades. $p < 0.05$ r Pearson = 0.434. Es decir: “*a mayor nivel de conocimientos, mayor nivel de habilidades*”. Habilidades y Actitudes: Existe una relación moderada positiva entre el puntaje de habilidades y el de actitudes. $p < 0.05$ r Pearson = 0.325. Es decir: “*a mayor nivel de habilidades, mejor nivel de actitudes*”. Conocimientos y actitudes: Existe una relación moderada positiva entre el puntaje de conocimientos y el de actitudes. $p < 0.05$ r Pearson = 0.280. Es decir: “*a mayor nivel de conocimientos, mejor nivel de actitudes*”. **Conclusiones:** Basado en los resultados obtenidos se concluye que la actitud positiva hacia el Proceso de Atención de Enfermería es mayor en las mujeres que en los hombres. Así como lo relativo a las habilidades del personal son mayores entre los 20 y 29 años de edad indicando que a menor edad los participantes obtendrán un mejor puntaje en habilidades de aplicación del PAE. ($r_s = -0.310$ $p < 0.01$), lo que explica que al menos el 31% de los sujetos al tener menor edad, presentan una mejor habilidad para la aplicación del PAE.

PALABRAS CLAVE:

Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Competencias profesionales (habilidades, conocimientos, actitudes), Enfermería.

ABSTRACT

Objetivo. Evaluate knowledge, skills and attitudes in the application of the Nursing Care Process as part of a professional competency in a third-tier hospital of care. **Methodology.** Quantitative, descriptive and transversal study. The convenience sample was 89 nurses in a tertiary care hospital. "Implementation of the process of nursing 2008 instrument applied in health institutions (APEIS 08)". The analysis of the data was carried out using the SPSS program. Research is conducted in accordance with the regulation of agreement to the General Law of health. **Results:** 62% of the sample has a low level of knowledge about the process of nursing care. 48% have a medium level of skills for the realization of the PAE. 61% is with a neutral attitude during its production. **Knowledge and Skills:** There is a moderately positive relationship between knowledge score and skills scores. $p = <0.05$ r Pearson = 0.434. That is to say: "at a higher level of knowledge, the higher the level of skills". **Skills and Attitudes:** There is a positive moderate relationship between the skill score and the attitudes. $p = <0.05$ r Pearson = 0.325. IE: "a higher level of skills, level of attitudes". **Knowledge and attitudes:** a positive moderate relationship between the score of knowledge and attitudes. $p = <0.05$ r Pearson = 0.280. IE: "a higher level of knowledge, better standard of attitudes". **Conclusions:** Based on the results it is concluded that the positive attitude towards the process of nursing care is higher in women than in men. As well as with regard to the skills of the staff they are greater between 20 and 29 years of age indicating that younger participants obtained a better score in the PAE application skills. ($r = -0.310$ $p < 0.01$), What explains that at least 31% of subjects having younger, have a better ability for the implementation of the PAE.

KEY WORDS:

Nursing Care Process (PAE), competencias profesionales (skills, knowledge, attitudes), nursing.

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| 1.1 Problema de investigación..... | 2 |
| 1.1.1 Importancia del estudio..... | 2 |
| 1.1.2 Hipótesis de trabajo..... | 4 |
| 1.1.3 Objetivo..... | 4 |
| CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO | 5 |
| 2.1 Enfermería..... | 5 |
| 2.2 Conceptualización del Proceso de Atención de Enfermería..... | 11 |
| 2.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería..... | 14 |
| 2.3.1 Valoración..... | 14 |
| 2.3.2 Diagnóstico..... | 15 |
| 2.3.3 Planeación..... | 16 |
| 2.3.4 Ejecución..... | 16 |
| 2.3.5 Evaluación..... | 17 |
| 2.4 Taxonomías NANDA, NIC Y NOC..... | 18 |
| 2.4.1 NANDA..... | 18 |
| 2.4.2 NIC..... | 18 |
| 2.4.3 NOC..... | 21 |
| 2.5 Integración Taxonomías NANDA, NIC, NOC al Proceso de Atención de Enfermería | 23 |
| 2.6 Competencias profesionales..... | 27 |
| 2.7 Conocimientos, habilidades actitudes del Proceso de Atención de Enfermería..... | 31 |
| 2.8 Antecedentes..... | 35 |
| CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA | 40 |
| 3.1 Tipo y diseño de estudio | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2 Universo de estudio..... | 40 |
| 3.3 Población y muestra..... | 40 |
| 3.4 Criterios de selección..... | 40 |
| 3.5 Variable de estudio..... | 40 |
| 3.6 Procedimiento para la recolección de datos..... | 45 |
| 3.6.1 Técnica..... | 45 |
| 3.6.2 Instrumento de medición..... | 45 |
| 3.6.3 Validez de contenido y estandarización..... | 46 |
| 3.6.4 Análisis estadístico..... | 47 |
| 3.6.5 Aspecto ético y legal..... | 47 |
| CAPÍTULO 4 RESULTADOS..... | 51 |
| 4.1 Caracterización de la muestra..... | 51 |
| 4.2 Resultados descriptivos..... | 52 |
| 4.3 Resultados inferenciales..... | 59 |
| CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN..... | 63 |
| CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES..... | 66 |
| 6.1 Limitaciones | 67 |
| 6.2 Implicaciones para la práctica de enfermería | 68 |
| 6.3 Posibles líneas de investigación..... | 68 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 69 |
| ANEXOS..... | 77 |

INTRODUCCIÓN

Los entornos de la práctica enfermera son complejos y la cantidad de datos (información) que manejan es prácticamente infinita. Las enfermeras analizan una gran cantidad de información sobre cada paciente y decidir qué hacer en la práctica basada en la evidencia. Un método teórico ayuda a que las enfermeras no se vean desbordadas y avancen en el Proceso de Atención de Enfermería de manera ordenada. Los marcos y las teorías son estructuras sobre los seres humanos y su salud que proporcionan a las enfermeras una perspectiva del paciente y esta perspectiva es característica de una profesión. El conocimiento de las personas, la salud y el entorno forma la base para el reconocimiento de la enfermería como disciplina. Por lo tanto la enfermería como disciplina académica, depende de la existencia del conocimiento enfermero que se trasmite como base para la práctica profesional. Lo que contribuye a desarrollar las habilidades, actitudes y valores que se requieren para definir una competencia profesional.

Las competencias son valoradas como una herramienta capaz de proveer una conceptualización, un modo de hacer y un lenguaje común para el desarrollo de la profesión.

El estudio se realizó en un hospital de tercer nivel de atención con el objetivo de: evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como parte de una competencia profesional. Con el instrumento “Aplicación del Proceso de Enfermería 2008 en instituciones de Salud (APEIS 08)”.El cual proporciona datos interesantes acerca de los profesionales de enfermería y su responsabilidad en los diferentes ámbitos.

El uso del PAE es la base del razonamiento clínico. Le brinda una forma organizada y sistemática de pensar acerca de los cuidados de la persona. Según los estándares de la ANA, el proceso enfermero es un modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de la toma de decisiones. Por estas razones, el proceso enfermero es lo primero que debe aprender para «pensar como una enfermera»¹².

CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Problema de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para determinar una competencia profesional?

1.1.1 Importancia del estudio

Dentro de las instituciones de salud el personal de enfermería tiene como ámbito de responsabilidad el brindar cuidados integrales a los pacientes, familias y en un enfoque más general a la comunidad: estos cuidados son otorgados a través de un método sistematizado y organizado que le permite a la enfermera proporcionar cuidados holísticos de calidad. Este método es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), la herramienta que tiene el fin de mejorar las intervenciones de enfermería. PAE, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia.

A partir de su origen en 1995 es utilizado para definir el campo de la profesión con el objeto de mantener un estatus profesional, en su lucha por considerarse una disciplina científica; sin embargo su aplicación tardó varios años en que formara parte del cuidado integral de enfermería.¹

En varios países se ha considerado como requisito en los estándares para la práctica; es decir es un criterio de calidad en la certificación de enfermería, proporciona las bases para ocupar plazas en el sistema público de cuidados de salud, promueve el pensamiento crítico en el entorno clínico y marca la línea divisoria entre las capacidades del personal técnico y el de licenciatura.²

Enfermería representa la esencia del sistema de atención que se brinda a los individuos y contribuye en diversas formas al logro de los propósitos dirigidos a mejorar y conservar la salud y el bienestar de los individuos, familias y comunidades. Esta participación se ha dado en diferentes niveles de atención y con diferentes responsabilidades lo que ha permitido a enfermería desarrollar roles colaborativos e

independientes lo cual implica responsabilidad legal, moral y compromiso de formular sus métodos, para cuidar y guiar con la racionalidad científica de un profesional que con conocimientos aplica habilidades congruentes para el ejercicio de su profesión y en beneficio de la sociedad. Lo antes mencionado se logra a través del Proceso de Atención de Enfermería, siendo este el método que le confiere un carácter científico permitiendo la resolución de problemas que lleva consigo un proceso sistemático cuyo perfeccionamiento conlleva a la mejora eficaz del cuidado de enfermería y a satisfacer las necesidades del individuo.

Dentro de la profesión de enfermería existe algo fundamental que es la aproximación a una práctica global que solo se podrá conseguir mediante el lenguaje y el desarrollo de un cuerpo de conocimientos propio, porque es una profesión humanista y científica que sabe que hay que evolucionar con los cambios de la sociedad, la excelencia del futuro profesional utilizando las herramientas de la comunicación y compartiendo conocimientos para lo que es imprescindible un lenguaje. El lenguaje estandarizado puede hacer posible la investigación de efectividad, como un proceso a través del cual el profesional combina intervenciones basadas en la investigación con su experiencia clínica, ética y cultural.⁴ El proceso de Atención de Enfermería es esa herramienta que permite establecer un lenguaje que facilita la comunicación entre los profesionales de enfermería, favorece el desarrollo del conocimiento y de sistemas de información y registro, facilita la evaluación, la mejora de los cuidados y la enseñanza en la toma de decisiones clínicas.⁴

Al realizar la evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes que tiene el personal de enfermería sobre Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se pretende valorar el impacto competitivo del profesional en el área asistencial, así como analizar la información obtenida que permitirá mejorar la actuación de enfermería.

1.1.2 Hipótesis de trabajo

Tomando en cuenta los estudios realizados sobre conocimientos, habilidades y actitudes del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), suponemos que el nivel de competencias profesionales en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención es bajo.

1.1.3 Objetivo

Evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes en la aplicación del Proceso de Atención de enfermería como parte de una competencia profesional en un hospital de tercer nivel de atención.

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO

2.1 Enfermería

La enfermería es una práctica milenaria humanitaria. Se estima que es una actividad a la cual se dedicaban personas con atributos de benevolencia y caridad, pero el desarrollo y complejidad científico-tecnológica que lograron las prácticas de atención a la salud exigieron de la enfermería un servicio profesional con la preparación académica, técnica y práctica necesaria.³

Como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos⁴.

A lo largo del tiempo, la disciplina se ha conceptualizado desde diversas perspectivas teóricas que enriquecen la forma de ver y vivir la enfermería y han influido para su aplicación en la práctica del cuidado, coincidiendo en el metaparadigma de persona, entorno, salud y enfermería. Entre las cuales se pueden mencionar:

Florence Nightingale (1820-1910). La enfermería es tanto ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir, como poder o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad. Indicó en sus escritos que el objetivo fundamental de la enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible, para que la naturaleza actuara sobre él⁵.

Virginia Henderson (1897-1996). La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia lo más rápidamente posible.

Ernestine Wiedenbach (1900-1996). La enfermería clínica se dirige a satisfacer las necesidades de ayuda percibidas por el paciente mediante:

- La observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.

- Exploración del significado de su comportamiento.
- Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
- Determinación de si puede resolver sus problemas o si tiene necesidad de ayuda.

Después de esto, la enfermera debe administrar la ayuda necesaria.

Lydia E. Hall (1906-1969). La atención de enfermería profesional facilitaba la recuperación y que a medida que era necesaria menor atención médica, eran necesarios más cuidados y docencia de los profesionales de enfermería. Puso en relieve la función autónoma de la enfermería.

Hildegard E. Peplau (1909-1999). La enfermería se define como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Identificó cuatro fases de la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, exploración y resolución.

Martha E. Rogers (1914- 1994). La Enfermería es una profesión que se aprende, es una ciencia y un arte; también es una ciencia humanística dedicada, con compasión, a mantener y promover la salud, prevenir la enfermedad, así como asistir y rehabilitar al enfermo y al discapacitado.

Dorothea E. Orem (1914-2007). El arte de la enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma.

Dorothy E. Johnson (1919-1999). La Enfermería es una fuerza externa que actúa para preservar la organización de la conducta del paciente, mientras que este se encuentra bajo estrés, mediante la imposición de mecanismos reguladores o mediante la provisión de recursos. Es un arte y una ciencia que proporciona apoyo externo antes y durante el tiempo que dura la alteración del equilibrio, para lo que se requiere un buen conocimiento del orden y control de sus alteraciones. Las actividades de

Enfermería no dependen de la autoridad médica, pero son complementarias de la Medicina.

Faye Glenn Abdellah (1919- 2017). Es un servicio a las personas y a las familias, por tanto a la sociedad; basado en un arte y una ciencia que moldea las actitudes, la capacidades intelectuales y las habilidades técnicas de cada enfermera, así como las transforman en el deseo y la capacidad de ayudar a las personas (enferma o sana) para que hagan frente a sus necesidades sanitarias y que puede ser realizada bajo una dirección médica general o específica.

Madeleine Leininger (1920- 2012) (enfermería transcultural e intercultural). Un área principal de la Enfermería que se centra en el estudio y el análisis comparativo de distintas culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductas para cuidar, cuidados de enfermería y valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud-enfermedad, con objeto de desarrollar un cuerpo de conocimientos en el área científica y humanística que proporcione la práctica de cuidados de enfermería específica y universalmente culturales. El foco intelectual y de la práctica de la enfermería más unificador, dominante y central es el cuidado. La enfermería es un arte y ciencia humanísticos que centra su conducta en cuidados personalizados (individuales y en grupos), con funciones y procesos dirigidos hacia la promoción y el mantenimiento de conductas de salud y la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicocultural y social, para aquellos que están asistidos generalmente por una enfermera profesional.

“El cuidado es la esencia de la enfermería y un centro de atención característico, dominante, básico y unificador” Madeleine M. Leininger.⁶

Myra E. Levine (1921-1996). La Enfermería es una interacción humana. La enfermería profesional se debe reservar para ese reducido grupo, que es capaz de completar un programa de formación tan exigente como el de los profesionales de cualquier otra disciplina. El ejercicio de la Enfermería, y esto incluye la formación de enfermería, ha

reflejado siempre las teorías vigentes de salud-enfermedad; es labor de las enfermeras formular un cuerpo de principios científicos en el que las decisiones dependan de situaciones precisas que la enfermera comparta con el paciente. La Enfermería se basa en la conservación de la integridad estructural de cada paciente, la integridad personal y social.

Imogene King (1923-2007). La Enfermería es una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados sanitarios de la sociedad. Su objetivo es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan ejercer sus funciones. La Enfermería se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción en el que se comparte información con el cliente.

Betty Neuman (1924- actual), considera que la Enfermería debe aplicarse a la persona en su totalidad. Es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta de la persona al estrés. Dado que la percepción del enfermo influye en los cuidados administrados, debe evaluarse el campo perceptual, tanto del enfermero como del paciente; para ello, Neuman desarrolló una encuesta de valoración e intervención.

Joyce Travelbee (1926-1973). El enfermero también es un ser humano; posee un bagaje de conocimiento especializado y la capacidad para aplicarlos, con el propósito de ayudar a otros seres humanos para prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud. La Enfermería es un proceso interpersonal que ocurre entre la enfermera y una persona o un grupo de personas.

Ida Jean Orlando (1926-2007). Es una profesión independiente que funciona de manera autónoma. Aunque históricamente la enfermería ha sido alineada con la medicina y continúa manteniendo una estrecha relación con ella, la enfermería y la medicina son 2 profesiones claramente separadas. Orlando afirma que la función de

la enfermería profesional se conceptualiza como la averiguación y la atención a las necesidades de ayuda inmediata del paciente.

Evelyn Adam (1929-actual). La Enfermería tiene una función propia, aunque comparta algunas funciones con otros profesionales. Esta debe tener un modelo conceptual con la finalidad de obtener identidad profesional concreta. La sociedad quiere y espera que la enfermera proporcione un servicio de cuidados propios. La meta de enfermería es preservar o reestablecer la independencia del cliente para la satisfacción de sus necesidades básicas.

Helen C. Erickson (1937- actual), Evelyn M. Tomlin (1929- 2011), Mary Ann P. Swain (1941-actual). La Enfermería es la ayuda holística a las personas en las actividades para sus propios cuidados en relación con la salud. Es un proceso interactivo e interpersonal que nutre las fuerzas que permiten el desarrollo, liberación y canalización de los recursos necesarios para que la persona se enfrente a su entorno. El objetivo es alcanzar un estado de percepción de salud óptima y de satisfacción.

Rosemarie Rizzo Parse (1938-actual). Sostiene que las enfermeras necesitan teorías que sean distintas de otras disciplinas. Considera que la enfermería es un servicio exclusivo para la humanidad.

La enfermería es una ciencia, y el arte interpretativo se desarrolla en las relaciones con las personas (individuos, grupos y comunidades) en sus procesos de evolución.

Kathryn E. Barnard (1938-2003). Es el proceso mediante el cual el paciente recibe ayuda para mantener su independencia; puede ser educacional, terapéutico o restaurador: implica la facilitación de cambios en el entorno.

Sor Callista Roy (1939-actual). La Enfermería se define como un sistema de conocimiento teórico que ordena un proceso de análisis y actividad, relacionado con

la asistencia de la persona enferma o potencialmente enferma. Roy hace la distinción entre Enfermería como ciencia y como disciplina profesional. La ciencia de la Enfermería es un sistema de conocimientos en desarrollo acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos, mediante los cuales las personas influyen positivamente en su estado de salud.

La Enfermería como disciplina profesional es el cuerpo de conocimientos científicos acerca de la Enfermería, utilizado con el propósito de proporcionar un servicio esencial a las personas, es decir, de promover la capacidad de afectar positivamente la salud. El objetivo de la Enfermería es ayudar al hombre a adaptarse a los cambios que se operen en lo relativo a sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función que realiza y a sus relaciones de interdependencia en la salud y la enfermedad.

Jean Watson (1940-actual). Propone comprender cómo se interrelaciona la salud, la enfermedad y la conducta humana. Con su filosofía y ciencia de los cuidados, intenta definir un resultado de la actividad científica en relación con los aspectos humanísticos de la vida. En otras palabras trata de hacer de la Enfermería una interrelación de calidad de vida y muerte, así como de prolongación de la vida⁶.

Consejo Internacional de Enfermería.

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación⁷.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal⁷.

2.2 Conceptualización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas potenciales.

Alfaro-Lefevre define el PAE como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud¹.

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases³.

La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería, ya que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

El uso del proceso enfermero es la base del razonamiento clínico. Le brinda una forma organizada y sistemática de pensar acerca de los cuidados de la persona. Según los estándares de la ANA, el proceso enfermero es un modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de la toma de decisiones. Por estas razones, el proceso enfermero es lo primero que debe aprender para «pensar como una enfermera»¹².

Aplicar los principios del proceso enfermero le ayuda a:

1. Organizar y priorizar los cuidados.
2. Concentrarse en lo que es importante: la seguridad de la persona cuidada, la situación de su salud, su calidad de vida y cómo responde a sus cuidados.
3. Formar hábitos de pensamiento que le ayuden a lograr la confianza y las habilidades que necesita para razonar la forma de afrontar las situaciones clínicas, teóricas y de prueba.
4. Usar de manera adecuada los registros electrónicos de salud y los sistemas de apoyo en la toma de decisiones, es decir, como guías que estimulen su cerebro, no que lo reemplacen.

El proceso enfermero es algo más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados. Es lo que debe guiar el pensamiento de las enfermeras diariamente¹².

Requerimientos Para el Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería exige del profesional habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso enfermero, a alcanzar su potencial máximo de salud⁵⁰.

Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería

- Asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad.
- Asegura la atención individualizada, continua y de calidad, de acuerdo a la priorización de los problemas.
- Permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- Al usuario le permite participar en su propio cuidado.
- Garantiza las respuestas a sus problemas reales y potenciales.
- Facilita la comunicación.
- Concede flexibilidad en el cuidado.
- Al personal de enfermería le genera satisfacción en el trabajo.
- Permite conocer objetivos importantes para el usuario.
- Propicia el crecimiento profesional³.

Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen.

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Al comentar las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado, este se presta de forma continua con calidad en la atención de forma individualizada sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

Características del proceso:

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático.
- Es dinámico e interactivo.
- Es flexible.
- Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería.

De sus cinco etapas –valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación- enfermería realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería, que son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados y eficiencia posibles.
- Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posibles.³

2.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso enfermero se divide en cinco etapas valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

2.3.1 Valoración.

1ª. Etapa: Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes: éstas incluyen al individuo, familia u otra persona que de información del paciente como fuente secundaria³.

Durante la fase de valoración se necesita reunir y examinar la información (datos) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas.

El objetivo de la valoración clínica es recoger información objetiva y subjetiva de la persona y poder llegar a juicios correctos y exactos (diagnósticos de enfermería) que guíen la intervención de los profesionales. Por tanto, en este apartado se expondrá la valoración integral que se ha hecho de la persona en base a las herramientas utilizadas, que han de ser coherentes con el modelo de cuidados elegido ya que su

utilización favorecerá la recogida de información y la interpretación de la misma dentro del modelo¹.

2.3.2 Diagnóstico.

2ª Etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo.

Una vez que se tienen todos los hechos necesarios, está a punto para determinar las *capacidades* (que precisan ser reforzadas y usadas al desarrollar el plan de cuidados) y los *problemas de salud reales y potenciales* (que serán la base del plan de cuidados). También determina qué problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería y qué problemas requieren actuaciones que deben ser prescritas por un médico u otro profesional de los cuidados de la salud cualificado para ello².

En esta fase, se identifican los problemas y la formulación tanto de los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes. Los diferentes tipos de diagnósticos son:

- Diagnóstico Real: consta de tres partes, formato PES: problema (P)+etiología (E)+ signos/síntomas (S).
- Diagnóstico de Riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema + etiología.
- Diagnóstico de Promoción de la Salud: un juicio clínico con respecto a la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y actualizar el potencial de salud humana. Estas respuestas se expresan mediante la disposición a mejorar las conductas de salud específicas y se pueden utilizar en cualquier estado de salud³⁵.

2.3.3 Planeación

Es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, proceder a su documentación y registro. Los

registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.

Una vez identificadas las capacidades y problemas, es el momento de trabajar con el paciente (y familia) para *desarrollar un plan de acción* que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud. La planificación incluye las siguientes actividades:

- Disposición de prioridades. ¿Qué problemas necesitan atención inmediata? ¿Qué problemas deben abordarse en el plan de cuidados? ¿Qué problemas deben derivarse? ¿Y en qué orden planean hacer todo esto? ⁴
- Determinación de objetivos. ¿Qué es exactamente lo que usted y el paciente esperan conseguir y en qué momento esperan lograrlo?
- Decisión de las intervenciones de enfermería. ¿Qué acciones de enfermería y actividades del paciente ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido?²

2.3.4 Ejecución.

Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Ahora es el momento de poner el plan en acción, lo que implica las siguientes actividades:

- Seguir recogiendo información sobre el paciente para determinar cómo ha respondido a las acciones e identificar nuevos problemas.
- Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación.
- Anotar (registrar) y comunicar el estado de salud del paciente en respuesta a las actividades de enfermería. Usted no estará allí las 24 horas del día y otras enfermeras y profesionales de la salud necesitan conocer cómo evoluciona el paciente y cómo está actuando el plan de cuidados².

2.3.5 Evaluación.

Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es que es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva

Usted debe responder a las siguientes preguntas:

¿Usted y el paciente han alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planificación? Si es así, ¿se han desarrollado nuevos problemas que aún no se han orientado? ¿Podrían haber avanzado más de lo previsto en un principio? ¿Debería fijar nuevos objetivos? ¿Qué es lo que ha hecho que el plan funcione? ¿Podría haberse hecho alguna otra cosa mejor para facilitar el plan? ¿Han logrado los objetivos sólo parcialmente o no los han logrado en absoluto? En tal caso, ¿por qué no lo han logrado? ¿Los objetivos eran realistas? ¿Aún son importantes estos objetivos? ¿Han surgido otros problemas que le hayan impedido progresar? ¿Se prescribieron las intervenciones adecuadas? ¿Se realizaron las intervenciones tal como estaban prescritas? ¿Qué cambios van a introducir?².

2.4 Taxonomías NANDA, NIC Y NOC

Las taxonomías permiten al profesional de enfermería establecer un lenguaje que facilite la comunicación entre ellos mismos, permite el análisis de la información documentando el cuidado del individuo, evaluación y la mejora de los cuidados, favorece el desarrollo del conocimiento, permite integración de registros clínicos, proporciona procesos sobre la formulación de políticas organizativas y públicas respecto a la atención y facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas³.

2.4.1 NANDA

Los diagnósticos NANDA incluyen: una etiqueta diagnóstica, su definición, características definitorias y factores relacionados. La importancia de contar con diagnósticos de enfermería radica en que:

- Establece una clasificación de diagnósticos de enfermería.
- Facilita la obtención de conocimientos.
- Genera una terminología común para las enfermeras.
- Favorece la comunicación interprofesional.
- Aborda a la persona de forma humana y holística.
- Genera calidad del cuidado.
- Garantiza la seguridad del individuo, familia y comunidad.
- Constituye una base y estructura para la investigación.

La NANDA estableció la definición de Diagnóstico enfermero como: el “juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable”³⁵.

2.4.2 NIC

La taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification o Clasificación de intervenciones de enfermería) se desarrolló para poder contar con una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza enfermería, siendo el centro de interés la conducta de la enfermera.³ La enfermería no cuida de forma innata, el cuidado que proporciona va encaminado a mejorar, conservar, y promover la salud y por tanto no se puede hacer sin un soporte científico y sustentado por una base científica.

El interés mundial por describir, evaluar y valorar la actuación de enfermería es una realidad que se cristaliza en movimientos que trabajan bajo planteamientos científicos para hacer visible la actuación de enfermería y el impacto que las acciones enfermeras tienen en la salud de las personas y en la población en general.

Definición de términos:

Acción de enfermería: proceso de interacción entre un sujeto, objeto del cuidado, y la enfermera, este proceso de interacción se encuentra relacionado con las respuestas que una persona genera ante una alteración de la salud, o ante la enfermedad, la acción enfermera actúa sobre las causas y sobre las respuestas que alteran la salud, teniendo en cuenta que uno de los factores que interactúan tanto en el paciente como en la enfermera es el entorno.

Intervención de enfermería: todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente, las intervenciones incluyen tanto cuidados directos como indirectos, y los tratamientos puestos por médicos u otros proveedores de cuidados.

Intervención de enfermería indirecta: tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente o conjunto de pacientes, incluye las actuaciones ambientales y la colaboración interdisciplinar. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones directas. Intervenciones enfermeras directas es un tratamiento realizado por la enfermera a través de la interacción con el paciente, estas comprenden acciones fisiológicas como psicosociales.

Actividades enfermeras: son acciones específicas que realiza enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado esperado, para poner en práctica una intervención se necesita una serie de actividades.

La taxonomía de las intervenciones de enfermería va en función de las similitudes conceptuales, se clasifica en tres niveles: campo de actuación, clases e intervenciones (actividades).

Las intervenciones incluyen tanto los niveles fisiológicos como psicosociales, se utilizan para tratamiento de enfermedades y para fomento de la salud, se utilizan para cuidados individuales y de la comunidad, así como aquellas intervenciones de enfermería indirectas

La elección de una intervención para un paciente concreto forma parte de una decisión clínica profesional, para cada paciente se ha de decidir y registrar el diagnóstico, los resultados esperados las intervenciones utilizadas y los resultados obtenidos, se han de considerar para la elección de una intervención cada diagnóstico de enfermería: los resultados esperados, las características del diagnóstico, la base de la investigación, la facilidad de la ejecución, la captabilidad para el paciente y la capacidad del profesional.

Cada intervención que se incluye en la clasificación se cataloga con una denominación, una definición y una serie de actividades propuestas para llevar a cabo la intervención. Los códigos numéricos que en ella se incluyen tienen como finalidad facilitar su uso informático y una manipulación sencilla de los datos, además de aumentar su articulación con otros sistemas codificados, por lo que no es indispensable su uso, sobre todo, si no se cuenta con un sistema informático³.

Las intervenciones se clasifican en tres niveles. El nivel 1 lo constituyen siete campos: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad. El nivel 2 lo conforman 30 clases, cada una de ellas corresponde con alguno de los siete campos del nivel 1; por último, el nivel 3 cuenta con 514 intervenciones que corresponden con los campos y clases de los niveles 1 y 2 y cuenta con más de 12 000 actividades³.

Cuando se toma la decisión de emplear la NIC se recomienda revisar y analizar las siguientes definiciones debido a que facilitan la comprensión de la integridad de la clasificación³.

Clasificación de las intervenciones de enfermería. “Orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones a estos grupos”³.

Intervención de enfermería. “Cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente”²⁻³.

Actividad de enfermería. “Actividad o acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayuda al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades”³.

2.4.3 NOC

La taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification o clasificación de resultados de enfermería). Sirve como criterio para evaluar el éxito de una intervención de enfermería y describe el estado, la conducta, la respuesta y los sentimientos del individuo derivados de la atención proporcionada por enfermería, ya sea de manera independiente o colaborativa. La clasificación incluye resultados individuales, familiares y comunitarios y cada resultado consta de una etiqueta, una definición, una lista de indicadores (esta permite evaluar el estado del individuo posterior a la intervención) y una escala de Likert (esta consta de 5 puntos para medir el estado actual del individuo)³.

Los resultados están integrados por una serie de indicadores que se sugiere puede seleccionar la enfermera, en conjunto con el paciente o persona de cuidado, familia o comunidad, con base en el problema o respuesta detectados por ella ante una situación dada.¹⁰

Para entender esta clasificación se requiere tener en cuenta los conceptos básicos de los que está compuesta.

Resultado. “Estado, conducta o percepción de un paciente o cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que se utiliza para determinar el estado del paciente en relación con el resultado”³⁻¹⁰.

En la tercera edición de la NOC se pueden encontrar 330 resultados esperados, cada uno de ellos contiene:

- Una etiqueta.
- Una definición.
- Un destinatario de los cuidados.
- Fuente de datos.
- Puntuación diana del resultado con orden de aparición de:
- Mantener a_____ Aumentar a_____
- Una lista de indicadores.
- Una escala tipo Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente.
- Referencias bibliográficas.

Indicador. Estado, conducta o percepción de un individuo, familia y comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado⁴⁻⁵.

- Su propósito es ayudar a determinar el estado de salud del paciente.
- Selección de indicadores importantes para el paciente.

La NOC tiene escalas de medidas cuantitativas.

La escala **tipo Likert** de cinco puntos cuantifica el estado del resultado, del menos al más deseable, y proporciona una puntuación en un momento dado³.

Ejemplo de este tipo de escala:

- _ Gravemente comprometido = 1
- _ Sustancialmente comprometido = 2
- _ Moderadamente comprometido = 3
- _ Ligeramente comprometido = 4
- _ No comprometido = 5

2.5 Integración Taxonomías NANDA, NIC, NOC al Proceso de Atención de Enfermería

La integración taxonómica NANDA, NIC y NOC que son lenguajes conocidos por la American Nurses Association (ANA) que estandarizan y unifican criterios entre los

profesionales de enfermería para proporcionar una atención integral y de calidad al individuo, familia y comunidad³.

Las taxonomías pueden ser aplicadas al utilizar inicialmente la NANDA para establecer el diagnóstico de enfermería posteriormente emplear el NOC el cual va a permitir identificar qué tan comprometido se encuentra el estado de salud del ser humano o establecer el resultado que se pretende alcanzar, finalmente se desarrollan todas las intervenciones y acciones de enfermería (NIC) que permitan mejorar o eliminar el problema real o de riesgo para concluir con la evaluación del estado de salud del individuo (NOC) posterior a la intervención³.

El modo idóneo de confeccionar este apartado consistiría en organizar la información en los correspondientes epígrafes del esquema utilizado, siendo de importancia exponer los datos de la valoración que se salen de lo normal, ya que de su análisis depende la elaboración del juicio diagnóstico. Si como ayuda a la valoración se utiliza algún instrumento de medida de la salud (test, escalas o índices) se ha de citar el instrumento correspondiente y el resultado de su aplicación, sin olvidar que se debe describir el significado del dato numérico obtenido, en el caso de que el instrumento siga una escala numérica².

Es importante tener presente que en la valoración se deben de incluir solo los datos obtenidos por la entrevista, el examen físico, la observación, la revisión de informes e historias y la colaboración con otros profesionales, evitando incorporar juicios, intervenciones o actividades que corresponderían a otros apartados del caso. En cuanto al estilo de redacción, se recomienda realizar una exposición narrativa, huyendo de presentaciones esquemáticas o telegráficas³.

Plan de cuidados. Para la elaboración de este apartado se recomienda narrar lo más destacado de las diferentes etapas del plan de cuidados:

Fase diagnóstica. Esta fase es considerada la más importante del proceso enfermero, ya que se interpretan los datos obtenidos en la valoración mediante el análisis y síntesis de los mismos, concluyéndose con la identificación y formulación del problema de salud. Para la clasificación de los diferentes problemas detectados se aplica un modelo enfermero. Uno de los que se utilizan es el modelo de Virginia Henderson, donde se clasifican los problemas en problemas de colaboración, problemas de autonomía y diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA, debiendo existir una coherencia entre las manifestaciones y los factores relacionados con el diagnóstico seleccionado. En todo caso, apartado ha de adaptarse en su lenguaje al modelo de cuidados empleado por el profesional que llevó a cabo el plan de cuidados²⁻⁵.

Fase de planeación. Tras formular los diagnósticos enfermeros e identificar su dominio y clase inicia la etapa de planeación, durante la cual se establecen los resultados y los indicadores específicos de acuerdo con el diagnóstico de enfermería. La NOC es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente, se utiliza para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (objetivos esperados)³. Seleccionando un resultado y un indicador, donde cada valor puede tener un significado, por lo que deberemos indicar:

- El valor del indicador de resultado que describa con mayor precisión el estado del paciente antes de la fase de ejecución del plan de cuidados.
- El valor del indicador de resultado que describa el estado del paciente que deseamos en la evaluación parcial o final del proceso².

Una vez establecidos los objetivos, procederíamos en este apartado a la descripción de las intervenciones y actividades más adecuadas para conseguir los resultados esperados, justificando el porqué de la elección y basándonos en la NIC. Con objeto de dotar de más rigor a la elección de las intervenciones, se recomienda que éstas se contrasten con información basada en la evidencia, e incluso se hagan explícitas las fuentes de evidencia consultadas².

Fase de ejecución. Se expondrá cómo se ha llevado a cabo el plan de cuidados y las principales dificultades encontradas.

Fase de evaluación. Una evaluación del plan de cuidados ejecutado, con el grado de resultados conseguidos para cada diagnóstico. Para ello, se deben señalar los indicadores de resultado, con sus puntuaciones y significados según la NOC durante todas las fases parciales o intermedias de la evaluación de resultados y al final del proceso, una vez ejecutadas las intervenciones³⁻⁵.

Este recurso se confecciona de modo que recoja de manera sistemática y coherente la secuencia del plan de cuidados: diagnósticos, resultados (indicadores de resultados inicial y final con los datos de la escala Likert) intervenciones y actividades. NANDA, NOC y NIC siguiendo un sistema de clasificación numérico en forma de códigos³⁻¹⁰.

Los Diagnósticos de Enfermería NANDA como Juicio Clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas de salud, reales y potenciales o procesos vitales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería para conseguir los resultados de salud de los que es responsable la enfermera (NANDA Internacional). Son definidos por Gordon (1994) como proceso y como producto³⁵:

- Diagnóstico como proceso se refiere al proceso de análisis de datos, considerando la variedad de diagnósticos posibles e indicando un diagnóstico.
- Diagnóstico como producto es la formulación completa y correcta, según el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas).
- Los Resultados NOC se describen como “cambios en el estado de salud del paciente como resultado de las intervenciones de enfermería” (Maas y cols, 1996). Un resultado es un estado, comportamiento o percepción medible del individuo, familia o comunidad que puede ser medido a lo largo de un continuum y es sensible a intervenciones de enfermería (Morhead y cols 2004). Los cambios en el estado del paciente incluyen síntomas, estado funcional, estado de conocimientos,

estrategias de afrontamiento y otras respuestas como el autocuidado. En nuestro caso, con el término paciente nos referimos al niño y sus padres o tutores. Los resultados del paciente sensibles a la práctica enfermera (NSPO) son aquellos en los que la enfermera es responsable de su consecución (Delaney y cols 1992; Van der Bruggen & Groen 1999). Según la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa (2004), cada resultado tiene¹²:

- Una definición
- Una lista de indicadores, que pueden ser usados para evaluar el estado del paciente en relación al resultado
- Una calificación de los resultados de destino, para identificación de la fuente de datos
- Una escala Likert de 5 puntos para medir el estado del paciente
- Una lista breve de referencias bibliográficas usadas en el desarrollo del resultado
- Las Intervenciones de enfermería NIC incluyen cuidados de enfermería directos, llevados a cabo directamente con los pacientes, y cuidados de enfermería indirectos, realizados para el bienestar de los pacientes (Dochterman & Bulechek 2004). La clasificación de intervenciones de enfermería NIC nombra, define y describe las acciones de enfermería realizadas en beneficio de los pacientes.

Cada intervención consta de:

- Una definición
- Una lista de actividades
- Una lista breve de referencias bibliográficas usadas en el desarrollo de la intervención⁴⁸.

La escala Likert se considera fácil de elaborar; además, permite lograr altos niveles de confiabilidad y requiere pocos ítems mientras que otras necesitan más para lograr los mismos resultados.³²

2.6 Competencias profesionales

La formación laboral es una mezcla entre educación, experiencia laboral y formación específica adquirida a lo largo de la vida, de ahí que las competencias se definan y se construyan en la práctica social y son una tarea conjunta entre empresas, trabajadores y educadores.

En un estudio realizado en la Universidad de Harvard, sobre Evaluación y Desarrollo de las Competencias Directivas entre 1989-1999 se define competencia como aquellos comportamientos observables y habituales que posibilitan el éxito de una persona en su actividad o función y según *Robert Norton* competencia son conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para desempeñar una ocupación dada.

Otras dos definiciones relacionan las competencias con el perfil: “las competencias son descritas en términos de actividades profesionales, del saber hacer profesional de acuerdo con un determinado perfil” y “los perfiles definen las tareas para los puestos descritos y permiten acompañar y anotar la competencia de los empleados”.⁴⁴

Las competencias constituyen el conjunto de características de una persona, que está directamente relacionado con la buena ejecución en un puesto de trabajo o de una determinada tarea.¹³ Competencia está definida por varios autores como:

Spencer y Spencer: Una característica subyacente de un individuo que está causalmente relacionada con un rendimiento efectivo o superior en una situación o trabajo definido en términos de criterios. Y mientras que Woodruffe: concibe la competencia como una dimensión de conductas abiertas y manifiestas que le permiten a una persona rendir eficientemente. Una habilidad o atributo personal de la conducta de un sujeto que puede definirse como característica de su comportamiento y bajo la cual el comportamiento orientado a la tarea puede clasificarse de forma lógica y fiable. Los estudios acerca de las competencias profesionales han permitido acercar la formación profesional al mundo del trabajo en la medida que evidencia la necesidad de formar dichas competencias¹¹

En este sentido, el Centro de Investigación y Documentación sobre Problemas de la Economía, el Empleo y las Cualificaciones Profesionales (CIDEDEC) se expresa en el trabajo Competencias profesionales:

El enfoque de competencia profesional se consolida como una alternativa atractiva para impulsar la formación en una dirección que armonice las necesidades de las personas, las empresas y la sociedad en general, dibujando un nuevo paradigma en la relación entre los sistemas educativo y productivo cuyas repercusiones en términos de mercado laboral y gestión de recursos humanos no han hecho sino esbozarse en el horizonte del siglo XXI⁶.

Por otra parte, hasta la década de 1980 se manejaba una concepción de competencias profesionales simple, factorialista, en virtud de la cual las competencias se entendían como cualidades personales, aisladas y eminentemente cognitivas, predeterminantes del desempeño profesional eficiente. Al respecto, es interesante destacar que a partir de allí ha evolucionado para devenir en una concepción compleja, persono lógica, que defiende las competencias como configuraciones funcionales de la personalidad que integran conocimientos, habilidades, motivos y valores, que se construyen en el proceso de interacción social y que expresan la autodeterminación de la persona en el ejercicio eficiente y responsable de la profesión de acuerdo a González¹¹.

En este sentido, Rodríguez Moreno expresa: Esta nueva filosofía ha superado la visión conceptualizadora y sumativa de los conocimientos a favor de la necesidad de centrar el proceso de aprendizaje en la capacidad del sujeto que aprende; en la creencia de que es la propia persona la que será competente para poner en práctica comportamientos y estrategias eficaces¹¹.

Desde la perspectiva de los servicios de salud las competencias profesionales abarcan los aspectos cognoscitivos de la clínica y otros necesarios para el adecuado desempeño de la profesión, entre ellos se encuentran, la relación profesional-paciente

y la estrecha relación que debe existir entre asistencia-investigación-docencia y administración. ⁴⁵

Otra definición útil para determinar el encargo social de una profesión es la de competencias laborales que no es más que la integración de conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos; necesarias para realizar las funciones, tareas y roles de un profesional para desarrollarse adecuada e idóneamente en su puesto de trabajo que es el resultado de un proceso relacionado con la experiencia, capacitación y calificación. ⁴³

Tendencias y enfoques de las competencias laborales

En el análisis de las tendencias y enfoques de las competencias laborales, desde sus primeros enfoques se le han ido añadiendo diferentes aspectos y enriqueciendo con otros, además de existir disímiles definiciones y para ello se hizo un análisis de aspectos comunes en ellas, donde se toman en cuenta el contexto, para quién, por qué y con qué fin. Además, se observa en los autores estudiados acepciones diferentes del término, unos la nombran como competencia, otros competencias, competencias profesionales y competencias laborales. A continuación se muestran algunos ejemplos:

- La competencia laboral se identifica en las normas a través de la definición de elementos de competencia: criterios de desempeño, campo de aplicación y conocimientos requeridos.
- Las competencias profesionales como el conjunto de capacidades, comportamientos, conocimientos, habilidades y actitudes que permiten el desempeño de una ocupación para alcanzar los resultados pretendidos en un determinado contexto laboral.

- La competencia laboral es la construcción social de aprendizajes útiles para el desempeño de una actividad productiva en un determinado contexto laboral, de acuerdo a los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo.

- Las competencias como la capacidad de movilizar conocimientos, capacidades socio-afectivas, habilidades, actitudes, valores y comportamientos que ocasionan un desempeño exitoso en las funciones y tareas a desarrollar en correspondencia con el principio de la idoneidad demostrada. ⁴⁴

Definición de competencias laborales para enfermería

En su tesis doctoral *Urbina Laza* define las competencias para enfermería como la integración de conocimientos, habilidades, conductas, actitudes, aptitudes y motivaciones conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos; también responde a las funciones y tareas de un profesional para desarrollarse idóneamente en su puesto de trabajo y es el resultado de un proceso relacionado con la experiencia, capacitación y calificación. ⁴⁵

2.7 Conocimientos, habilidades actitudes del Proceso de Atención de Enfermería

El uso del proceso atención de enfermería se encuentra en el punto de unión entre los conocimientos (qué hacer y por qué hacerlo) las habilidades (como hacerlo) y las actitudes (deseo y capacidad para hacerlo). Allí es donde se encuentra el núcleo central del proceso enfermero, donde los conocimientos las habilidades y las actitudes se unen como fuerza impulsora para unos cuidados de calidad.

El conocimiento enfermero es amplio y diverso, implicando campos tan variados que van desde la promoción de la salud hasta las ciencias sociales, pasando por la tecnología, la ética, la legislación etc.

Las habilidades deben ser intelectuales, manuales e interpersonales. Se precisan habilidades manuales para llevar a cabo los procedimientos técnicos, intelectuales, para resolver los problemas y tomar decisiones e interpersonales para establecer unas buenas relaciones con usuarios, familias y equipo de trabajo.⁸

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). E inspirada en la práctica del cuidado, la investigación enfermera apunta al desarrollo de los conocimientos específicos de la disciplina y tiene como finalidad la salud de la población. La formación difunde los conocimientos esenciales para la práctica, y la investigación la hace progresar .^{9,11}

En el ámbito de la profesión la competencia conlleva un conocimiento profundizado y reconocido, que proporciona un sentimiento de dominio, habilidad para actuar en la complejidad y capacidad de planificar y decidir.⁹.

La forma sistemática de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información.¹¹

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito⁹.

Conocimientos representan los saberes necesarios para el desempeño de la competencia específica, pudiendo ser éstos teóricos, de procedimiento, de reconocimiento de técnicas, terminología o datos que son requeridos para actuar sobre una realidad determinada.

Habilidades: Se refieren a procesos de pensamiento, tales como la deducción, el análisis, la síntesis, diferenciación, etc.

Destrezas: Son aquellas referidas principalmente a las que requieren de coordinación psicomotriz necesaria para operar máquinas, aparatos, instrumentos de cualquier tipo.

Actitudes y valores: Las actitudes son patrones de comportamiento que caracterizan el actuar del individuo; los valores, son los principios que rigen el comportamiento del ser humano. Están íntimamente relacionadas, ya que las actitudes responden a formas de ser y de pensar de la persona. Valores y actitudes no deben verse de manera separada, la actitud es un reflejo de la aplicación de los valores en la práctica académica y profesional.

La enfermería ha estado centrándose en desarrollar métodos de trabajo para justificar que es lo que hacía siguiendo criterios más de gestión que de una matriz disciplinaria propia que guiase sus acciones, ha llevado en ocasiones a confundir una herramienta de gestión de cuidados y de normalización y sistematización de intervenciones como un método científico para obtener conocimiento ³⁷.

Es necesario identificar las capacidades psicológicas del ser humano las cuales descansan en tres grandes ámbitos diferentes:

- El **cognitivo**: capacidades relacionadas con los conocimientos, los conceptos y las ideas.
- El **psicomotriz**: capacidades relacionadas con la realización de acciones. Aquí encontramos todo lo que son habilidades y destrezas.
- El **afectivo**: capacidades relacionadas con los sentimientos, las emociones y las actitudes.

A partir de estas características psicológicas se organizan y se clasifican las distintas clases de objetivos de aprendizaje y los contenidos. Así pues, a la hora de formular los objetivos de aprendizaje de un plan de formación o de una acción formativa, diferenciaremos entre.

- Adquirir conocimientos o saber (objetivos de ámbito cognitivo).
- Adquirir habilidades o saber hacer (objetivos de ámbito psicomotriz).

- Adquirir actitudes o ser (objetivos de ámbito afectivo).⁴⁵

El proyecto de Educación de Calidad y Seguridad para Enfermeras (QSEN) aborda el desafío de preparar a las futuras enfermeras con los conocimientos, habilidades y actitudes (KSA) necesarias para mejorar continuamente la calidad y la seguridad de los sistemas de salud en los que trabajan.

El profesional de enfermería, en este campo, requiere de conocimientos, actitudes y prácticas que le permitan establecer relaciones comunicativas comprensivas con los grupos interdisciplinarios y los diferentes colectivos humanos con los cuales interactúa. Por lo tanto, su práctica social debe estar respaldada por propuestas que aporten significativamente a la transformación del cuidado y de los servicios de salud y de enfermería.³²

Educación de calidad y seguridad para las competencias de las enfermeras

En respuesta a la postura del Institute of Medicine (IOM) de que todos los proveedores de cuidados de la salud deben ser capaces de proporcionar cuidados centrados en la persona, trabajar en equipos interdisciplinarios y emplear la práctica basada en la evidencia, la mejora de la calidad y la informática (esto es, el uso de los ordenadores para gestionar y procesar la información), los educadores enfermeros desarrollaron el proyecto QSEN. El objetivo QSEN es preparar a las enfermeras para que obtengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para mejorar continuamente la calidad y la seguridad de los sistemas de cuidados de la salud¹².

Competencias del proyecto QSEN

Cuidados centrados en la persona: reconocer a la persona o a quien ella designe como poseedora del control y socio de pleno derecho a la hora de brindar cuidados humanitarios y coordinados basados en el respeto de las preferencias, valores y necesidades de la persona.

Trabajo en equipo y colaboración: funcionar con eficacia dentro de los equipos enfermeros e interdisciplinarios, promoviendo la comunicación abierta, el respeto

mutuo y la toma de decisiones compartida para lograr la calidad de los cuidados que recibe la persona.

Práctica basada en la evidencia: integrar las mejores evidencias actuales con la experiencia clínica, y las preferencias y los valores de la persona y de su familia para brindar cuidados de salud óptimos.

Mejora de la calidad: usar los datos para controlar los resultados de los procesos de cuidados y aplicar métodos de mejora para diseñar y comprobar los cambios, con el fin de aumentar continuamente la calidad y la seguridad de los sistemas de los cuidados de la salud.

Seguridad: minimizar el riesgo de lesión a los enfermos y proveedores de cuidados mediante la eficacia de los sistemas y el desempeño individual¹².

2.8 Antecedentes

Muchos autores han hecho hincapié en cómo el lenguaje estandarizado de las taxonomías NANDA, NIC, NOC, dentro del Proceso de Atención de Enfermería puede reflejar la responsabilidad profesional y el poder de las enfermeras y proporcionar los medios para la continuidad de la atención, evaluación de la calidad de la atención y la visibilidad de la enfermería en el cuidado de la salud.¹⁴

Sin embargo, su aprendizaje no es sencillo y los estudios indican que los profesionales de enfermería necesitan mayor formación e información para dominar este lenguaje con profundidad. El estudio de Lenguaje Estandarizado LEE (2005) indicó que las enfermeras tenían carencias en el conocimiento de factores etiológicos, ignoraban las descripciones de las metas relacionadas con la enfermería, controlaban debidamente las intervenciones pero sin evaluarlas y elegían indicadores inespecíficos para evaluar los resultados de enfermería. En el estudio de Smith-Higuchi 1999 el 44% de los diagnósticos no se basaban en factores etiológicos¹³.

Según el capítulo 3 de la edición 2012-2014 de la NANDA, “El diagnóstico enfermero en la formación”, tratar los factores relacionados es el principal objetivo de enfermería siempre que sea posible. Por tanto, si no los identificamos correctamente nuestras intervenciones pueden no estar bien encaminadas.³¹

Keenan y colaboradores en el 2003 hicieron hincapié en la importancia de que las enfermeras entendieran en profundidad el significado de los conceptos de enfermería para ser capaces de utilizar los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones de una manera fiable y válida. Para lograr esta interiorización de los conceptos es necesario desarrollar habilidades de pensamiento crítico. No es suficiente memorizar conceptos, será necesario sobre todo aprender a pensar sobre ellos. Es imprescindible obtener el conocimiento por uno mismo y no limitarse a recibirlo de otros, por lo que la “clase magistral” no es suficiente para utilizar el LEE con destreza. Los profesionales tienen que aprender a confiar en sus capacidades de razonamiento para identificar los diagnósticos, resultados e intervenciones más adecuadas para su paciente. Para esto se muestran útiles los métodos de discusión de casos Müller-Staub, 2006.¹⁶

El aumento del uso del Proceso de Atención de Enfermería también ha demostrado que aumenta la documentación y mejorar la calidad de los datos documentados (Instituto de Medicina 2003), pero también se ha demostrado que el contenido de los registros de los pacientes no refleja el cuidado real dado. Hale Ehrenberg & Ehnfors 2001. Esto es un punto clave y prioritario en nuestra intervención: adecuar los registros a la situación de los pacientes, de forma que sean una representación de su estado y su evolución y no un mero trámite administrativo sin fundamento en la práctica diaria.

16

El reto de las instituciones es ahora conseguir una implantación adecuada de esta terminología. Es el personal de enfermería de cada unidad el encargado de traducir las necesidades de los pacientes y sus respuestas de salud a este nuevo lenguaje para conseguir la mayor precisión en la documentación, así como de reflejar la labor

enfermera de forma que los registros sean testimonio del trabajo diario. Esto supone un gran desafío y requiere la implicación y el compromiso del personal, que no puede conseguirse sin una formación exhaustiva en esta área¹²⁻¹³.

Las instituciones sanitarias deben identificar la manera más eficaz de formar a los profesionales de enfermería en Lenguaje Estandarizado Enfermería (LEE), de forma que consigan mejorar la comprensión de los diagnósticos, para identificar con precisión los problemas de los pacientes sensibles a intervenciones; enfermeras desarrollen planes de cuidados adecuados y que reflejen la evolución del paciente. Los estudios indican que no está clara la manera óptima de llevar esto a cabo y conseguir la interiorización de este lenguaje por parte del personal. ¹⁹

En el 2013 May-Uitz, et al, realizó un estudio con el objetivo de “Evaluar los conocimientos, las habilidades y las actitudes que determinan la aplicación del Proceso Enfermero en los profesionales de enfermería”; obteniendo, que; la media del conocimiento fue de 5.48, lo cual indica un nivel bajo. La habilidad más alta fue la valoración de las necesidades del paciente. 22% muestra una actitud positiva²¹.

En el 2016 Vidal, et al, evaluaron planes de cuidados estandarizados y calidad del cuidado de enfermería en un hospital pediátrico en el sureste de México; con el objetivo de: Evaluar los planes de cuidados estandarizados y calidad del cuidado de enfermería a niños hospitalizados. Encontrando que la estructura de los planes de cuidados estandarizados obtuvo un índice general de 73.7.²⁰

En el 2009 Hernández et al. En su estudio, evaluó la competencias en proceso enfermero durante el servicio social; con el objeto de evaluar las áreas de competencia disciplinar, cognitiva, actitudinal y procedimental de pasantes de la licenciatura en enfermería en el proceso enfermero aplicado durante el servicio social, encontrando, que; El proceso enfermero es el método de trabajo fundamental para brindar mejor atención, distinguiendo a la enfermera de otros profesionales de la salud por su visión

integral, que le permite permear la esfera biológica, psicológica y social del paciente, familia y comunidad ²².

En el 2014, Costa Rica, López et al. En su estudio llamado “Evaluación de competencias del profesional de enfermería que labora en hospitales públicos y privados”. Con el objetivo de determinar si existe diferencia en el nivel de competencia del personal de enfermería asistencial según su formación académica. La evaluación obtenida fue medianamente competente.⁵⁰

Un estudio realizado en el 2011 por Torres M y Pérez M.. En su investigación “Conocimientos básicos sobre el diagnóstico enfermero en estudiantes de enfermería del ciclo avanzado” con el objetivo de Identificar el nivel de conocimientos básicos sobre el diagnóstico enfermero en estudiantes de enfermería del ciclo avanzado. Y donde resultado fue: El nivel de conocimientos básicos se calificó como malo, a pesar que la mayoría de los estudiantes expresa no tener dificultades en la aplicación.¹⁷

Álvarez y Mayo en el 2007, con su investigación “Asumiendo competencias desde la aplicación NANDA, NIC, NOC en la práctica clínica” donde su objetivo es que la aplicación de las taxonomías NANDA, NIC, NOC para desarrollar en el alumno; reflexión, razonamiento clínico, toma de decisiones. Donde se obtuvo que el grado de respuesta es del 100%. Consideran que las taxonomías son una buena herramienta para el análisis y reflexión en la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes.¹⁸

En el 2014 Díaz et al. Realizaron un estudio donde se evaluaron conocimientos del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de enfermería Facultad “Lidia Doce” 2013; con el objetivo de Evaluar conocimientos del proceso de atención de enfermería en un grupo de alumnos que están concluyendo su formación académica. Resultando que la etapa de intervención aportó mayor número de desaprobados, existen errores en las tres etapas estudiadas.²⁸

En el 2008 Domingo et al. Realizó un estudio donde se evaluaron la Innovaciones educativas en torno a la implantación de planes de cuidados estandarizados en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Con el objetivo de Presentar la experiencia del HGUA en la formación a las enfermeras, en metodología enfermera y planes de cuidados estandarizados; arrojando que esta herramienta facilita el proceso de adquisición de conocimientos y habilidades a la práctica de los planes de cuidados y las taxonomías NANDA, NIC, NOC¹⁹.

En el 2009 Quiñones et al. Realizó un estudio donde se evaluaron la NANDA, NIC Y NOC: los grandes desconocidos en Castilla y León; con el objetivo de valorar el conocimiento que los enfermeros y estudiantes de enfermería en Castilla y León poseen acerca de los conceptos de diagnóstico Enfermero. NANDA. NIC y NOC. Resultando que el 60% de los enfermeros no están utilizando los diagnósticos.³⁰

En el año 2015 en Chile, Gonzales realizó un estudio sobre competencias profesionales en enfermeras que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos, con el objetivo de crear un perfil basado en competencias profesionales. En el cual se identifican 31 conceptos, divididos en competencias transversales, genéricas y críticas, 11 conceptos corresponden a las competencias críticas o claves. El resultado final muestra un perfil de ingreso basado en la evaluación por competencias, lo que permite la objetividad, replicabilidad y la continua mejora en la calidad de los cuidados.⁵¹

Durante 2016 en México, Gonzales-Castillo y Monroy –Rojas, realizaron una investigación de tipo informativa donde presentan el proceso enfermero de tercera generación, el cual se enfoca en establecer cuidadosamente los beneficios de centrar los cuidados en los resultados actuales, los esperados y los obtenidos, a diferencia de la primera y segunda generación que encausaba los cuidados de enfermería en la resolución de problemas del paciente o el mismo diagnóstico del paciente. Investigación donde se concluye que implementar el proceso enfermero de tercera

generación impone la capacidad de aplicar capacidades críticas, meta cognoscitivas y de pensamiento crítico, esta aplicación comienza a permear en las instituciones de salud y educativas en México.⁴⁷

En el año 2017, Cuba, Cuñat et al. En su investigación informativa hablan de las competencias de enfermería en el proceso vital de cuidados con el objetivo de acoplar información que brinde conocimientos actuales en las que figuren las competencias de enfermería en el proceso vital de cuidados. Concluyendo que las competencias de enfermería se solidificaron utilizando los diferentes procesos dentro de esta profesión, lo que permitió satisfacer las necesidades asistenciales, en todos los ámbitos de actuación profesional.⁵²

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal., correlacional

3.2 Universo de estudio

Enfermeras y enfermeros que se encuentran laborando en un hospital de tercer nivel de atención.

3.3 Población y muestra

Población consta de 1900 enfermeras (o), de un Hospital de tercer nivel de atención de las cuales se obtuvo una muestra de 89 enfermeras.

3.4 Criterios de selección

Inclusión: Personal de enfermería adscrita a los servicios de Medicina Interna, Otorrinolaringología, Oftalmología, Nefrología de un hospital del tercer nivel de atención.

Exclusión: Personal suplente, pasantes y estudiantes de Enfermería.

Eliminación: Personal de enfermería que no contestó todos los rubros del instrumento.

3.5 Variable de estudio

Competencias profesionales

Conocimientos, habilidades y actitudes del Proceso de Atención de Enfermería.

Variables sociodemográficas

Edad

Sexo

Turno

Servicio

Escolaridad

Antigüedad

Operacionalización de variables

Variables sociodemográficas

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Valor o código |
|-----------------|---|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Sexo | Características fenotípicas de la persona | El sexo que reporta la persona en el | Cualitativa Nominal | Femenino Masculino |

| | | momento de la entrevista | | |
|----------------------|--|--|-------------------------------|--|
| Edad | Origen en el latín <i>aetas</i> , es un vocablo que hace mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. | Años que refiere la persona en el momento de la entrevista | Cuantitativa a continua | Dato en años Lo que se obtenga |
| Escolaridad | Educación formal | Último grado escolar cursado | Cualitativa ordinal | Técnico Estudio pos-técnico Licenciatura Licenciatura con Especialidad Maestría Doctorado |
| Turno | Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio | En el que se encuentra laborando | Cualitativa ordinal | Matutino Vespertino Nocturno |
| Servicio | Espacio físico donde enfermería desarrolla sus actividades | En el que se encuentra laborando | Cualitativa Nominal | Medicina Interna Nefrología Otorrinolaringología Oftalmología |
| Antigüedad | Tiempo que ha transcurrido desde que una cosa empezó a trabajar. | Años experiencia profesional | Cualitativa ordinal | 1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 años o más |
| Conocimientos | Los saberes necesarios para el desempeño de la competencia específica, pudiendo ser | Saber (objetivos de ámbito cognitivo). | Cualitativa ordinal | Bajo: Responde 6 o menos preguntas correctamente Satisfactorio: Responde 7 u 8 |

| | | | | |
|--------------------|--|--|---------------------|---|
| | éstos teóricos, de procedimiento, de reconocimiento de técnicas, terminología o datos que son requeridos para actuar sobre una realidad determinada. | | | preguntas correctamente Alto: Responde 9 o 10 preguntas correctamente |
| Habilidades | Procesos de pensamiento, tales como la deducción, el análisis, la síntesis, diferenciación, etc. | Adquirir habilidades o saber hacer (objetivos de ámbito psicomotriz) | Cualitativa ordinal | Bajo: Obtiene un puntaje medio de 3.5 o inferior de respuestas correctas Medio: Obtiene un puntaje medio entre 3.51 hasta 4.5 de respuestas correctas. Alto: Obtiene un puntaje de 4.51 o superior de respuestas correctas. |
| Actitudes | Patrones de comportamiento que caracterizan el actuar del individuo. | Adquirir actitudes o ser (objetivos de ámbito afectivo). | Cualitativa Nominal | Negativa: Obtiene un puntaje medio de respuestas correctas de entre 1 y 2.9 Neutral: Obtiene un puntaje medio |

| | | | | |
|--|--|---|-----------------------|--|
| | | | | de respuestas correctas de entre 3 y 3.9 Positiva: Obtiene un puntaje medio de respuestas correctas de entre 4 y 5 |
| Actualización | Adaptar o cambiar una cosa antigua o anticuada dándole características de lo que se considera moderno o actual. | Años que refiere la persona al momento de la entrevista en relación a la adquisición de conocimientos recientes. | Cuantitativa continua | Más de 5 años De 2-3 años Menos de 1 año. |
| Nivel de competencia profesional en la aplicación del proceso enfermero | La competencia profesional es el conjunto de conocimientos habilidades y actitudes que posee un profesional para su ejercicio. En el caso del profesional de enfermería el proceso de atención de enfermería es el método sistemático y organizado que utiliza para administrar cuidados individualizados , de acuerdo | Declaraciones que el personal de enfermería participante considere que se asocie a su competencia profesional y que en su conjunto correspondan a una característica de mayor o menor desarrollo. | Cualitativa ordinal | Dado que el instrumento original no conceptualiza el nivel de competencia, se optó por generar dicho valor a partir de la suma de las variables: <i>Conocimiento,</i> <i>Habilidades,</i> <i>Actitudes y capacitación.</i> Muy bajo: Del valor |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud¹.</p> | | <p>inferior hasta el límite de una desviación estándar (DE1). 65 a 76.17. Bajo: De 76.18 a 85.76 (DE1) hasta la media (ME). Alto: 85.77 – 95.33 De la (ME) a al límite de la siguiente (DE) Muy alto: 95.34 a 109.0 Del tercer DE hasta el límite superior.</p> |
|--|--|--|---|

3.6 Procedimiento para la recolección de datos

3.6.1 Técnica

El instrumento “Aplicación del Proceso de Enfermería 2008 en instituciones de Salud (APEIS 08)”.Consta de 5 secciones. La obtención de la información se obtuvo a través de fuentes primarias, siendo las enfermeras y enfermeros que laboran en un hospital del tercer nivel de atención, de cuatro servicios en específico: Medicina Interna, Nefrología, Otorrinolaringología y Oftalmología de los diferentes turnos que existen matutinos, vespertino y veladas A y B.

3.6.2 Instrumento de medición

El instrumento (APEIS 08) “Aplicación del Proceso de Enfermería 2008 en instituciones de Salud”, fue diseñado por May-uitz, Salas-Ortegón, Tun-González. Para la validación de criterio y constructo se sometió a revisión con dos expertos en el PAE. El alfa de Cronbach fue de 0.854. Se aplicó una prueba piloto en un hospital similar al que se estudió, con 10 % de la muestra.

El cual cuenta con 5 secciones

- I. Datos sociodemográficos
- II. Conocimientos
- III. Habilidades
- IV. Actitudes
- V. Actualización

La sección I, datos sociodemográficos, edad, sexo, turno, escolaridad, antigüedad, egreso de la carrera.

La sección II, Conocimiento sobre Proceso de Atención de Enfermería: incluyó 10 reactivos de opción múltiple.

La sección III, Habilidades en el Proceso de Atención de Enfermería a través de una escala Likert con 9 reactivos.

Sección IV, actitudes al realizar el Proceso de Atención de Enfermería: incluyó 11 reactivos.

Sección V, actualización que tiene el profesional referente al Proceso de Atención de Enfermería con un total de 3 reactivos de opción múltiple.

Para la aplicación del instrumento en el presente trabajo, se añadieron tres ítems para conocer el tipo de actualización que había recibido el personal de enfermería participante, dando un total de 34 ítems.

Para determinar la consistencia interna tras la adaptación se realizó la prueba estadística de Alfa de Cronbach cuyo índice fue de 0.744, el cual es considerado como *aceptable*. Suponemos que la asimetría en el tipo de respuestas de los ítems agregados en el ajuste corresponde a la disminución del coeficiente en relación al instrumento original.

3.6.3 Validez de contenido y estandarización.

Se identificó el instrumento a utilizar en la investigación (APEIS 08) “Aplicación del Proceso de Enfermería 2008 en instituciones de Salud” elaborados por Saúl May-Uitz, Silvia Carola Salas-Ortegón, Dallany Trinidad Tun-González, Juan Gustavo Pacheco-Lizama, Lidia Beatriz Collí-Novelo, Eloísa Beatriz del Socorro Puch-Ku. Grupo disciplinar “Gestión del Cuidado Intensivo”, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán; México.

Se solicitó autorización al autor principal, llevándose a cabo el contacto por vía correo electrónico, en donde se explicó el objetivo del estudio. Se recibió respuesta favorable del autor enviando el instrumento, pidiendo ser reconocido por su colaboración.

3.6.4. Análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico de las variables estudiadas, los datos se analizaron utilizando SPSS versión 22. Se realizaron pruebas de comparación de medias entre grupos de las variables: *Sexo, servicio, turno, edad, categoría, formación, tiempo de egreso escolar y antigüedad laboral*. Alternando entre pruebas paramétricas (t de Student para muestras independientes y ANOVA ONEWAY) y no paramétricas (ANOVA Kruskal-Wallis). Pruebas de correlación para describir conocimientos, habilidades y actitudes del Proceso de Atención de Enfermería.

3.6.5. Aspecto ético y legal

La investigación se realizó conforme a la reglamentación de acuerdo a la Ley General de Salud. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En la Ley del Ejercicio Profesional la Enfermería se desenvuelve a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los diferentes problemas de

naturaleza bio-psico-social del individuo, de la familia y de la comunidad, desenvolviéndose básicamente en las áreas: asistencial, docente y de investigación.

Del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Título primero; disposiciones generales; capítulo único.³³

ARTÍCULO 3.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

ARTÍCULO 7.- La coordinación de la investigación, dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, estará a cargo de la Secretaría, a quien le corresponderá:

- VIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el desarrollo de programas de investigación.

Del título segundo; de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; capítulo I.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No obstante se solicitará el consentimiento informado a cada uno de los participantes y se les informará que se están evaluando conocimientos, habilidades y actitudes sobre Proceso de Atención de Enfermería.³³

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Del Título Sexto; De la Ejecución de la Investigación en las instituciones de atención a la salud; Capítulo único.

ARTÍCULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

ARTÍCULO 114.- Para efectos de este Reglamento se consideran profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, patología y sus ramas y las demás que establezcan disposiciones legales aplicables, requieren de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.³³

ARTÍCULO 120.- El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación, así como la que se

haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregarse una copia de éstas publicaciones a la Dirección de la Institución. ³³

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra.

La muestra estuvo conformada en un porcentaje mayor por mujeres, 70 (79%), de cuatro servicios principalmente del servicio de Medicina Interna, 31 (35%). Participó el personal de tres turnos; del nocturno, 34 (38%). La edad de los participantes se presenta en rangos de diez años entre los 30 y 39 años, 31 (35%). Respecto a la categoría la mayor parte de los participantes son enfermeras generales, 77 (87%), con formación de licenciatura 44 (50%). Poco más de la tercera parte tiene entre 6 y 10 años desde que egresaron de sus estudios, cifra que es similar a su antigüedad laboral 32 (36%). (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|------------|------------|
| Sexo | | |
| Mujer | 70 | 79% |
| Hombre | 19 | 21% |
| Servicio | | |
| Medicina Interna | 31 | 35% |

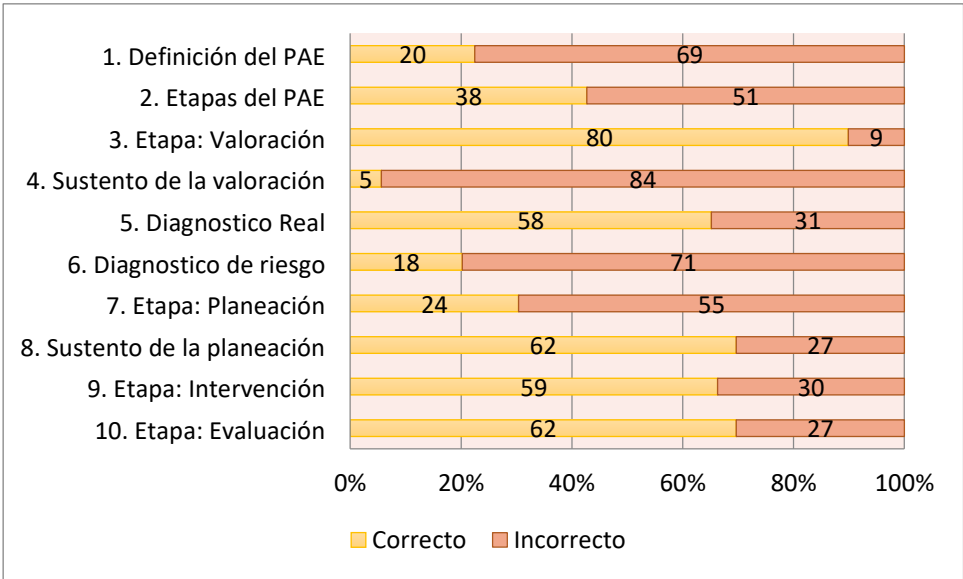
| | | |
|--------------------------------------|----|-----|
| Nefrología | 26 | 29% |
| Otorrinolaringología | 20 | 23% |
| Oftalmología | 12 | 13% |
| Turno | | |
| Matutino | 29 | 33% |
| Vespertino | 26 | 29% |
| Nocturno | 34 | 38% |
| Edad | | |
| 20 a 29 años | 24 | 27% |
| 30 a 39 años | 31 | 35% |
| 40 a 49 años | 27 | 30% |
| 50 años en adelante | 7 | 8% |
| Categoría | | |
| Enfermera Especialista | 11 | 12% |
| Enfermera General | 77 | 87% |
| Auxiliar de Enfermería | 1 | 1% |
| Formación | | |
| Técnico | 11 | 12% |
| Estudio Postécnico | 23 | 26% |
| Licenciatura | 44 | 50% |
| Licenciatura con Especialidad | 8 | 9% |
| Maestría | 2 | 2% |
| Doctorado | 1 | 1% |
| Tiempo egreso escolar | | |
| 1 a 5 años | 18 | 20% |
| 6 a 10 años | 32 | 36% |
| 11 a 15 años | 19 | 21% |
| 16 años o más | 20 | 23% |
| Antigüedad laboral | | |
| 1 a 5 años | 17 | 19% |
| 6 a 10 años | 32 | 36% |

| | | |
|----------------------|----|-----|
| 11 a 15 años | 15 | 17% |
| 16 años o más | 25 | 28% |

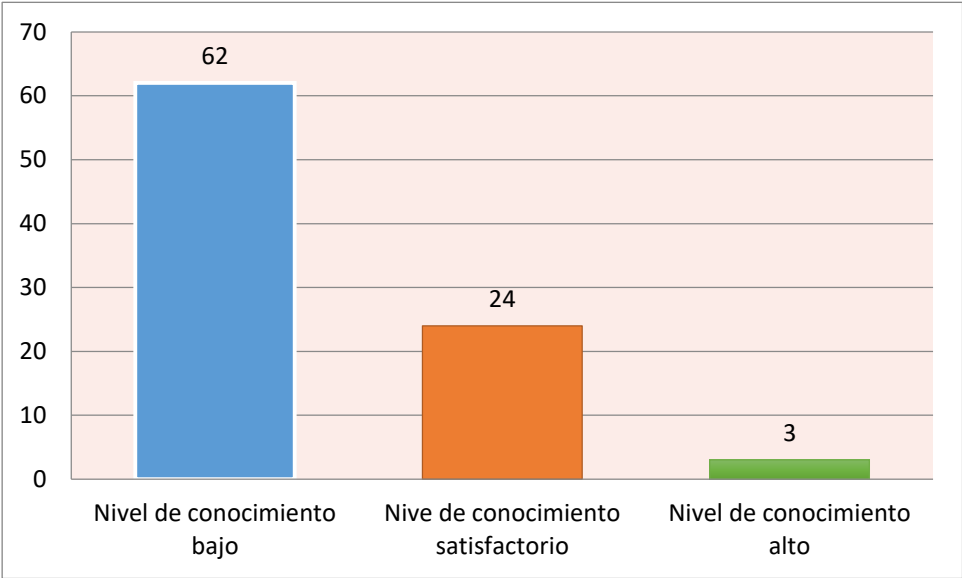
4.2 Resultados descriptivos

La etapa de valoración fue la que la mayor parte de los participantes contestó adecuadamente, mientras que el sustento de la valoración fue el que menos participantes contestaron adecuadamente. (Gráfica 1). La mayor parte de los participantes obtuvo un nivel de conocimientos bajo (Gráfica 2).

Gráfica 1. Frecuencia de respuesta por ítem por ítem.



Gráfica 2. Nivel de conocimiento sobre el PAE.

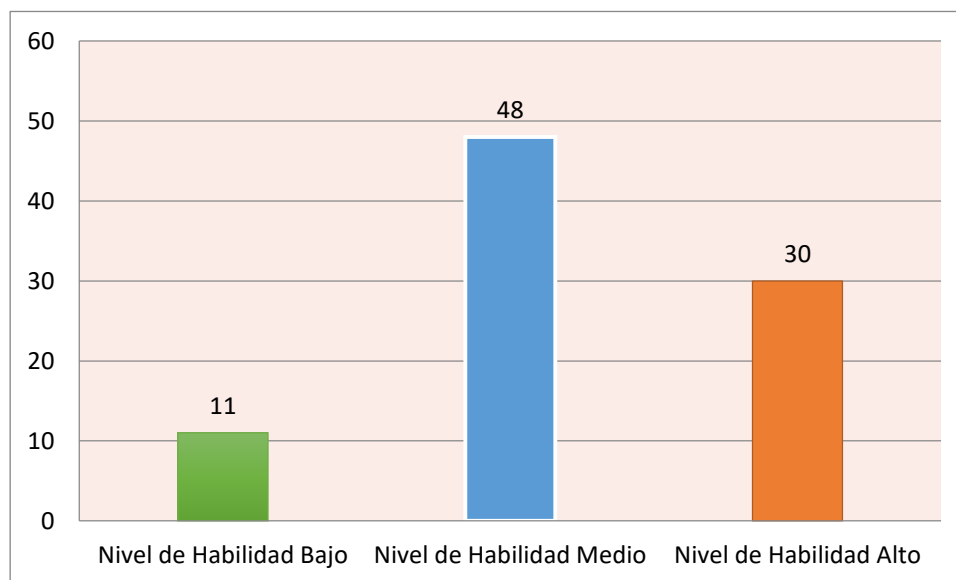


La mayor parte de las habilidades de los participantes fueron consideradas de nivel medio, exceptuando la valoración de necesidades del paciente y la documentación del Proceso Enfermero. (Tabla 2). En general el puntaje de los participantes en torno a las habilidades de aplicación del PAE se encontró en el *nivel medio*, seguido por el *nivel alto*. (Gráfica 2).

Tabla 2. Puntaje medio por ítem de habilidad y su valoración.

| Habilidad | Media | DE | Valoración |
|--|-------|-------|------------|
| 1. Valora necesidades del paciente | 4.66 | 0.621 | Alto |
| 2. Utiliza una guía de acuerdo con la taxonomía de la NANDA | 3.99 | 0.859 | Medio |
| 3. Formula Diagnósticos de Enfermería | 4.24 | 0.798 | Medio |
| 4. Identifica resultados de acuerdo con la NOC | 3.91 | 0.834 | Medio |
| 5. Planifica intervenciones de acuerdo con la NIC | 3.97 | 0.845 | Medio |
| 6. Ejecuta las intervenciones | 4.35 | 0.693 | Medio |
| 7. Verifica el logro de los resultados esperados | 4.12 | 0.766 | Medio |
| 8. Realiza correcciones cuando los objetivos no se logran | 3.96 | 0.838 | Medio |
| 9. Documenta el Proceso de Enfermería | 4.65 | 0.676 | Alto |

Gráfica 2. Participantes por nivel de habilidades.

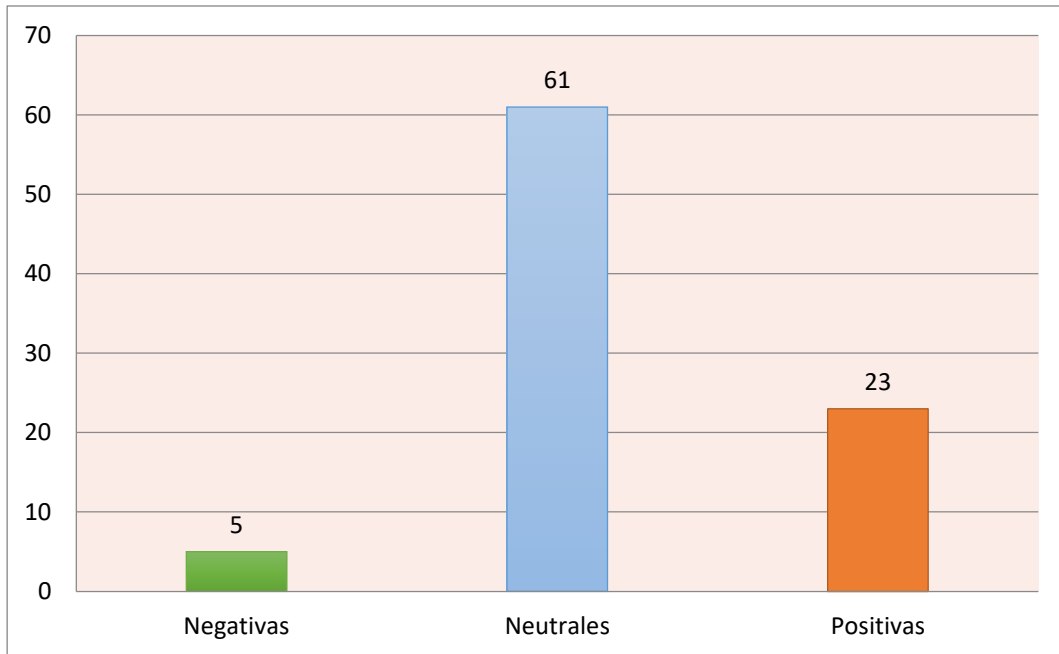


Respecto a los ítems de Actitud, los ítems sobre “necesitar más tiempo para realizar el PAE” y “la consideración de material y equipos suficiente para la realización de los procedimientos” Fueron los más mal puntuados, colocándolos entre otros más, como con una actitud negativa. (Tabla 3.) Sin embargo, la puntuación de los participantes les ubica en actitudes neutrales predominantemente (Gráfica 3).

Tabla 3. Puntaje medio por ítem de Actitud y su valoración.

| Actitud | Media | DE | Valoración |
|--|-------|------|------------|
| 1. Utiliza un lenguaje propio de enfermería | 4.39 | 0.72 | Positiva |
| 2. Contribuye a la definición de la práctica profesional | 4.26 | 0.63 | Positiva |
| 3. Proporciona cuidados de calidad | 4.48 | 0.68 | Positiva |
| 4. Garantiza la continuidad de cuidados | 4.25 | 0.76 | Positiva |
| 5. Se autorealiza en el ámbito profesional | 3.85 | 0.92 | Neutral |
| 6. Considera que existe personal de enfermería suficiente | 2.96 | 1.02 | Negativa |
| 7. Considera que requiere más tiempo para realizar el Proceso | 2.55 | 0.85 | Negativa |
| 8. Carece de motivación para realizar el Proceso de Enfermería | 2.84 | 1.01 | Negativa |
| 9. Considera que son suficientes los cursos de actualización | 2.93 | 0.93 | Negativa |
| 10. Considera que son suficientes el material y el equipo para las intervenciones | 2.89 | 0.85 | Negativa |
| 11. Considera que el Proceso está ausente en la normatividad institucional. | 3.31 | 1.34 | Neutral |

Gráfica 3. Participantes por tipo de actitudes.

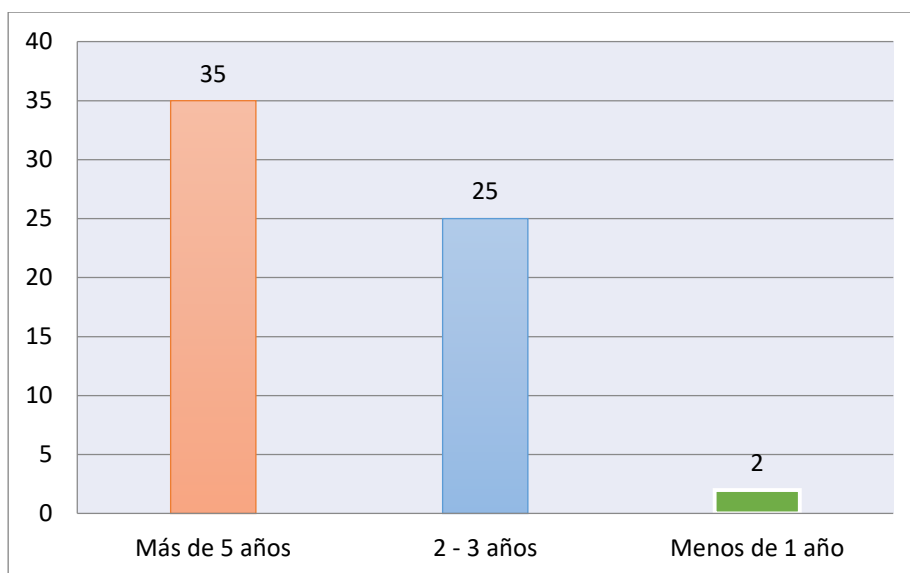


Sobre el personal que tomó cursos sobre el PAE, la mayor parte de ellos sí lo hizo como se muestra en la *Tabla 4*. La mayoría de quienes tomaron un curso sobre el PAE lo hicieron hace más de 5 años, seguido por quienes lo tomaron hace 2 o 3 años, como lo muestra la *Gráfica 4*. Los cursos tomados por los participantes fueron en Instituciones educativas principalmente (*Gráfica 5*).

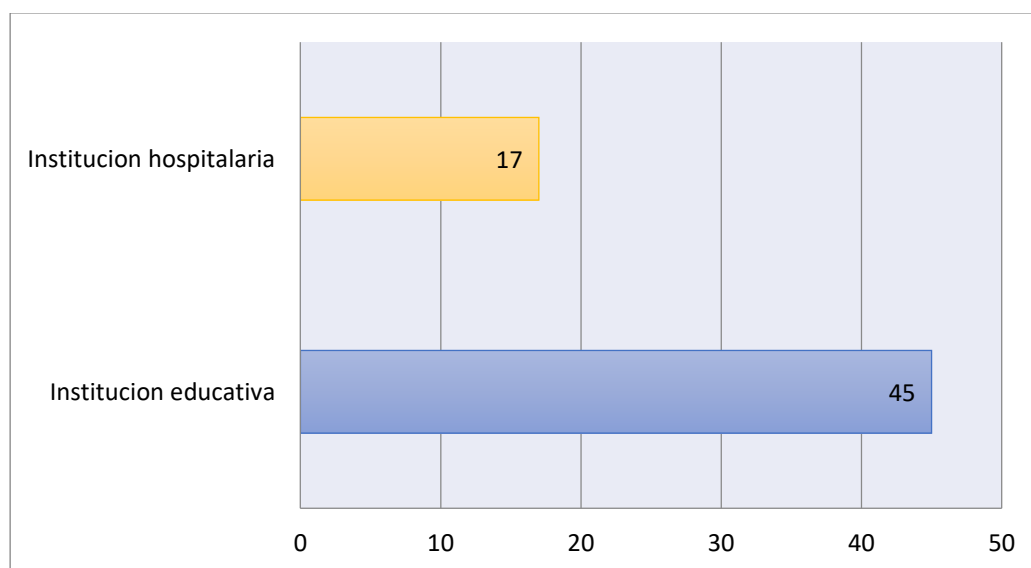
Tabla 4. Personal que ha recibido cursos de Proceso Enfermero.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| 1. No se actualiza | 28 | 32% |
| 2. Se actualiza | 61 | 68% |

Gráfica 4. Tiempo transcurrido desde que el personal recibió el último curso de Proceso Enfermero.



Gráfica 5. Tiempo transcurrido desde que el personal recibió el último curso de Proceso Enfermero.



Respecto al nivel de competencia profesional en la aplicación del proceso enfermero se estimó que la mayoría de los participantes presentaron un nivel de competencia alto 29 (32.6%) seguido por quienes tienen un nivel bajo. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Nivel de competencia profesional en la aplicación del proceso enfermero.

| | Fr (%) | |
|-----------------|--------|-------|
| Muy Bajo | 19 | 21.3% |
| Bajo | 24 | 27.0% |
| Alto | 29 | 32.6% |
| Muy alto | 17 | 19.1% |

La *Tabla 7* presenta el nivel de competencia profesional en torno las características de los participantes como sexo, servicio, edad, turno, categoría, formación y antigüedad. y antigüedad.

Tabla 7. Nivel de competencia profesional en la aplicación del proceso enfermero acorde a variables sociodemográficas.

| | | Muy Bajo | | Bajo | | Alto | | Muy alto | |
|----------|------------------|----------|-----|------|-----|------|-----|----------|-----|
| Sexo | Femenino | 12 | 13% | 20 | 22% | 24 | 27% | 14 | 16% |
| | Masculino | 7 | 8% | 4 | 4% | 5 | 6% | 3 | 3% |
| Servicio | Medicina Interna | 6 | 7% | 6 | 7% | 10 | 11% | 9 | 10% |
| | Nefrología | 7 | 8% | 6 | 7% | 10 | 11% | 3 | 3% |
| | Otorrino | 4 | 4% | 10 | 11% | 4 | 4% | 2 | 2% |
| | Oftalmología | 2 | 2% | 2 | 2% | 5 | 6% | 3 | 3% |
| Edad | 20 - 29 años | 3 | 3% | 7 | 8% | 7 | 8% | 7 | 8% |
| | 30 - 39 años | 3 | 3% | 10 | 11% | 13 | 15% | 5 | 6% |

| | | | | | | | | | |
|------------|-------------------------------|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|
| | 40 - 49 años | 9 | 10% | 6 | 7% | 9 | 10% | 3 | 3% |
| | 50 años en adelante | 4 | 4% | 1 | 1% | 0 | 0% | 2 | 2% |
| Turno | Matutino | 3 | 3% | 10 | 11% | 9 | 10% | 7 | 8% |
| | Vespertino | 6 | 7% | 5 | 6% | 10 | 11% | 5 | 6% |
| | Nocturno | 10 | 11% | 9 | 10% | 10 | 11% | 5 | 6% |
| Categoría | Enfermera Especialista | 1 | 1% | 6 | 7% | 4 | 4% | 0 | 0% |
| | Enfermera General | 17 | 19% | 18 | 20% | 25 | 28% | 17 | 19% |
| | Auxiliar de Enfermería | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Formación | Licenciatura | 7 | 8% | 8 | 9% | 18 | 20% | 11 | 12% |
| | Licenciatura con especialidad | 1 | 1% | 7 | 8% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| | Postécnico | 10 | 11% | 8 | 9% | 3 | 3% | 2 | 2% |
| | Maestría | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 2% | 0 | 0% |
| | Doctorado | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% |
| | Técnico | 1 | 1% | 1 | 1% | 5 | 6% | 4 | 4% |
| Antigüedad | 1 - 5 años | 2 | 2% | 5 | 6% | 3 | 3% | 7 | 8% |
| | 6 - 10 años | 6 | 7% | 8 | 9% | 15 | 17% | 3 | 3% |
| | 11 - 15 años | 5 | 6% | 6 | 7% | 3 | 3% | 1 | 1% |
| | 16 años o más | 6 | 7% | 5 | 6% | 8 | 9% | 6 | 7% |

4.3 Resultados inferenciales

Se realizaron pruebas de comparación de medias entre grupos de las variables: *Sexo, servicio, turno, edad, categoría, formación, tiempo de egreso escolar y antigüedad laboral*. Alternando entre pruebas paramétricas (t de Student para muestras independientes y ANOVA ONEWAY) y no paramétricas (ANOVA Kruskal-Wallis).

Por lo anterior se presenta en la *Tabla 5* valores alternando entre medias con desviación estándar (5.0 ± 2.2) y medianas con rangos. (5 (7)). Las diferencias estadísticamente significativas se señalan con letras en superíndice y se comentan a continuación:

1. El puntaje de la actitud de las enfermeras es mayor que el de los enfermeros y tal comparación es estadísticamente significativa.
2. El puntaje en las habilidades del personal de entre 20 a 29 años es mayor que el de 40 a 49 años y dicha diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla 8. Comparaciones entre grupos.

| | Conocimiento | Habilidades | Actitudes |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------|
| Sexo | | | |
| Mujer | 5.0 ± 2.2 | 38.0 ± 4.9 | 39.2 ± 4.2 |
| Hombre | 4.4 ± 2.1 | 37.0 ± 4.9 | 36.6 ± 5.1 |
| Servicio | | | |
| Medicina Interna | 5 (7) | 38.6 ± 5.0 | 39.7 ± 4.7 |
| Nefrología | 5.5 (9) | 36.5 ± 4.4 | 37.7 ± 3.7 |
| Otorrinolaringología | 4 (7) | 37 ± 4.4 | 38.7 ± 4.8 |
| Oftalmología | 6.5 (7) | 39 ± 5.8 | 38.2 ± 4.9 |
| Turno | | | |
| Matutino | 5.0 ± 1.7 | 38.2 ± 5.1 | 39.6 ± 4.8 |
| Vespertino | 5.4 ± 2.4 | 38.1 ± 5.1 | 38.7 ± 3.9 |
| Nocturno | 4.3 ± 2.3 | 37.2 ± 4.6 | 37.9 ± 4.7 |
| Edad | | | |
| 20 a 29 años | 5 (8) | 39.6 ± 5.0 ^b | 39.3 ± 5.3 |
| 30 a 39 años | 5 (5) | 38.7 ± 4.4 | 39.0 ± 4.5 |
| 40 a 49 años | 4 (9) | 35.7 ± 4.0 | 38.4 ± 3.8 |
| 50 años en adelante | 3 (6) | 35.7 ± 6.8 | 36.2 ± 3.6 |
| Categoría | | | |
| Enfermera Especialista | 4 (6) | 38 (10) | 36.5 ± 4.3 |
| Enfermera General | 5 (10) | 37 (17) | 39.1 ± 4.4 |

| Auxiliar de Enfermería | ** | ** | 32.0 ± 0.0 |
|---------------------------------------|-----------|------------|-------------------|
| Formación | | | |
| Técnico | 5.3 ± 2.0 | 39.6 ± 4.8 | 41.1 ± 4.3 |
| Estudio Postécnico | 4.1 ± 2.4 | 35.1 ± 5.0 | 37.3 ± 3.6 |
| Licenciatura | 5.2 ± 2.2 | 39.0 ± 4.5 | 39.3 ± 4.7 |
| Licenciatura con Especialidad | 3.8 ± 0.9 | 35.7 ± 4.2 | 36.1 ± 4.6 |
| Maestría | 7 ± 0.0 | 42.0 ± 1.4 | 37.5 ± 2.1 |
| Doctorado | 6 ± 0.0 | 38.0 ± 0.0 | 36.0 ± 0.0 |
| Tiempo de egreso de su escuela | | | |
| 1 a 5 años | 6 (4) | 40 (17) | 39.2 ± 5.5 |
| 6 a 10 años | 4 (6) | 38 (16) | 38.9 ± 4.5 |
| 11 a 15 años | 4 (9) | 37 (12) | 38.0 ± 4.6 |
| 16 años o más | 4.5 (9) | 37.5 (17) | 38.7 ± 3.5 |
| Antigüedad laboral | | | |
| 1 a 5 años | 5 (4) | 40.1 ± 4.8 | 40 (10) |
| 6 a 10 años | 4 (6) | 37.9 ± 4.3 | 38.5 (15) |
| 11 a 15 años | 4 (9) | 36.2 ± 4.8 | 36 (15) |
| 16 años o más | 5 (9) | 37.1 ± 5.4 | 40 (13) |

a = t de Student para muestras independientes $p < 0.05$ **b** = ANOVA Oneway $P < 0.05$ ** = Esta categoría tiene únicamente un participante.

Se realizaron pruebas de correlación entre las siguientes variables y puntajes:

- a). El tiempo transcurrido desde que el personal terminó sus estudios con los puntajes obtenidos en las dimensiones: *Conocimientos*, *Habilidades* y *Actitudes*. No se observó una relación estadísticamente significativa.

b). La antigüedad laboral del personal con los puntajes obtenidos en las dimensiones: Conocimientos, Habilidades y Actitudes. No se observó una relación estadísticamente significativa.

c). Se observó una relación estadísticamente significativa entre la edad de los participantes y el puntaje obtenido en la dimensión de habilidades.

Rho Spearman = -0.310 p = 0.01. Lo que se interpreta de la siguiente forma: A menor edad los participantes obtendrán un mejor puntaje en habilidades de aplicación del PAE. Dicha relación es moderada.

d). La categoría laboral no presentó relación estadísticamente significativa con los puntajes obtenidos en las dimensiones: *Conocimientos, Habilidades y Actitudes*.

e) El nivel de formación académica no presentó relación estadísticamente significativa con los puntajes obtenidos en las dimensiones: *Conocimientos, Habilidades y Actitudes*.

f) Los puntajes de las dimensiones *Conocimientos, Habilidades y Actitudes* se relacionaron de la siguiente forma:

- Conocimientos y habilidades: Existe una relación moderada positiva entre el puntaje de conocimientos y el de habilidades, (r Pearson = 0.434. $p < 0.05$), es decir: “a mayor nivel de conocimientos, mayor nivel de habilidades”, lo que explica que al menos el 43% de los casos en que esto sucede.
- Habilidades y Actitudes: Existe una relación moderada positiva entre el puntaje de habilidades y el de actitudes, (r Pearson = 0.325 $p < 0.05$), es decir: “a mayor nivel de habilidades, mejor nivel de actitudes” hacia el PAE, esto explica al menos el 32% de los casos en que esto sucede.
- Conocimientos y actitudes: Existe una relación moderada positiva entre el puntaje de conocimientos y el de actitudes, (r Pearson = 0.280 $p < 0.05$), es decir: “a mayor nivel de conocimientos, mejor nivel de actitudes” hacia el PAE, esto explica al menos el 28% de los casos en que esto sucede.

CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es el método de trabajo fundamental para brindar mejor atención, distinguiendo a la enfermera de otros profesionales de la salud por su visión integral, que le permite permear la esfera biológica, psicológica y social del paciente, familia y comunidad.¹⁷

Muchos autores han hecho hincapié en cómo el lenguaje estandarizado de las taxonomías NANDA, NIC, NOC, dentro del Proceso de Atención de Enfermería puede reflejar la responsabilidad profesional, el poder de las enfermeras y proporcionar los medios para la continuidad de la atención, evaluación de la calidad y la visibilidad de la enfermería en el cuidado de la salud.¹⁴

Pensar en la naturaleza, contenido y enfoque del cuidado de enfermería en el ámbito de la salud colectiva, genera una serie de preocupaciones e interrogantes relacionados con la visión que tiene el profesional de enfermería del cuidado de la salud desde la dimensión científico-técnica, profesional, humanística y social.

Además, la comprensión del cuidado de enfermería implica la reflexión del profesional sobre su práctica, su transformación de acuerdo con los cambios en el contexto socio-político, económico y cultural y con los retos y desafíos que tiene que enfrentar para dimensionar el cuidado en los nuevos escenarios que debe compartir con otras disciplinas y sectores de la sociedad³².

El objetivo de este estudio fue evaluar conocimientos, habilidades y actitudes en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como parte de una competencia profesional. Lo que brinda una visión de cómo se encuentra el profesional de enfermería en el país para la aplicación del PAE en el cuidado del paciente. Descubriendo en el presente estudio que: la mayor parte de los participantes obtuvo

un nivel de conocimientos bajo y que es similar a los resultados obtenidos en estudios realizados en el estado de Sonora (México)¹⁷, España⁸.

Sin embargo, su aprendizaje no es sencillo y los estudios indican que los profesionales de enfermería necesitan mayor formación e información para dominar este lenguaje con profundidad. Mejorar así el objeto de estudio de enfermería que es el cuidado.

La mayor parte de las habilidades de los participantes fueron consideradas de nivel medio, exceptuando la valoración de necesidades del paciente y la documentación del proceso enfermero que obtuvieron un nivel alto y en consideración a estudios realizados en México^{17,18} y Costa Rica⁴⁷, se observa una similitud de las habilidades que adquiere el personal dentro de la profesión de enfermería.

En la competencia de actitud, el resultado del estudio fue que el personal evaluado con respecto al material y equipo con el que se cuenta arrojó una actitud negativa a comparación de estudios realizados por May-Uitz (México)²¹, con resultados de actitud positiva, lo que nos refleja que los factores a evaluar son de gran importancia para la participación del personal en su labor diaria.

Con respecto a esto Torres (México)⁵³, señala que la evaluación es una de las mejores tácticas para garantizar que los servicios en enfermería, sean de alta calidad. Gonzales (Chile)⁵¹; nos señala que la evaluación por competencias, permite la objetividad, replicabilidad y la continua mejora en la calidad de los cuidados.

La mayor parte de los participantes obtuvo un nivel de conocimientos bajo y su mayor puntaje fue en el ítem 3 referente a la etapa de valoración con el mejor resultado, punto de gran importancia ya que la valoración dentro del Proceso de Atención de Enfermería es la parte esencial para desarrollar la atención que se brinda al paciente. Así como hace referencia Domingo (España)¹⁹; Es el personal de enfermería de cada unidad el encargado de traducir las necesidades de los pacientes y sus respuestas de

salud a este nuevo lenguaje para conseguir la mayor precisión en la documentación, así como de reflejar la labor enfermera de forma que los registros sean testimonio del trabajo diario.

Al hablar de competencias en las dimensiones de Conocimientos, Habilidades y Actitudes existe una relación moderada positiva entre ellas, relacionándolas a mayor nivel de conocimientos mayores son las habilidades y al desarrollo de habilidades es mejor y mayor la actitud que tiene el personal para competir dentro de su área laboral. Como hace mención Cuñat et al (Cuba)⁵². En su investigación informativa hablan de las competencias de enfermería en el proceso vital de cuidados con el objetivo de acoplar información que brinde conocimientos actuales en las que figuren las competencias de enfermería en el proceso vital de cuidados. En todos los ámbitos de actuación profesional.

Ante esta evaluación de competencias con el personal de Enfermería se distinguen características de mayor interés, hacia sus actividades cuando el personal se encuentra en una edad promedio de 20 a 39 años, desarrolla más sus habilidades y asisten a más cursos de actualización. Generándose una similitud con López (Costa Rica)⁵⁰ y Hernández (México)²². Donde la evaluación es medianamente competente en distintas áreas y sobre todo con una actitud positiva.

Coincidiendo estos resultados con los obtenidos en la investigación realizada donde se confirma que como profesionales de enfermería es necesario ser mayormente competentes para la práctica continúa y ser evaluados para mejorar la atención y formación como profesionales, los expertos señalan que la evaluación es una de las mejores tácticas para garantizar que los servicios de enfermería sean de alta calidad.⁵⁰

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta que sistematiza las intervenciones de enfermería en los pacientes, este método se elabora con la finalidad de brindar un cuidado de calidad y de facilitar al profesional de enfermería la comunicación con otros profesionales y esto radica en la correcta utilización dentro de la práctica misma, de su conocimiento que tiene el personal de este lenguaje así como la habilidad para su aplicación y la actitud que toma en la propia experiencia.

Tras el análisis de datos y la hipótesis de investigación que dice: Tomando en cuenta los estudios realizados sobre conocimientos, habilidades y actitudes del PAE se encontró que el nivel de competencias profesionales en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención es bajo. La cual se acepta ya que se detectó que del 62% de los participantes tuvieron un nivel de conocimientos bajo. La mayor parte de las habilidades de los participantes fueron consideradas de nivel medio ante el Proceso Enfermero.

Respecto a los ítems de Actitud, los ítems sobre *“necesitar más tiempo para realizar el PAE”* y *“la consideración de material y equipos suficiente para la realización de los procedimientos”* Fueron los más bajos puntuados, colocándolos entre otros más, como con una actitud negativa. Dentro del rubro de actualización el personal que ha tomado cursos sobre el PAE, lo hizo hace más de 5 años.

Basado en los resultados obtenidos se concluye que la actitud positiva hacia el PAE es mayor en las mujeres que en los hombres. Así como lo relativo a las habilidades del personal son mayores entre los 20 y 29 años de edad indicando que a menor edad los participantes obtendrán un mejor puntaje en habilidades de aplicación del PAE. ($r_s = -0.310$ $p < 0.01$), lo que explica que al menos el 31% de los sujetos al tener menor edad, presentan una mejor habilidad para la aplicación del PAE.

Estos resultados brindan la oportunidad de implementar estrategias para mejorar los conocimientos, las habilidades y sobre todo la actitud y opinión que tiene el

profesional de enfermería ante estos temas que en ocasiones al personal le resultan complicados e innecesarios para la práctica, los resultados obtenidos muestran que el personal de enfermería se encuentra en un nivel medianamente competente ante el manejo de estos temas, lo que indica proporcionar guías de acción hacia nuevas evaluaciones con educación continua con la finalidad de mejorar el cuidado que enfermería brinda a las personas.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Y que se expresa en el Proceso de atención de enfermería con una base sólida como el método científico.

Las condiciones del desempeño profesional en el presente exigen, además de las competencias específicas propias del ejercicio de una profesión, competencias genéricas que permitan al profesional ejercer eficientemente la profesión en contextos diversos, con autonomía, flexibilidad, ética y responsabilidad.

6.1 Limitaciones

La realización del estudio estuvo rodeada de una gran diversidad de dificultades desde el tamaño de la muestra que fue muy pequeño en comparación con la gran cantidad de enfermeras que laboran dentro de la institución, así como de los grandes servicios con su complejidad de atención. Directamente con el estudio se encontraron que el número de enfermeras auxiliares solo fue de 1, lo cual no permitió tener una comparación con respecto a este grado de estudios,

6.2 Implicaciones para la práctica de enfermería

La utilización PAE en la práctica de enfermería, promueve el desarrollo de un pensamiento, autónomo, flexible, crítico, todo lo que redundará en la calidad de cuidados que se brindan al paciente. Sin embargo, en el caso del presente estudio surge el desafío de la búsqueda de estrategias como programar cursos permanentes u obligatorios. y que el personal cuente con el tiempo para las capacitaciones y controles necesarios de evaluación constante, así como de las mediciones del impacto en la disminución de días estancia, presencia de eventos adversos, satisfacción del usuario, etc.

6.3 Posibles líneas de investigación.

A mediano y largo plazo es deseable que la jefatura de enfermería y de enseñanza planeen intervenciones educativas y de guías de recolección de datos así como búsqueda de relación en los indicadores de proceso días estancia, eventos del programa de seguridad del paciente, comunicación efectiva entre enfermeras y la constante actualización del Proceso de Atención de Enfermería.

Realizar estudios relativos a la autoeficacia de aplicación del PAE en relación a la disminución de la estancia o la incidencia de eventos adversos, agregando que la salud del usuario también debería de incrementar.

La práctica sistematizada para homogeneizar el cuidado de enfermería se ha visto fortalecida mediante la aplicación del PAE y el uso de las clasificaciones taxonómicas de enfermería. De esta manera, la organización y el ordenamiento de la información permiten disminuir al máximo la variación de las prácticas o que estas cada vez sean mínimas; así, también tienen la intención de adecuarse al contexto y al nivel de atención, respondiendo a los resultados establecidos y a las necesidades de salud de forma individualizada de cada paciente, cada familia y cada comunidad.³⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro LR .Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. (Internet). 5ªed. España: Masson, 2005.(Revisado 28 mayo 2017).

Disponible:

https://books.google.com/books>about>aplicacion_del_proceso_enfermero

2. Andrade CG. Martínez RN. El proceso enfermero para brindar atención de calidad. *Desarrollo Científico en Enfermería*.2004; 12(1):17-19.
3. García FM. Téllez SE. Modelos de Cuidados en Enfermería NANDA, NIC, NOC (bibliografía). México: Mc Graw Hill; 2014.
4. León C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermería (Internet)*. 2006(citado junio 2017);22(4):p 1-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es.
5. Young P. Hortis V.Chambi M. Finn B. Flores Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev Med Chile (Internet)* 2011 (citado mayo 2019); 139:p 807-813. Disponible en: <https://scielo.conacyt.cl>cielo>
6. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería (bibliografía).7ª ed. Madrid: Elsevier 2011.
7. Definición de Enfermería Consejo Internacional de Enfermería. Disponible en: www.mdp.edu.ar/cssalud/deptoenfermeria/bajar.php?archivo=Definicion_de_Enfermeria.http
8. Manual de Procesos de Atención de Enfermería. (Internet)Academias Ágora: All Rights;2016 (citado 19 junio 2019). Disponible en : <http://www.agoracanarias.com>
9. Kerouac S. El pensamiento enfermero (bibliografía).España:Masson; 1996.

10. García G, Muñoz K, Alamilla M, García C, Montejo O. Aportaciones de las taxonomías al proceso de enfermería. Revista Desarrollo Científico Enfermería (Internet) 2006 (citado septiembre 2017);14(3): p.92-97. Disponible en:
11. González M, González T. Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria. Revista Iberoamericana de Educación (Internet) 2008; 47:p. 185-209. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/documentos>
12. Alfaro LR. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Lippincott; 2014.
13. Cachón C, Álvarez L, Palacios C. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas, abordaje fenomenológico. Revista Enfermera Intensiva (Internet) 2012; 23 (2):p.68-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-significado..>
14. Alles MA. Dirección estratégica de recursos humanos: gestión por competencias (Internet). Buenos Aires: Norma, 2000. Disponible en: <https://jgestiondeltalentohumano.files.wordpress.com/2013/11/direccic3b3n-estratic3a9gica-de-recursos-humanos-gestic3b3n-por-competencias-casos-martha-alles.pdf>.
15. Bravo MR. Formulación de Planificaciones Basada en Competencias Educativas (Internet). [Presentación PowerPoint] 2011. Disponible en: www.dqm.usach.cl/doc/news/Taller%201.pps
16. Vega O. Estructura del conocimiento contemporáneo de Enfermería. Revista Salud y cuidado (Internet) 2006; 3(3):p. 53-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>

17. Torre M, Pérez M, Conocimientos básicos sobre el diagnóstico enfermero en estudiantes de enfermería del ciclo avanzado. Revista Colombiana de Enfermería (Internet). 2011 (citado 03 Junio 2019);6(6):p.66-72. Disponible en:
<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/download/1435/1041/>
18. Álvarez T., Fernández M, Álvarez F, López C, Lago A. Asumiendo competencias desde la aplicación NANDA NIC NOC en la práctica clínica. Revista Enfermería Global(Internet)2007(citado 2019); 6(11):p.1-7.Disponible en: DOI:
<https://doi.org/10.6018/eglobal.6.2.431>
19. Domingo M, Fernández M, Blanes F. Innovaciones educativas entorno a la implantación de planes de cuidados estandarizados en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA): a propósito de una experiencia. Revista Investigación 2 cuidados (Internet).2008 (16 junio 2017);6(12):p.13-18. Disponible en:
<http://www.bibliotecadigitalcecova.com>>Revista_Investigación_y_Cuidados_N12
20. Vidal M, Yara M, Ruiz V. Planes de cuidados estandarizados y calidad del cuidado de Enfermería en un Hospital pediátrico en el sureste de México. Revista Horizonte Sanitario (Internet). 2016; 15(1):p.46-52. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845341006>
21. May-Uitz S .Salas-Ortegón SC, Tun-González DT, Pacheco-Lizama JG, Collí-Novelo LB, Puch-Ku LBS. Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes sobre el proceso de Enfermería. Revista Enfermería Instituto México Seguro Social (Internet). 2014;22(1):p.13-18. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com> › pdfs ›enfermeriaimss>eim-2014

22. Hernández J, Cárdenas S, Maya A, Reyes J, Negrete M, Cervantes. Evaluación de competencias en proceso enfermero durante el servicio social. Revista Enferm Inst Mex Seg Soc (internet).2009 (citado 22 mayo 2018);17(1):p. 3-9.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/new>
23. Rojas G. Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 UCI de Medellín (tesis de Maestría). Medellín: Universidad de Antioquía; Facultad de Enfermería; 2009.
[En línea] <http://hdl.handle.net/10495/787>
24. Rodríguez P, Ramírez R, Maldonado G, Medina M. Significado que le atribuye Enfermería al proceso enfermero en su experiencia de la praxis. Revista Desarrollo Científic Enferm (Internet).2008;16(10):p.434-437. Disponible en:
www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general
25. Durante, M. Evaluación de los perfiles por competencia. Evaluación de competencias en ciencias de la salud. México D. F.: Panamericana.2012. Capítulo 1.
<https://www.medicapanamericana.com> > Libros > Libro > Evaluación-de-Competencias en ciencias de la salud.
26. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación 6a ed. México: Ed. Mc Graw –Hill; 2014.p.04-30.
27. Cabrero J., Richard M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. España: Ed. Monografías; 2001.p. 17-36
28. Díaz R, Amador R, Alonso R, Campo A, Mederos M, Oria M. Evaluación del conocimiento del proceso de atención de enfermería. Estudiantes de licenciatura de enfermería. Facultad “Lidia Doce”2013. Revista Enfermería Universitaria (Internet) 2015 (citado abril 2018);12(1): p.36-40. Disponible en:

<https://www.elsevier.es> › es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-evaluacion

29. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Manual de organización específico de la subdirección de enfermería. Julio 2014.
30. Quiñones M, González M, Sutil C, González N. Premio a la comunicación mejor valorada por los congresistas: NANDA, NIC, NOC: los grandes desconocidos en Castilla y León. Revista SEEUE. (Internet) 2009 (citado marzo 2019); 2(6):p. 1-5. Disponible en: <http://www.enfermeria de urgencia.com>
31. Herdman, T.H. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: ELSEVIER.
32. Ospina E, Sandoval J, Aristizábal A, Ramírez C, La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Revista Investigación y Educación en Enfermería (Internet) 2005; 23(1): p.14-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215401002>
33. DOF. Ley General de salud. Última reforma publicada en DOF 16 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.salud.gob.mx/unidades/leygeneraldesalud>.
34. Posos M, Jiménez J. Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc(Internet). 2013;21(1):29-33. Disponible en: www.medigraphic.com › pdfs › enfermeriaimss › eim-2013
35. Morán, V. Mendoza, A. Proceso de enfermería: Uso de los lenguajes NANDA, NIC Y NOC. Modelos referenciales. México D. F.: Trillas. 2010

36. Herdman, T.H.(2012). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona: ELSEVIER.
37. Palacios D. La construcción moderna de la enfermería. Revista Cultura de los Cuidados (Internet). 2007 (citado junio 2019); 11(22):p.26-32. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es › article › view › 2007-n22-la-construccion-DOI: https://doi.org/10.14198/cuid.2007.22.04>
38. Ley 21/2000, de 11 de enero de 2001, de derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. Diario oficial de la Generalitat de Cataluña. (Nº 3353). Marzo 22, 2001.
39. Carpenito L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Wilmington Medical Center. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
40. Palomino P; Frías A.; Grande L.; Hernández L.; Pino R. El espacio europeo de educación superior y las competencias enfermeras. Revista Index de Enfermería (Internet) 2005;14(48-49) :p. 50-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100011&lng=es.
41. Torres M, Pérez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Revista. Cubana Salud Pública(Internet) 2002; 28(3): p. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/ vol28_3_02/spu08302
42. Moreno Y. La transdisciplinariedad y la construcción teórica en la práctica de Enfermería. Escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo-Venezuela. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1947/1/Latransdisciplinari edad-y-la-construccion-teorica-en-la-practica-de-Enfermeria.html>

43. Jara F, Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Revista Enfermería Universitaria* (internet). 2016 (citado 14 mayo 2019); 13 (4): p. 208-215. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rev.2016.o8.003>
44. Berman A, Snyder S, Kozier B, et al. *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas*. 8.^a ed. Madrid: Pearson Educación; 2008
45. Urbina O, Torres E, Otero M, Martínez N. Competencias laborales del profesional de enfermería en el servicio de neonatología. *Revista Educ Med Super* [Internet] 2008. [citado Mayo 2019]; 22(4): p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000400006&lng=es.
46. Conocimientos, habilidades y actitudes (Internet) - UOC
cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_156/programa/main/viu/asp_gen/viu03.htm
47. González M, Monroy A. Proceso enfermero de tercera generación. *Revista Enfermería Universitaria*. (Internet) 2016 (citado 28 mayo 2019); 13(2): p. 124-129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
48. McCloskey JC, Bulechek GM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4 ed. Madrid: Elsevier; 2005.
49. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 3 ed. Madrid: Elsevier; 2005.

50. López J, Barahona N, Estrada M, Favela M, Cuen F. Evaluación de competencias del profesional de Enfermería que labora en hospitales públicos y privados. Revista Enfermería Actual en costa Rica [Internet].2014 [citado 17 agosto 2017]; 27:p.01-15.Disponible en: <http://dxdoi.org/10.15517/revenf.vo:27.16057>
51. González N. Competencias profesionales en enfermeras que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos. Revista Aladefe.(Internet) 2015 (citado 21 abril 2019); 1 (5): p. 1-16. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/149/competencias_profesionales
52. Cuñat L. Pardo F. Lara L. Competencias de Enfermería en el proceso vital de cuidados. Revista Información Científica (Internet). 2017 (citado abril 2019);96(2):p.01-12. Disponible en: <http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/rt/printeFriendly/19/1035>
53. Torres M, Zarate A, Matus R.. Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Enfermería Universitaria (Internet).2011(citado julio 2019); 8(1): p.17-25. Disponible en : <http://www.cielo.org.mx>scielo>
54. Gómez M, Terol E. Identidad Enfermera: Hacia un lenguaje común. Revista Enferm Docente (Internet).2003 (citado Agosto 2019); 78:p. 5-12. Disponible en: <http://www.junta deandalucia.es>huvvsites>default>files>revistas>

ANEXOS

ANEXO No 1 Formato Original del Autor del Instrumento de Medición

**INSTRUMENTO APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD
APEIS 08**

Folio _____
Fecha _____

La finalidad de este cuestionario es analizar los conocimientos, aplicación y actitudes acerca de la utilización del proceso de enfermería. Con base en sus respuestas se diseñarán programas para reforzar y/o actualizar los conocimientos y la práctica. Por lo que se te solicita de manera amable, respondas con toda sinceridad las siguientes preguntas.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Instrucciones: Marca con una X el recuadro en blanco según corresponda a las características manifestadas. *(Una sola Opción)*

Género: 1. Femenino. 2. Masculino.
Edad: 1. 20 -29 años. 2. 30-39 años. 3. 40-49 años. 4. 50 en adelante.
Institución Hospitalaria: 1. HGR Juárez. 2. Hospital O'horan. 3. HGR T1. 4. UMAE.
 5. ISSSTE. 6. HRAEPY. 7. Corea 8. Materno
Servicio: 1. Urgencias adulto 2. Urgencia pediátrica 3. Pediatría 4. Cirugía
 5. Medicina Interna 6. Toco cirugía 7. Terapia 8. Quirofano
 9. Ginecología 10. Otro _____

Turno: 1. Matutino. 2. Vespertino. 3. Nocturno. 4. Jornada acumulada.
Categoría: 1. Enfermera (o) Especialista. 2. Enfermera (o) General. 3. Auxiliar de Enfermería.

Nivel de Formación: 1. Licenciatura. 2. Licenciatura con especialidad
 3. Postécnico 4. Maestría. 5. Doctorado.

Egreso de la carrera: 1). 1-5 años 2). 6-10 años 3). 11-15 años 4). 16 años o más
Antigüedad en la Institución: 1). 1- 5 años 2). 6-10 años 3). 11-15 años 4). 16 años o más

II. CONOCIMIENTO

Instrucciones: Responde las siguientes Preguntas.

1. Cual de estas opciones considera usted que es una definición del Proceso de Enfermería.

- 1). () Método científico y clínico para diagnosticar y tratar problemas de salud en la persona.
- 2). () Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad.
- 3). () Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o de la comunidad frente a procesos vitales y problemas de salud.
- 4). () Capacidad de diagnosticar intuitivamente para ofrecer tratamiento a la persona.
- 5). () Proceso sistemático de obtención de datos

2. Menciona las etapas del proceso de enfermería.

- 1) _____
- 2) _____

- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

3. Durante la valoración ¿Qué es lo que usted obtiene?: *(Marque una sola Opción)*

- 1) Datos. ()
- 2) Escalas. ()
- 3) Indicadores. ()
- 4) Resultados ()
- 5) Otros: () Especificar: _____

4. En que se basa para realizar su valoración. *(Marque una sola Opción)*

- 1) Taxonomía II de la NANDA. ()
- 2) Taxonomía de la NOC. ()
- 3) Taxonomía de la NIC ()
- 4) Taxonomía de la CIE ()
- 5) Otros. () Especificar: _____

5. Un diagnóstico de Enfermería **Real** esta compuesto por: *(Marque una sola Opción)*

- 1) Etiqueta diagnóstica, Factor relacionado y Características definitorias. ()
- 2) Etiqueta diagnóstica, Factores de riesgo y Respuestas humanas ()
- 3) Etiqueta diagnóstica, Características definitorias y Factor relacionado. ()
- 4) Etiqueta diagnóstica, Respuestas humanas y Factor relacionado ()
- 5) Etiqueta diagnóstica, Características de riesgo y Factor relacionado ()

6. Un diagnóstico de Enfermería de **Riesgo** esta compuesto por: *(Marque una sola Opción)*

- 1) Etiqueta diagnóstica y Características relacionadas ()
- 2) Etiqueta diagnóstica y Características definitorias ()
- 3) Etiqueta diagnóstica y Factor relacionado ()
- 4) Etiqueta diagnóstica y Respuestas humanas ()
- 5) Etiqueta diagnóstica y Factores de Riesgo ()

7. Durante la etapa de planificación, los Resultados se basan en: *(Marque una sola Opción)*

- 1) NIC ()
- 2) CREE ()
- 3) NANDA ()
- 4) CIE ()
- 5) NOC ()

8. Durante la etapa de planificación las Intervenciones se basan en: *(Marque una sola Opción)*

- 1) CIE ()
- 2) CREE ()
- 3) NANDA ()
- 4) NOC ()
- 5) NIC ()

9. Etapa del proceso en la cual se realizan las intervenciones: *(Marque una sola Opción)*

- 1) Valoración. ()
- 2) Diagnóstico. ()
- 3) Planificación. ()
- 4) Ejecución. ()
- 5) Evaluación. ()

10. Determina la medida en que se han conseguido los resultados: *(Marque una sola Opción)*

- 1) Valoración. ()
- 2) Diagnóstico. ()
- 3) Planificación. ()
- 4) Ejecución. ()
- 5) Evaluación. ()

III.- HABILIDAD

Instrucciones: Marcar con una X dentro del recuadro según la frecuencia que usted considere realiza esa actividad. *(Una sola Opción).*

| Reactivos | 5. Siempre | 4. Casi siempre | 3. Algunas veces | 2. Casi nunca | 1. Nunca |
|--|---------------|-----------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| Durante su jornada laboral con que frecuencia: | | | | | |
| 1. Valora las necesidades del paciente. | | | | | |
| 2. Utiliza una guía de acuerdo con la taxonomía de la NANDA. | | | | | |
| 3. Formula diagnósticos de enfermería. | | | | | |
| 4. Identifica resultados de acuerdo a la NOC. | | | | | |
| 5. Planifica intervenciones de acuerdo a la NIC. | | | | | |
| 6. Ejecuta las intervenciones. | | | | | |
| 7. Verifica el logro de los resultados esperados. | | | | | |
| 8. Realiza correcciones cuando los objetivos no se logran. | | | | | |
| 9. Documenta el proceso de enfermería. | | | | | |

IV.- ACTITUD

| Reactivos | 5. Siempre | 4. Casi siempre | 3. Algunas veces | 2. Casi nunca | 1. Nunca |
|---|---------------|-----------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| Durante la aplicación del proceso de enfermería usted percibe que: | | | | | |
| 1. Utiliza un lenguaje propio de enfermería. | | | | | |
| 2. Contribuye a la definición de la práctica profesional. | | | | | |
| 3. Proporciona cuidados de calidad. | | | | | |
| 4. Garantiza la continuidad de cuidados. | | | | | |
| 5. Se autorealiza en lo profesional. | | | | | |
| 6. Existe personal de enfermería suficiente. | | | | | |
| 7. Requiere de más tiempo para realizarlo. | | | | | |
| 8. Carece de motivación para realizarlo. | | | | | |
| 9. Son suficientes los cursos de actualización. | | | | | |
| 10. Son suficientes el material y equipo para las intervenciones. | | | | | |
| 11. El proceso está ausente en la normatividad institucional. | | | | | |
| 12. Otros: Favor de Especificar: | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |

V. ACTUALIZACION.

1. ¿Ha recibido cursos de Proceso de Enfermería?

- 1) Si () Pasar a la pregunta 2
- 2) No () Gracias por su participación

2. Tiempo transcurrido desde que recibió el último curso de Proceso de Enfermería.

- 1) Más de 5 años. ()
- 2) 2-3 años. ()
- 3) Menos de 1 año. ()

3. Institución que impartió el curso:

- 1) Institución Educativa. () Especificar: _____
- 2) Institución Hospitalaria. () Especificar: _____
- 3) Otros () Especificar: _____

Gracias por su participación

ANEXO No 2 Formato Original del Autor de la Carta de Consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mérida, Yucatán a _____ de _____ de 2009.

Consentimiento informado para participantes de la investigación:

"Proceso de Enfermería en Instituciones de salud"

Consentimiento informado para participantes en la investigación "Proceso de Enfermería en Instituciones de Salud".

Yo _____ doy mi consentimiento para participar en la investigación antes mencionada que tiene como finalidad analizar los factores que se relacionan con la aplicación del proceso de enfermería, en personal de ocho instituciones de salud en Mérida Yucatán.

He sido informado (a) con claridad de los objetivos de la investigación, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido(a) que mis datos serán totalmente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de los pacientes, fortaleciendo la profesión de Enfermería, a través de la generación de conocimiento de mis necesidades. De igual forma he sido informado que no existe riesgo para mi persona y que mi participación será voluntaria, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado (a) que los responsables de dicha investigación son Lidia Beatriz Collí Novelo, Saúl May Uitz, María Rebeca Sosa Cárdenas, Silvia Carola Salas Ortigón, Pedro Celestino Soberanis Rosado, Milagros Berenice Carrillo Basulto y Dallany Trinidad Tun González.

Nombre y Firma del investigador.

Firma del participante.

ANEXO No 3 Formato del Instrumento de Medición Adaptado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO,
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



INSTRUMENTO "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD APEIS 08"

Folio _____
Fecha _____

El objetivo de este cuestionario es analizar los conocimientos, aplicación y actitudes acerca de la utilización del proceso de enfermería. Su opinión es muy valiosa y servirá para seguir avanzando como profesión. Por lo que se le solicita de manera amable, responda con toda sinceridad las siguientes preguntas.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Instrucciones: Marca con una X el recuadro en blanco según corresponda a las características manifestadas.
(Una sola Opción)

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino.

Edad: 1. 20 -29 años 2. 30-39 años 3. 40-49 años. 4. 50 en adelante.

Servicio: 1. Medicina interna 2. Nefrología 3. Otorrino 4. Oftalmología

Turno: 1. Matutino. 2. Vespertino 3. Nocturno

Categoría: 1. Enfermera (o) Especialista. 2. Enfermera (o) General. 3. Auxiliar de Enfermería

Nivel de Formación: 1. Licenciatura 2. Licenciatura con especialidad
3. Postécnico 4. Maestría. 5. Doctorado

Egreso de la carrera: 1). 1-5 años 2). 6-10 años 3). 11-15 años 4). 16 años o más

Antigüedad en la Institución: 1). 1- 5 años 2). 6-10 años 3). 11-15 años 4). 16 años o más

II. CONOCIMIENTO

Instrucciones: Responde las siguientes Preguntas.

1.Cuál de estas opciones considera usted que es una definición del Proceso de Enfermería.

- 1). () Método científico y clínico para diagnosticar y tratar problemas de salud en la persona.
- 2). () Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad.
- 3). () Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o de la comunidad frente a procesos vitales y problemas de salud.
- 4). () Capacidad de diagnosticar intuitivamente para ofrecer tratamiento a la persona.
- 5). () Proceso sistemático de obtención de datos

2. Menciona las etapas del proceso de enfermería.

- 1) _____
- 2) _____

- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

3. Durante la valoración ¿Qué es lo que usted obtiene?: (Marque una sola Opción)

- 1) Datos. ()
- 2) Escalas. ()
- 3) Indicadores. ()
- 4) Resultados ()
- 5) Otros: () Especificar: _____

4. En que se basa para realizar su valoración. (Marque una sola Opción)

- 1) Taxonomía II de la NANDA. ()
- 2) Taxonomía de la NOC. ()
- 3) Taxonomía de la NIC ()
- 4) Taxonomía de la CIE ()
- 5) Otros. () Especificar: _____

5. Un diagnóstico de Enfermería Real esta compuesto por: (Marque una sola Opción)

- 1) Etiqueta diagnóstica, Factor relacionado y Características definitorias. ()
- 2) Etiqueta diagnóstica, Factores de riesgo y Respuestas humanas ()
- 3) Etiqueta diagnóstica, Características definitorias y Factor relacionado. ()
- 4) Etiqueta diagnóstica, Respuestas humanas y Factor relacionado ()
- 5) Etiqueta diagnóstica, Características de riesgo y Factor relacionado ()

6. Un diagnóstico de Enfermería de Riesgo esta compuesto por: (Marque una sola Opción)

- 1) Etiqueta diagnóstica y Características relacionadas ()
- 2) Etiqueta diagnóstica y Características definitorias ()
- 3) Etiqueta diagnóstica y Factor relacionado ()
- 4) Etiqueta diagnóstica y Respuestas humanas ()
- 5) Etiqueta diagnóstica y Factores de Riesgo ()

7. Durante la etapa de planificación, los Resultados se basan en: (Marque una sola Opción)

- 1) NIC ()
- 2) CREE ()
- 3) NANDA ()
- 4) CIE ()
- 5) NOC ()

8. Durante la etapa de planificación las Intervenciones se basan en: (Marque una sola Opción)

- 1) CIE ()
- 2) CREE ()
- 3) NANDA ()
- 4) NOC ()
- 5) NIC ()

9. Etapa del proceso en la cual se realizan las Intervenciones: (Marque una sola Opción)

- 1) Valoración. ()
- 2) Diagnóstico. ()
- 3) Planificación. ()
- 4) Ejecución. ()
- 5) Evaluación. ()

10. Determina la medida en que se han conseguido los resultados: (Marque una sola Opción)

- 1) Valoración. ()
- 2) Diagnóstico. ()
- 3) Planificación. ()
- 4) Ejecución. ()
- 5) Evaluación. ()

III.- HABILIDAD

Instrucciones: Marcar con una X dentro del recuadro según la frecuencia que usted considere realiza esa actividad. (Una sola Opción).

| Reactivos | 5. Siempre | 4. Casi siempre | 3. Algunas veces | 2. Casi nunca | 1. Nunca |
|--|---------------|-----------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| Durante su jornada laboral con que frecuencia: | | | | | |
| 1. Valora las necesidades del paciente. | | | | | |
| 2. Utiliza una guía de acuerdo con la taxonomía de la NANDA. | | | | | |
| 3. Formula diagnósticos de enfermería. | | | | | |
| 4. Identifica resultados de acuerdo a la NOC. | | | | | |
| 5. Planifica intervenciones de acuerdo a la NIC. | | | | | |
| 6. Ejecuta las intervenciones. | | | | | |
| 7. Verifica el logro de los resultados esperados. | | | | | |
| 8. Realiza correcciones cuando los objetivos no se logran. | | | | | |
| 9. Documenta el proceso de enfermería. | | | | | |

IV.- ACTITUD

| Reactivos | 5. Siempre | 4. Casi siempre | 3. Algunas veces | 2. Casi nunca | 1. Nunca |
|---|---------------|-----------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| Durante la aplicación del proceso de enfermería usted percibe que: | | | | | |
| 1. Utiliza un lenguaje propio de enfermería. | | | | | |
| 2. Contribuye a la definición de la práctica profesional. | | | | | |
| 3. Proporciona cuidados de calidad. | | | | | |
| 4. Garantiza la continuidad de cuidados. | | | | | |
| 5. Se autorealiza en lo profesional. | | | | | |
| 6. Existe personal de enfermería suficiente. | | | | | |
| 7. Requiere de más tiempo para realizarlo. | | | | | |
| 8. Carece de motivación para realizarlo. | | | | | |
| 9. Son suficientes los cursos de actualización. | | | | | |
| 10. Son suficientes el material y equipo para las intervenciones. | | | | | |
| 11. El proceso está ausente en la normatividad institucional. | | | | | |
| 12. Otros: Favor de Especificar: | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |

V. ACTUALIZACION.

1. ¿Ha recibido cursos de Proceso de Enfermería?

- 1) Si () Pasar a la pregunta 2
- 2) No () Gracias por su participación

2. Tiempo transcurrido desde que recibió el último curso de Proceso de Enfermería.

- 1) Más de 5 años. ()
- 2) 2-3 años. ()
- 3) Menos de 1 año. ()

3. Institución que impartió el curso:

- 1) Institución Educativa. () Especificar: _____
- 2) Institución Hospitalaria. () Especificar: _____
- 3) Otros () Especificar: _____

Gracias por su participación

ANEXO No 4 Formato de la Carta de Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CDMX a _____ de _____ de 2016.

Consentimiento informado para participantes de la investigación:

"Proceso de Enfermería en un Hospital de tercer nivel de atención"

Consentimiento informado para participantes en la investigación "Proceso de Enfermería en un hospital de tercer nivel de atención".

Yo como enfermera(o) profesional que soy doy mi consentimiento para participar en la investigación antes mencionada que tiene como finalidad analizar los factores que se relacionan con la aplicación del proceso de enfermería, en personal de diferentes servicios de esta institución.

He sido informado (a) con claridad de los objetivos de la investigación, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido(a) que mis datos serán totalmente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de los pacientes, fortaleciendo la profesión de Enfermería, a través de la generación de conocimiento de mis necesidades. De igual forma he sido informado que no existe riesgo para mi persona y que mi participación será voluntaria, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado que la responsable de dicha investigación es Beltrán Venegas María Isabel estudiante la Maestría en Enfermería de ENEO-UNAM.

Nombre y Firma del investigador.

Firma del participante.